

BULLETIN DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE VIH/SIDA



Ministère
de la Santé Publique
et de la Population



PNLS

Programme National de Lutte
contre les IST/VIH/SIDA
Juillet 2015

Editorial

Chers amis lecteurs,

Le 10^e numéro du bulletin a une saveur particulière, celle de l'ouverture de ses pages aux chercheurs haïtiens qui veulent signaler leurs talents, contribuer à l'avancement de la lutte. Et également, ils veulent faire valoir des points de vue non développés dans les rapports finaux des études réalisées en Haïti selon une méthodologie rigoureuse approuvée par le Comité National de Bioéthique. Robert Philippe et Wesner Antoine nous livrent un article de bonne facture sur la situation des conjoints des femmes enceintes VIH sous TAR en Haïti par rapport à leur désir de grossesse. Cet article est puisé dans le rapport final de l'étude sur les « déterminants des grossesses désirées des femmes enceintes VIH sous TAR ».

Nous vivons une situation exceptionnelle et je constate que, malgré les problèmes de financement qu'a connus le Programme en 2014, nous avons pu produire des documents d'importance majeure pour la poursuite de la lutte contre l'épidémie à VIH en Haïti. Mais, cela ne suffit pas. Nous devons être constamment en situation d'apprentissage afin de mieux connaître notre environnement et savoir comment vivre et résister dans des situations où le péril nous guette à chaque minute.

Qu'il me soit permis d'attirer votre attention que si nous travaillons de façon isoler sans réunir véritablement nos forces sur la base de partenariats solides, et, en concentrant nos efforts à relever les défis sur la base des évidences scientifiques et des résultats programmatiques, nous risquons de voir nos gains des dernières années anéantis et assister non à une inversion de la courbe mais à un regain de la montée de l'épidémie à VIH en Haïti.

Mes chers amis, lorsque vous lirez l'article sur la notification de cas VIH en 2014 en

Haïti, vous serez peut être surpris de constater que nous devons redoubler d'efforts en matière de prévention du VIH. En 2014, parmi les cas notifiés VIH dédoublés, 71% ont rapporté avoir eu des relations sexuelles sans l'utilisation d'un condom. Cette situation doit nous interpeller au plus haut point.

Bientôt, nous connaissons les résultats de l'enquête séro comportementale sur les professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes conduite par PSI. Les résultats préliminaires confirment ce que nous savons déjà depuis 2012, mais avec une certaine hausse chez les TS et une baisse chez les HARSAH mais qui reste au-dessus de 12%.

La Coordination Technique du PNLS que je dirige va bientôt lancer les travaux sur la révision du manuel de normes de prévention. Dans ce contexte de diminution de ressources, je suis consciente que la prévention doit être ciblée tout en sachant que nous ne pouvons pas oublier toute la population haïtienne qui a droit à des services de prévention du VIH de qualité et de promotion de la santé, comme le veut la Politique Nationale de Santé. Je souhaite que ceux qui auront à prendre part aux assises sur la révision de manuel de normes de prévention doivent être conscients que nous devons sortir des sentiers battus pour innover et trouver des stratégies adaptées à notre contexte pour proposer des normes à la fois ciblées et intéressées à toute la collectivité haïtienne.

Nous savons depuis EMMUS V, que la couverture du dépistage en VIH est faible et qu'il nous faut d'ici à l'horizon de 2018 l'améliorer pour garder le cap sur la stratégie de l'arrêt de l'épidémie à 2030. Là encore, le groupe de travail sur la révision du manuel de normes aura du pain sur la planche : il faut en même temps trouver des

stratégies innovatrices pour augmenter le dépistage chez les groupes clés qui ne sont pas seulement en Haïti (les TS et les HARSAH) et également pour faciliter un dépistage plus fréquent, dans le but évident de réduire les diagnostics tardifs. La surveillance épidémiologique a un grand rôle à jouer dans ce domaine afin de nous fournir des informations actualisées sur l'évolution de la situation.

Ce numéro 10 est une première dans les annales de ce bulletin; il tente de nous indiquer où nous en sommes par rapport à certains indicateurs de notre plan stratégique sur le VIH/sida. Ce numéro m'a fait comprendre que nous devons étendre la couverture du traitement antirétroviral; elle est en 2014 à 45%. Cette couverture est trop faible et doit nous interpeller au même titre que la proportion élevée de rapports sexuels sans utilisation d'un condom. Je pose la question à tous nos lecteurs : Que faire, dans le contexte actuel de ressources très limitées, pour augmenter cette couverture? L'article sur le TAR nous met en contact avec des évidences scientifiques au niveau mondial, comme les études TEMPRANO et START.

Suite à la page 5



SIDA, ANSANM NOU SE SOLISYON AN!

Sommaire

Liste des abréviations	3
Éditorial (suite)	5
1. Notification de cas VIH.....	5
1.1 Notification de cas de 1990 à 2014	5
1.2 Caractéristiques sociodémographiques des cas diagnostiqués	6
1.3 Représentation départementale des cas diagnostiqués VIH	6
1.4 Répartition de la densité de PVVIH par département en 2014	7
1.5 Modes probables de transmission du VIH.....	8
1.6 Evolution de la notification de cas en 2014.....	8
2. Traitement anti rétroviral	9
2.1 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR en 2014.....	9
2.2 Représentation temporo-spatiale des nouveaux enrôlés en 2014	10
2.3 Niveau de performance atteint par le PNLS sur le TAR en 2014	12
3. Co infection VIH / TB.....	14
3.1 Représentation temporo-spatiale des nouveaux patients coinfectés en 2014	14
3.2 Niveau de performance atteint par le PNLS sur la co infection VIH / TB en 2014	16
4. Élimination de la transmission mère enfant.....	17
4.1 Représentation temporo spatiale des nouvelles femmes enceintes sous TAR	17
4.2 Représentation des enfants exposés bénéficiant d'un PCR et de ceux VIH	19
4.3 Niveau de performance atteint par le PNLS sur la co infection VIH / TB en 2014	19
5. Situation compromettant des conjoints des femmes enceintes sous ARV en Haïti par rapport à leur désir de grossesse	20
5.1 Introduction	20
5.2 Méthodologie	21
5.3 Résultats.....	21
5.3.1 Présence de conjoint au foyer des femmes sous ARV	21
5.3.2 Conjoints et gestion des grossesses	22
5.4 Conclusion	23
6. Chiffres nationaux.....	24
Coin des nouvelles	25
7. Références	30

Liste des abréviations

AR	A rechercher
CARE	Cooperative Agreement and Relief for Everywhere
CARIS	CARIS foundation
CNQD	Comité National de la Qualité des Données en VIH/sida en Haïti
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CDS	Centres pour le Développement et la Santé
CMMB	Catholic Medical Mission Board
CROI	Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections
CT	Coordination Technique
DME	Dossier Médical Electronique
ETME	Elimination de la Transmission Mère Enfant
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FETP	Field Epidemiology Training Program
FM	Fonds Mondial
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Etudes sur le Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HAD	Hôpital Adventiste de Diquini
HASS	HIV-AIDS Surveillance System
HTW	Health Trough Walls
IAP	Indicateurs d'Alerte Précoce
ICC	International Child Care
ID	Impossible à Déterminer
ITECH	International Training and Education Center for Health
JMS	Journée Mondiale du Sida
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MESI	Monitoring Evaluation et Surveillance Intégrée
NA	Non Applicable
ND	Non Disponible
NEC	Non Encore Connu
NIAID	National Institute of Allergy and Infectious Diseases
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PATHFINDER	PATHFINDER international
PEPFAR	President Emergency Plan for AIDS Relief
PDV	Perdu De Vue
PF	Planification Familiale
PIH/ZL	Partners In Health / Zanmi Lasante

PMA	Procréation Médicalement Assistée
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNST	Programme National de Sécurité Transfusionnelle
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
TAR	Traitement Anti Rétroviral
TME	Transmission Mère Enfant
TPI	Traitement Préventif à l'INH
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
START	Strategic Timing of Antiretroviral Treatment
UGP	Unité de Gestion de Projet
UM	Université de Miami
Uma	Université de Maryland
UNFPA	United Nations Fund Population Agency
UNICEF	United Nations Children's Fund
URC	University Research Corporation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WV	World Vision

Éditorial (suite)

Nous connaissons déjà les bienfaits du TAR, non seulement pour les PVVIH, mais pour toutes nos communautés, comment optimiser l'utilisation des ressources disponibles si nous n'avons pas constamment à l'esprit la synergie d'action entre tous et l'évitement de gaspillage d'énergie. Chaque centime peut faire la différence. Apprenons à bien utiliser et optimiser les ressources mises à notre disposition pour un meilleur accès au TAR.

Les plus Hautes Autorités du MSPP travaillent ardemment avec tous ses partenaires sur la question du financement. Ce domaine est crucial, c'est le nerf de la guerre, dit-on. Nous devons à la fois diversifier les sources et augmenter les contributions locales tout en maintenant l'accès gratuit aux soins. La réflexion sur le financement n'est pas la chasse gardée ou le domaine exclusif du niveau central du système de santé; nous aimerions avoir vos réflexions là-dessus car nous le répétons régulièrement, il est vrai un peu plus souvent lors des JMS : le sida nous concerne tous. Impliquons-nous activement et partagez vos réflexions avec nous. Nous en avons tant besoin pour une meilleure coordination de la lutte contre le VIH.

SIDA, ANSANM NOU SE SOLISYON AN!

Dr Joëlle Deas Van Omacker
Dr Joëlle Deas Van Omacker
Coordonatrice du PNLS



1. Notification de cas VIH

Le plan stratégique actuel en VIH/sida, PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018, vise la réduction de 50% des nouvelles infections à VIH dans la population générale et les groupes cibles prioritaires d'ici à 2018. Ce plan représente la contribution nationale à court terme de la stratégie mondiale à l'arrêt de l'épidémie à VIH en 2030.

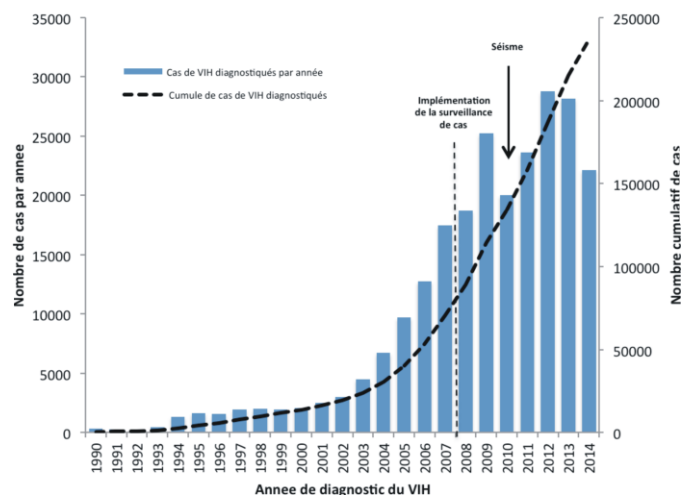
Ce plan ambitionne, de façon plus spécifique à maintenir le risque de transmission sanguine du VIH à 0%; à obtenir au moins que 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et des pratiques sexuels à moindre risque et à réussir au moins que 85% des populations clés les plus exposées au VIH ont des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque.

Le défi est de taille. Car, nous savons avec EMMUS V (2012) que seulement 37% des femmes et 31% des hommes de 15-49 ans ont une connaissance sur le VIH/sida considérée comme approfondie d'une part, et d'autre part, que 50% des femmes et 69% des hommes n'ont jamais effectué de test de dépistage du VIH.

Nous n'avons pas la prétention d'évaluer à quel point nous en sommes en matière de limitation du nombre de contamination, mais avec HASS, nous sommes en mesure sur la base des résultats programmatiques de vous indiquer, les tendances du dépistage et des principales caractéristiques des cas dédoublés après avoir filtré les données de 2014 de nos 4 bases (MESI, GHESKIO, PIH, I-santé) avec notre algorithme de déduplication. Nous n'avons pas accès pour l'instant aux données du PNST, mais ce n'est que partie remise, car nous espérons que bientôt nos lecteurs auront des informations sur une base annuelle sur la sécurité transfusionnelle dans notre bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida.

1.1 Notification de cas de 1990 à 2014

Le graphique ci-dessous présente la fréquence annuelle et le cumul des cas de VIH /sida diagnostiqués sur la période allant de 1990 à 2014. Comme mentionné dans les précédents numéros de ce Bulletin de Surveillance Epidémiologique du VIH/sida en Haïti et annoté sur le graphique, le système de Surveillance de cas de VIH/sida a été implémenté à l'échelle nationale en 2008, donc les cas antérieurs à cette période représentent les données historiques partagées notamment par les systèmes de DME de GHESKIO et de Zanmi Lasante¹. A la fin de l'année 2014; 237 130 nouveaux cas uniques de VIH diagnostiqués ont été rapportés à la base nationale de surveillance du VIH en Haïti.



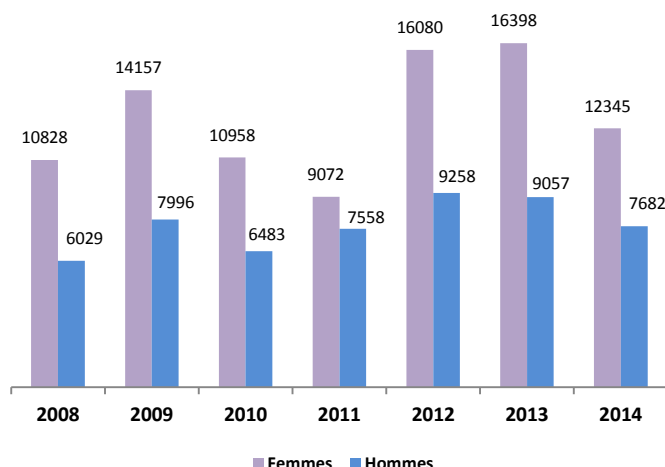
Graphique 1. Répartition du nombre de cas VIH diagnostiqués de 1990 à 2014 rapportés à HASS.

Des publications antérieures ont largement présenté la tendance observée jusqu'à 2013, nous aimerions cependant attirer l'attention sur la diminution constante du nombre de cas rapportés observée de 2012 à 2014. Il faut toutefois souligner que les données du dernier trimestre de 2014 ne sont pas complètes pour un des systèmes DME, ce qui pourrait amener à revoir à la hausse le nombre de cas rapportés en 2014 dans un prochain bulletin.

¹ Le système national de surveillance est alimenté par les systèmes de Dossiers Médicaux Electroniques et l'interface de notification sur le site MESI, ceci a été décrit dans le 1^{er} numéro du bulletin de surveillance.

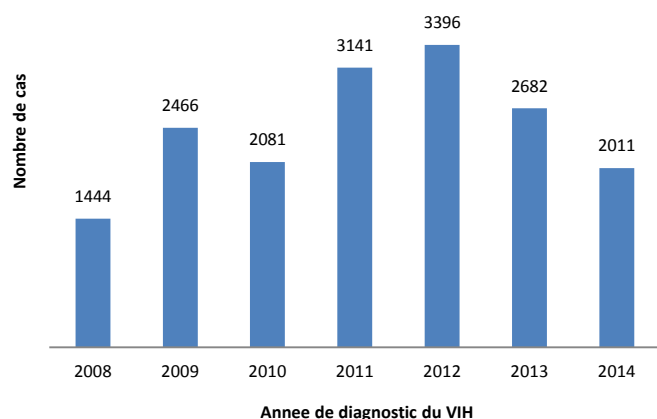
1.2 Caractéristiques sociodémographiques des cas diagnostiqués

Nous représentons dans le graphe 2 ci-dessous la fréquence annuelle des cas VIH diagnostiqués chez les adultes répartis par sexe pour la période allant de 2008 à 2014. Nous notons qu'il y a un plus grand nombre de femmes à être diagnostiquées VIH que d'hommes sur toute la période ; le ratio Femme/homme varie entre 1,2 et 1,8. Ces données collectées de façon routinière et capturées à travers le système de surveillance reflètent les trouvailles de l'EMMUS V qui ont révélé une plus forte prévalence du VIH chez les femmes, soit 2,2 comparée à celle des hommes qui est de 1,7



.Graphe 2. Répartition des cas adultes (15 ans et plus) de VIH par sexe et par année 2008 – 2014, MSPP-PNLS/NASTAD, HASS Haïti 2015

Le nombre de cas VIH pédiatriques diagnostiqués de 2008 à 2014 est de 17 221 et est représenté sur le graphique ci-dessous. À partir de 2010, la tendance suit celle observée au niveau de la population VIH positive, tel que vu au niveau du graphe numéro 1 ; le plus grand nombre de cas pédiatriques a été diagnostiqué au cours de l'année 2012 et le plus faible nombre en 2008. La proportion d'enfants diagnostiqués varie entre 7,9% et 15,9% pour la période présentée avec la plus forte proportion observée en 2011 et la plus faible en 2008.



Graphe 3. Répartition du nombre de cas pédiatriques (moins de 15 ans) de VIH diagnostiqués 2008 – 2014. HASS Haïti 2015

1.3 Représentation départementale des cas diagnostiqués VIH

Le tableau ci-dessous montre la répartition des cas de VIH/sida par département à partir de la résidence des patients diagnostiqués, entre 2008 et 2014. Pour cette période, trois départements hébergent le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH : l'Ouest, le Nord et l'Artibonite.

Le département du Nord de façon générale montre la plus forte densité de personnes vivant avec le VIH suivi de l'Ouest; il faut toutefois noter la forte densité observée au niveau du Nord-Est particulièrement en 2013 où elle est la plus forte observée. Le département ayant le moins de cas de VIH est celui des Nippes qui présente aussi la plus faible densité pour la population infectée au VIH, en 2008, 2009 et 2014. Entre 2010 et 2013, la plus faible densité de la population des personnes vivant avec le VIH était observée au niveau du département du Centre.

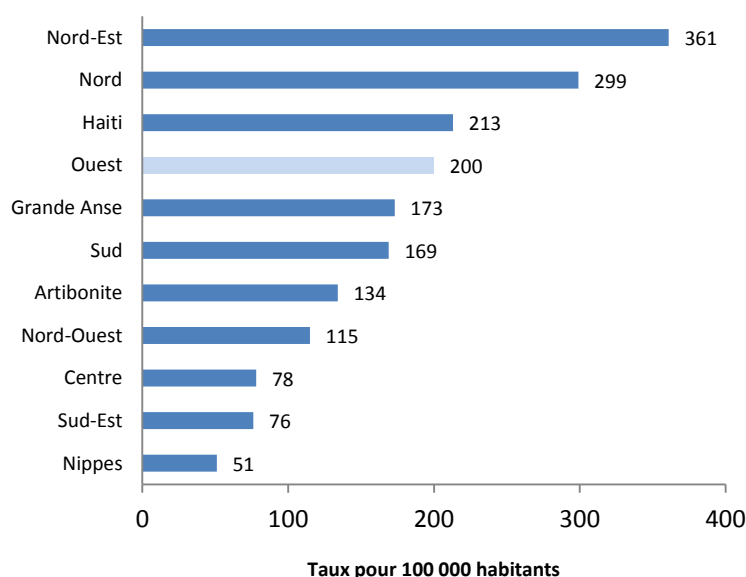


Tableau 1. Répartition des cas VIH et la densité (pour 100 000 hab) par département de 2008 – 2014, MSPP-PNLS/NASTAD, HASS Haïti

Département	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux	Nbre	Taux
Artibonite	1 894	121	2 714	173	2 055	139	2 174	147	2 754	167	2 869	174	2 203	134
Centre	795	117	756	111	487	73	276	41	321	45	460	65	556	78
Grande-Anse	753	177	1 066	250	977	236	992	240	1 123	251	961	215	772	173
Nippes	73	23	246	79	294	98	361	120	322	99	246	75	167	51
Nord	2 288	236	3 070	316	2 951	313	3 287	349	3 585	352	3 491	343	3 040	299
Nord-Est	594	166	893	249	610	167	896	246	1 157	308	1 485	395	1 359	361
Nord-Ouest	984	148	1 243	188	1 085	177	1 255	205	1 265	182	1 101	158	797	115
Ouest	8 379	229	11 385	311	8 044	257	10 489	336	11 856	308	10 634	277	7 705	200
Sud	1 409	200	1 968	279	1 626	228	1 682	236	1 625	220	1 548	209	1 250	169
Sud-Est	409	71	623	108	542	102	548	103	660	109	531	88	458	76
Non déterminé	1 158	NA	1 272	NA	1 367	NA	2 658	NA	4 117	NA	4 854	NA	3 827	NA
Total	18 736	189	25 236	254	20 038	219	24 618	269	28 785	276	28 180	271	22 134	213

1.4 Répartition de la densité de PVVIH par département en 2014

Le graphe 4 ci-dessous montre la densité des personnes vivant avec un diagnostic de VIH par département², à la fin de 2014 ; la densité est de 213 PVVIH pour 100 000 habitants au niveau national. Le département du Nord-Est vient en tête de liste avec une densité de 361 pour 100 000 habitants, suivi du département du Nord 299. Avec une densité de 200 pour 100 000 habitants, le département de l'Ouest se rapproche de la densité nationale. Les Nippes représentent la plus faible densité de la population de personnes vivant avec le VIH soit 51 pour 100 000 habitants.



Graphe 4. Représentation de la densité de PVVIH avec un diagnostic de VIH par département en 2014. MSPP-PNLS/NASTAD, HASS Haïti 2015

² Population de base: population estimée de l'IHSI pour les années mentionnées.

1.5 Modes probables de transmission du VIH

Le tableau 2 montre la répartition par sexe des facteurs de risque chez les adultes pour la période 2008-2014. Les modes probables de transmission sont parmi les variables les moins rapportées au système de surveillance du VIH/sida en Haïti. Ainsi, les données présentées dans notre article prennent en compte la proportion de personnes ayant identifié un risque parmi ceux ayant une réponse documentée, parmi le nombre de cas rapportée pour la période considérée. Parmi ceux pour lesquels une réponse est documentée, 94% des femmes et 90% des hommes ont mentionné des rapports hétérosexuels comme facteur de risque, soit 52% des femmes et 50% des hommes de l'ensemble des cas rapportés. Soixante-onze pour cent (71%) des hommes et des femmes ont rapporté avoir eu des relations sexuelles sans condom, soit respectivement 33% et 32% des hommes et des femmes diagnostiqués en incluant les non réponse. Considérant ceux qui ont répondu, 12 % des hommes ont mentionné avoir des relations sexuelles avec une travailleuse de sexe et une histoire d'infection sexuellement transmissible (IST) a été rapportée pour 17% des hommes et 27% des femmes.

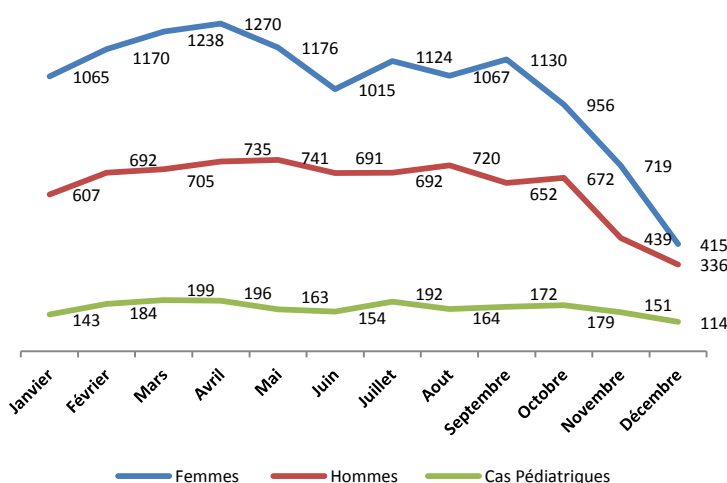
Tableau 2. Répartition des cas notifiés ayant rapporté un risque parmi les adultes de 15 ans et plus selon les modes probables de transmission et le sexe, année 2014, Haïti HASS 2015

Modes probable de transmission	Femmes			Hommes		
	Nbre de cas	% Excluant les non-réponses	% Parmi toutes les femmes	Nbre de cas	% Excluant les non-réponses	% Parmi tous les hommes
Rapport sexuel avec une femme	2 253	4	2	27 072	90	50
Rapport sexuel avec un homme	52 158	94	52	2 860	10	5
Rapport sexuel avec plus de 2 personnes	6 142	14	7	5 787	24	11
Rapport sexuel sans condom	30 697	71	33	17 524	71	32
Rapport sexuel avec travailleuses de sexe	1 187	3	1	2 895	12	5
Histoire d'infection de TB	1 606	4	2	1 428	6	3
Histoire d'infection de syphilis	4 925	11	5	3 230	13	6
Histoire d'autre IST	11 582	27	12	4 281	17	8

Les données présentées soulignent la nécessité de renforcer la collecte systématique des modes probables de transmission afin de mieux identifier les comportements à risque pour le VIH au sein de la population.

1.6 Evolution de la notification de cas en 2014

Le graphe ci-dessous montre les tendances parmi les adultes (hommes, femmes de plus de 15 ans) et les enfants de moins de 15 ans diagnostiqués au VIH pour la période allant de Janvier 2014 à Décembre 2014. Le nombre d'enfants varie entre 114 et 199 pour la période, celui des hommes entre 336 et 741. Le nombre de femmes diagnostiquées dépasse largement celui des hommes et du groupe pédiatrique et varie entre 415 et 1270 pour la période.

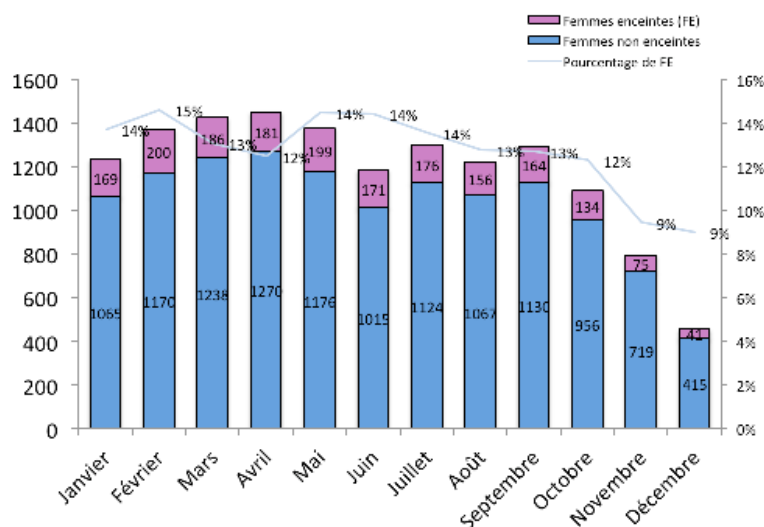


Graphe 6. Évolution de la notification de cas VIH en Haïti en 2014, HASS Haïti 2015

Le graphe 6 montre une diminution de la tendance entre octobre et décembre 2014, qui paraît plus accentuée parmi les femmes. Cette baisse de la tendance peut être en partie expliquée par le retard dans la transmission des données de surveillance du dernier trimestre de 2014. Dans ce prochain rapport, la disponibilité des données pourrait affecter la tendance observée dans ce numéro de bulletin.

Au moment de la grossesse, le dépistage actif et la surveillance de l'infection du VIH chez les femmes en âge de procréer sont d'une importance capitale dans l'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH.

Le graphe ci-dessous présente le nombre et la proportion de femmes enceintes au moment du diagnostic pour la période allant de Janvier à Décembre 2014. Le nombre de femmes enceintes varie entre 41 et 200 soit une proportion comprise entre 9 et 15% des femmes nouvellement diagnostiquées.



Graphique 7. Répartition des femmes enceintes et non enceintes au moment du diagnostic parmi les données rapportées pour l'année 2014, HASS Haïti 2015

2. Traitement anti rétroviral

Nous commençons l'article sur le TAR avec ce rappel des 3 conditions pour que l'épidémie VIH s'arrête à travers le monde d'ici à 2030 : faire reculer le nombre de décès dus au VIH/sida; limiter le nombre de contamination au VIH et améliorer le dépistage surtout dans les populations à risque. Nous pensons que les trois conditions fondamentales de l'arrêt de l'épidémie à VIH à 2030 sont intriquées l'une dans l'autre et s'imposent aux programmes à travers le monde comme une ordonnance sans aucun recours s'ils veulent avancer dans la bonne direction. Ces 3 éléments paradigmatiques constituent une structure gigogne de telle sorte qu'il paraît difficile d'analyser les résultats obtenus dans l'un sans ne pas faire référence à ceux atteints dans les 2 autres; c'est l'objet principal de la cascade ou du continuum de soins, mais qui ne sera pas traité dans ce présent article sur le TAR. Nous promettons bientôt à nos lecteurs un numéro spécial sur ce sujet

Nous estimons que le TAR est incontournable à l'intérieur des 2 échéances mondiales : 2020 avec 90-90-90 et 2030 avec 95-95-95 (ONUSIDA; 2014, 2015); et que notre pays doit prendre les dispositions pour se mettre au pas. Nous ne savons pas où en sommes-nous avec le projet d'étude : « évaluation de l'approche tester et traiter pour le traitement du VIH en Haïti » qui devait être réalisé par le LNSP, CDC et USAID; mais nous pouvons prédire que sur la base de 2 études d'importance majeure sur le TAR que bientôt notre manuel devait être révisé ou inclure un addendum pour ne retenir que comme unique critère d'éligibilité au TAR le fait d'être positif au VIH. En effet; TEMPRANO, une étude conduite sur une période de 7 ans en Côte d'Ivoire (jean et al, 2013; Danel et al, 2015) et un grand essai clinique du nom de START (START, mai 2015) effectué dans plusieurs pays de 4 continents ont démontré que les personnes VIH peuvent réduire considérablement leur risque de progresser vers le sida et de

mourir si elles commencent tôt le TAR. Le National Institute of Allergy and Infectious Diseases des Etats Unis qui est dirigé par l'éminent professeur, DR Antony Fauci, appuie l'idée de proposer un TAR à toutes les personnes atteintes du VIH, peu importe leur compte CD4 (NIAID, 2015). Michel Sidibé Directeur exécutif de l'ONUSIDA, va plus loin en déclarant à Genève le 27 mai 2015 que « Toute personne vivant avec le VIH doit avoir un accès immédiat au traitement antirétroviral salvateur. Retarder l'accès au traitement du VIH sous quelque prétexte que ce soit, c'est refuser le droit à la santé ».

Nous référant aux 2 études mentionnées plus haut, nous pensons que la mise sous traitement de nouveaux enrôlés a pratiquement la même valeur que la notification de cas dans ce bulletin de surveillance épidémiologique. Une des conséquences de l'accélération de la riposte et en fonction des nouvelles connaissances scientifiques sur le TAR est de plus en plus le Programme Haïtien doit investir dans la mobilisation de nouvelles ressources et soutenir les efforts déjà entrepris par les différents réseaux de soins pour dépister et mettre un plus grand nombre de PVVIH sous TAR.

Dans cet article, en plus de l'analyse des caractéristiques socio démographiques et de l'évolution de la mise sous TAR des nouveaux enrôlés, nous fournirons des informations sur la rétention des nouveaux enrôlés et les niveaux de performance atteints en fonction des cibles retenues pour les indicateurs du TAR pour lesquels nous pouvons retrouver des valeurs actualisées au niveau de la base nationale de rapportage de données VIH/sida, MESI.

En 2014, le nombre de PPS rapportant régulièrement des données sur MESI est de 141. La distribution observée de PPS ayant posté leurs rapports sur MESI varie de 131 à 144. La distribution a commencé en janvier avec 141 et a terminé en décembre avec 132. Le mode est représenté par 141. Ainsi la ponctualité du respect de la soumission mensuelle du rapport sur MESI est élevée mais n'est pas totalement satisfaisante car le nombre de PPS varie entre 131 à 144. Nous aurions aimé voir la répétition de tous les PPS existants et offrant des services VIH/sida à chaque mois.

2.1 Caractéristiques sociodémographiques des nouveaux enrôlés sous TAR en 2014

Les nouveaux enrôlés sous TAR sont de 19 018. Si nous considérons que les facteurs d'attrition soient nuls, ils représenteraient environ 30% du nombre total d'actifs sous TAR de 63 511 PVVIH au 31 décembre 2014 (www.mesi.ht).



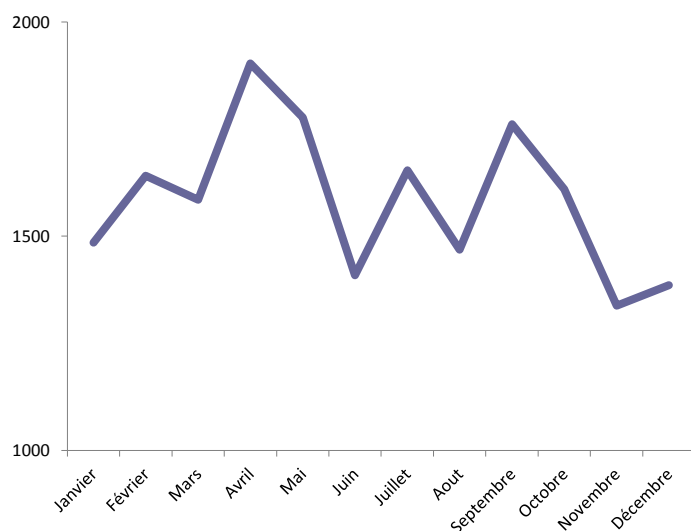
Tableau 3. Répartition des nouveaux enrôlés sous TAR selon le sexe et le statut de la femme en 2014, MESI.

Mois	PPS	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Total femmes	Enfants	Total	% Total femmes
Janvier	141	503	681	245	926	56	1485	62
Février	141	573	741	256	997	71	1641	61
Mars	141	570	712	246	958	57	1585	60
Avril	141	633	943	261	1204	66	1903	63
Mai	140	575	869	275	1144	58	1777	64
Juin	141	503	647	214	861	45	1409	61
Juillet	144	569	790	236	1026	59	1654	62
Aout	140	511	659	237	896	62	1469	61
Septembre	132	593	872	224	1096	72	1761	62
Octobre	135	599	718	237	955	56	1610	59
Novembre	131	472	632	187	819	47	1338	61
Décembre	132	520	679	141	820	46	1386	59
Total		6621	8943	2759	11702	695	19018	62

Les nouvelles femmes sous TAR sont de 11 702, soit 61,5% du nombre total de nouveaux enrôlés. Quelque soit le mois considéré, les femmes sont plus nombreuses à être enrôlées sous TAR. Les femmes enceintes symbolisent 23,5% des nouvelles femmes sous TAR. Les enfants qui sont de 695 représentent 3,6% des nouveaux enrôlés sous TAR en 2014.

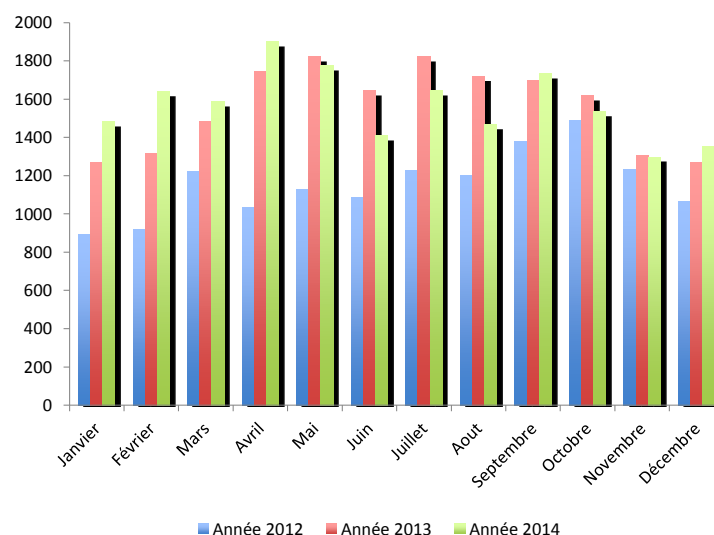
2.2 Représentation temporo-spatiale des nouveaux enrôlés en 2014

Le mois avril 2014 est le mois avec la fréquence absolue la plus élevée d'enrôlement de nouveaux patients PVVIH sous TAR. Il a contribué à 1 903 nouveaux enrôlés sous TAR.



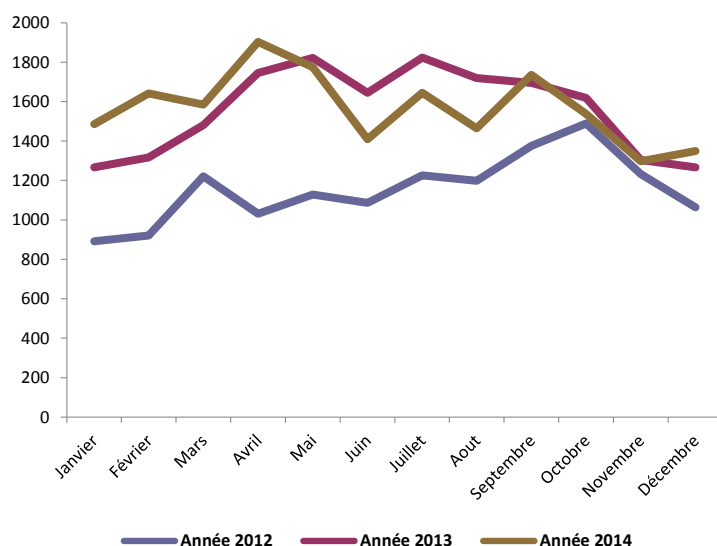
Graphique 8. Évolution des nouveaux enrôlés sous TAR en 2014, MESI Haïti

Tel que nous l'avons constaté en 2013 (PNLS, avril 2014), nous observons un certain ralentissement de la mise sous TAR de nouveaux enrôlés à la fin de l'année 2014, c'est à dire en novembre et en décembre.



Graphique 9. Répartition des nouveaux enrôlés sous TAR en 2012, 2013 et 2014 MESI Haïti

A certains égards, nous observons une certaine ressemblance pour certains mois entre l'année 2013 et 2014. Les mois avril, mai, juillet et septembre sont ceux pour lesquels le programme de TAR haïtien a atteint ou dépassé les 1 600 nouveaux enrôlés au cours de cette période.



Graph 10. Évolution des nouveaux enrôlés sous TAR en 2012, 2013 et 2014 MESI Haïti

Nous aimerions voir la courbe de 2014 un peu plus haut située que celle 2013, car à ce rythme, nous ne sommes pas encore

prêts pour augmenter la couverture des patients PVVIH sous TAR, et nous reviendrons là-dessus avant la fin de cet article.

Le classement des départements n'a pas évolué, tel que cela a été constaté dans le bulletin numéro 8 (PNLS décembre 2014)



SIDA, ANSANM NOU SE SOLISYON AN!

Tableau 4. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR selon le département en 2014.

Département	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée
Ouest	2910	4504	1170	274	8858	47	46
Artibonite	955	1100	474	98	2627	14	60
Nord	818	1063	383	75	2339	12	72
Sud	449	472	88	48	1057	6	78
Nord-ouest	375	472	105	70	1022	5	83
Centre	354	413	142	49	958	5	88
Nord-est	255	327	199	31	812	4	92
Grande anse	202	232	86	15	535	3	95
Nippes	173	199	63	16	451	2	97
Sud-est	130	161	49	19	359	2	100
Total	6621	8943	2759	695	19018	100	

Le département de l'ouest vient en tête de liste avec 48% environ de la mise sous TAR de nouveaux enrôlés. Nous notons que 4 départements à eux seuls disposent de plus de 3 sur 4 des nouveaux enrôlés en 2014, ce sont l'Ouest, l'Artibonite, le Nord et le Sud; ce sont les départements pour lesquels nous observons également une plus grande concentration de la population (http://www.ihsi.ht/haïti_en_chiffre.htm). Nous pensons qu'une des conséquences que cela devrait avoir sur le plan programmatique est que l'essentiel ou la majorité des activités 18 réseaux de soins dirigés par ce que nous appelons des institutions ombrelles ont mis sous TAR 19 018 nouveaux enrôlés. Nous n'avons pas pu retrouver le nom de la dernière institution ombrelle responsable de la mise sous TAR de 19 nouveaux

d'amélioration de la qualité des données devrait se concentrer sur ces 4 départements, évidemment, si nous planifions sur la base des évidences scientifiques et des données factuelles ou programmatiques. Dans le cadre de ce bulletin, nous essaierons bientôt de colliger des données au sein du CNQD sur les supervisions et les visites de validation de données et ferons l'analyse entre elles et la répartition des nouveaux enrôlés au niveau des départements. Rappelons que le TAR constitue un enjeu majeur dans la stratégie pour arrêter l'épidémie en 2030. patients PVVIH. Ce genre de problème peut être résolu de façon aisée avec la revigoration prochaine du CNQD si ses procédures normalisées d'opération sont mises en application.

Tableau 5. Distribution des nouveaux enrôlés sous TAR selon le réseau de soins en 2014, MESI Haïti

Réseau	PPS	Hommes	Femmes	Femmes enceintes	Enfants	Total	Proportion en %	Fréquence cumulée en %
GHESKIO	17	1991	2771	428	194	5384	28,31	28,31
UGP/MSPP/PEPFAR	30	1387	1980	683	144	4194	22,05	50,36
PIH/ZL	11	885	969	391	105	2350	12,36	62,72
URC	19	397	598	390	45	1430	7,52	70,24
CMMB	8	478	559	130	58	1225	6,44	76,68
PATHFINDER	17	329	591	292	22	1234	6,49	83,17
ICC	21	350	420	79	15	864	4,54	87,71
ITECH	3	166	179	101	57	503	2,65	90,36
CDS	8	198	215	124	22	559	2,94	93,30
UM	1	129	165	29	13	336	1,77	95,07
FOSREF	10	88	145	39	1	273	1,43	96,50
Uma	9	93	186	34	9	322	1,69	98,19
POZ	2	48	48	12	7	115	0,60	98,79
WV	3	25	67	12	0	104	0,55	99,34
HAD	1	27	31	7	2	67	0,35	99,69
HTW	2	12	0	1	0	13	0,07	99,76
CARE	1	13	6	6	1	26	0,14	99,90
ND		5	13	1	0	19	0,10	100,00
Total	163	6621	8943	2759	695	19018	100,00	

GHESKIO est le leader des réseaux de soins dans la mise sous TAR de nouveaux enrôlés en 2014. Il occupe cette position avec 28,31% des nouveaux enrôlés. En 2^e position, nous retrouvons le réseau de soins du MSPP avec 22,05%. GHESKIO et UGP/MSPP/PEPFAR sont les 2 réseaux qui ont pu dépasser les 20% et totalisent à eux deux la moitié des nouveaux mis sous TAR, soit 1 sur 2 nouveaux enrôlés en 2014. Nous croyons que si le système suivi et évaluation du VIH/sida en Haïti s'assure que ces 2 réseaux aient une très bonne implication dans l'amélioration de la qualité des données et aient un budget suffisant pour le faire, nous pouvons extrapoler, toutes proportions gardées, que la qualité des données en VIH/sida bénéficierait d'un appui structurant fort, étant donné le poids de ces acteurs présentement au sein du système de santé haïtien.

2.3 Niveau de performance atteint par le PNLS sur le TAR en 2014

Tel que nous l'avons promis dans le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida, numéro 8 paru au 1^{er} décembre 2014, nous fournissons à nos lecteurs à la fin de cet article des informations relatives à la performance du TAR en 2014. Les

indicateurs restent les mêmes que nous avons indiqués dans le numéro 8.

Les cibles dans le tableau ci-dessous ont été tirées dans le PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018 (PNLS, mai 2014). Nos sources de données pour l'analyse de la performance sont www.mesi.ht et le rapport préliminaire de l'analyse des patients enrôlés sous TAR entre le 1^{er} octobre 2012 et le 30 septembre 2013 au niveau des 10 départements d'Haïti (PNLS, mai 2015).



SIDA, ANSANM NOU SE SOLISYON AN!

Tableau 6. Performance de certains indicateurs sur le TAR en 2014.

Indicateur	Données de base	Source et année	cibles 2014	Résultat atteint au 31/12/ 2014	Performance (%)	cibles prévues pour 2015
Pourcentage d'adultes et d'enfants dont on sait qu'ils sont toujours sous ARV après l'initiation du TAR	76%	PNLS 2014	76%	72,8%	72,8%	77%
Nombre d'adultes vivant avec le VIH recevant le TAR	54082	MESI 2013	78000	63511	81,40%	95000
Nombre d'enfants vivant avec le VIH recevant le TAR	2987	MESI 2013	3281	2888	88,80%	3609

Le taux de rétention est de 72,8%. Nous proposons par rapport à cet indicateur que la performance de cet indicateur est le résultat connu de la plus récente enquête sur la rétention ; ainsi la performance est de 72,8%. Nous rappelons que la donnée de base a été obtenue de l'enquête de rétention réalisée entre décembre 2013 et février 2014 : ce taux de rétention a été calculé sur la cohorte de janvier 2011 à décembre 2011. Le résultat actuel atteint en rétention est calculé à partir de l'enquête réalisée par la CT du PNLs de novembre 2014 à février 2015 sur la cohorte de nouveaux enrôlés du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013.

Nous considérons que la performance obtenue sur le nombre d'adultes est faible, même si elle est de 81,40%. L'écart à combler ou le rattrapage à faire pour atteindre la cible de 2014 est de 14 489 patients sous TAR. Nous attirons l'attention de nos lecteurs que c'est la valeur de cet indicateur en fréquence absolue qui est utilisée par l'ONUSIDA pour calculer la couverture sous TAR. Au cours de l'atelier de Dakar tenu par l'ONUSIDA pour les pays francophones d'Afrique auquel Haïti a pris part sur les estimations et projections épidémiologiques, le nombre estimé de PVVIH en Haïti calculé à partir de SPECTRUM pour 2014 est de 140 000. Si nous utilisons cette estimation comme dénominateur, la couverture est de 45,36% et est très basse. Nous pensons que toutes les parties prenantes de la Riposte nationale devraient se ressaisir pour des réflexions approfondies sur ce taux de couverture et l'évaluation des stratégies mises en œuvre visant le renforcement du TAR en Haïti pour nous permettre d'atteindre les 80% de couverture visés par le PSNM à l'horizon de 2018.

La performance du nombre d'enfants sous TAR a pratiquement fait un recul par rapport à la donnée de base. Nous n'arrivons pas à maintenir la performance atteinte en 2013. Avons-nous atteint un sommet auquel nous ne pouvons plus avancer vers des objectifs plus élevés? Nous sommes encore confiants que nous pouvons aller encore de l'avant pour plus de résultats dans l'optique de la stratégie pour arrêter l'épidémie en 2030.

Nous concluons cet article pour présenter à nos lecteurs les principaux résultats de la dernière enquête de rétention réalisée par la CT du PNLs. Un rapport complet y sera bientôt publié. Dans

cette enquête, le taux de rétention à 6 mois du département de l'Ouest ne contient pas les données des Centres GHESKIO et de IMIS.

Tableau 7. Répartition des taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte nette de patients enrôlés sous ARV au niveau des 10 départements, Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLs Haïti 2015

Département	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Artibonite	80,6	73,7	2879
Centre	84,5	77,6	1070
Grande Anse	85,0	70,8	479
Nippes	92,4	75,5	412
Nord	86,9	76,2	2301
Nord-Est	77,2	63,2	585
Nord-Ouest	83,3	74,5	685
Ouest	83,1	70,6	8168
Sud	87,6	77,4	1131
Sud-Est	83,4	78,1	329
Total Haïti	83,7	72,8	18039



3. Co infection VIH / TB

Les programmes VIH et TB sont entrain d'amorcer un bond qualitatif avec l'élaboration et la publication d'un plan national combiné en suivi et évaluation du VIH et de la TB. Nous pensons que cette démarche entreprise sous l'impulsion du FM, dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle subvention VIH qui sera accordée à Haïti, est une bonne chose, un bon pas dans la bonne direction.

Ce plan combiné pourrait être considéré comme un « saut quantique » au sein de la stratégie pour arrêter l'épidémie en 2030, en particulier du « faire reculer le nombre de décès dus au VIH/sida » en Haïti. Nous l'avons déjà écrit dans le numéro 8 de ce bulletin et nous le reprenons pour que cela martèle dans nos tympans à un point tel que cela nous ennuie et nous fasse bouger pour ne pas jeter aux oubliettes ce plan dans un tiroir crasseux, tel que nous l'avions fait pour le SIPSE : **la tuberculose tue nos PVVIH plus que toute autre maladie liée au VIH**. Comme toute œuvre humaine, les plans ne sont jamais parfaits, mais ils sont de bons guides qui peuvent être améliorés par la pratique et le souci qui doit être manifeste chez toutes les parties prenantes de la Riposte en Haïti.

Nous analysons, dans le cadre de ce bulletin, les cas incidents de la co-infection VIH/TB de 2014. Notre seule source de données est le www.mesi.ht. Nous pensons que si le plan combiné n'est pas une simple addition de plans en SE du VIH et de la TB, le moment est propice pour que les 2 coordinations trouvent le mécanisme approprié pour faciliter la synchronisation des 2 sources de données TB et VIH afin d'améliorer la qualité des données sur la co-infection VIH/TB. Car, ne l'oublions pas : **la tuberculose tue nos PVVIH plus que toute autre maladie liée au VIH** (ONUSIDA, 2013).

Depuis la publication du numéro 8 de ce bulletin, nous nous sommes proposé qu'à chaque parution de faire un rappel sur une directive ou une conduite à tenir du manuel de normes sur la prise en charge de la co-infection VIH/TB. Nous reprenons les propos sur le TPI et ensuite quelques réflexions tirées d'un bulletin gratuit de l'ONUSIDA sur des résultats d'une étude réalisée en Botswana. Notre manuel de normes indique que « La chimio prophylaxie à l'INH est administrée à toutes les personnes infectées 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 ».

Dans le bulletin de l'ONUSIDA « HIV This Month – Issue no. 3 (2015) FR » a été publié le résumé d'une étude sur le TPI au Botswana sur l'efficacité plus grande de 36 mois qu'à celui de 6 mois sur la prévention de la TB chez des adultes infectés par le VIH obtenu au cours de l'essai. Cette étude a évalué surtout la durabilité du bénéfice obtenu après l'essai. Les auteurs (Samandari T et al, 2015) concluent que le bénéfice d'un TPI prolongé à 36 mois est meilleur que celui d'un TPI à 6 mois mais il a diminué après l'essai clinique dans la cohorte étudiée.

La rédaction de « HIV This Month – Issue no. 3 (2015) FR » dans une note pense que : « Dans les milieux où la TB est répandue, un TPI de durée limitée n'offre pas une protection durable. Les données issues de cette étude apportent encore plus d'éléments probants en faveur du TPI continu, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH qui avaient une IDR positive. Des études sont en cours pour évaluer des formes thérapeutiques préventives et alternatives qui offrent un plus grand potentiel de stérilisation de l'infection à TB latente. Ces traitements pourraient être efficaces sur une plus courte durée, ce qui serait un avantage. Mais il faudrait comparer cela au risque de maladie dû à une réinfection par la TB. Garantir la meilleure protection durable possible contre la TB pour les personnes séropositives reste une question extrêmement importante ».

3.1 Représentation temporo-spatiale des nouveaux patients coinfectés en 2014

Le nombre de PPS qui s'affiche sur le rapport relatif à la co-infection sur MESI varie de 168 à 186. Cependant, certains d'entre eux n'ont pas un numéro de code et d'autres ne disposent pas vraiment de patients sous traitement puisque cette catégorie de sites présentent une valeur nulle. Nous posons des interrogations sur cette situation et proposons que des réflexions soient initiées sur ce sujet au sein du CNQD afin de trouver les bonnes réponses pour corriger ces situations qui peuvent affecter la qualité des données.

Tableau 8. Distribution des patients coinfectés et traités en 2014 MESI Haïti

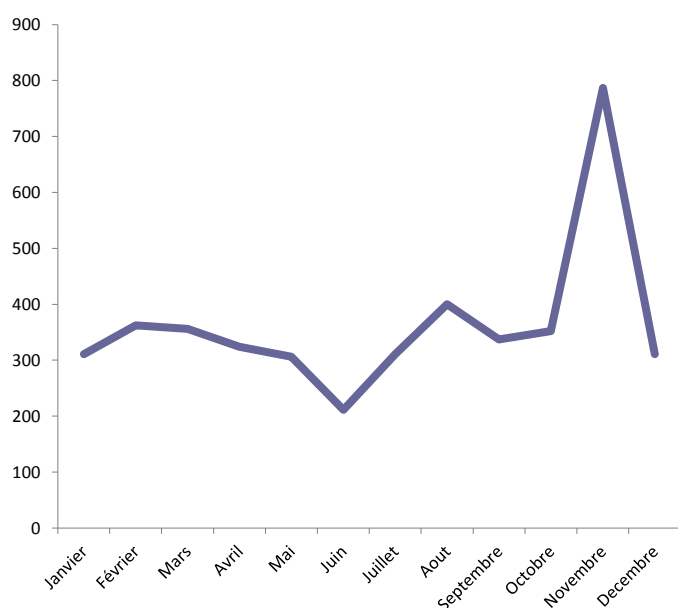
Mois	PPS	Nx enrôlés sous TAR	Total de patients co infectés	Nx PVVIH diagnostiqués TB	Nx PVVIH sous Rx anti TB	% de Nx cas TB sous Rx anti TB	% de Nx cas TB sous Nx enrôlés ARV
Janvier	180	1485	311	173	171	99	21
Février	180	1641	362	204	193	95	22
Mars	180	1585	356	181	166	92	22
Avril	181	1903	324	194	181	93	17
Mai	180	1777	306	174	149	86	17
Juin	182	1409	211	113	109	96	15
Juillet	185	1654	311	172	160	93	19
Aout	186	1469	400	205	199	97	27
Septembre	173	1761	337	177	168	95	19
Octobre	175	1610	352	193	188	97	22
Novembre	173	1338	787	121	107	88	59
Décembre	168	1386	311	191	166	87	22
Total		19018	4368	2098	1957	93	23

Le total de co-infectés (données retrouvées sur www.mesi.ht à la date du 18 juin 2015) est de 4 368, soit 21% du total des nouveaux enrôlés sous TAR en 2014. Nous n'avons pas encore accès à la désagrégation des co-infectés par sexe, comme cela est fait pour les nouveaux enrôlés sous TAR, mais nous espérons que ce sera chose faite bientôt avec les travaux en cours au sein du CNQD sur la désagrégation de certains indicateurs de MESI.

Nous signalons à l'attention du service SE de la CT du PNLS que le résultat obtenu du mois de novembre pourrait paraître comme une valeur aberrante, à l'analyse des observations de la distribution de co-infectés de 2014. Plus loin nous verrons, quels seraient les départements pour lesquels ils pourraient revoir les données afin de nous assurer qu'elles reflètent effectivement la réalité.

La performance de la mise sous traitement anti TB des nouveaux enrôlés sous TAR développant une TB est satisfaisante car elle est de 93%. Elle varie de 87% en décembre à 99% en janvier. Toutefois, nous souhaiterions obtenir à l'avenir une performance de 100%.

Tel que le montre le graphe ci-dessous le mois novembre 2014 est problématique et mériterait une investigation supplémentaire de la part de la CT du PNLS et de METH.



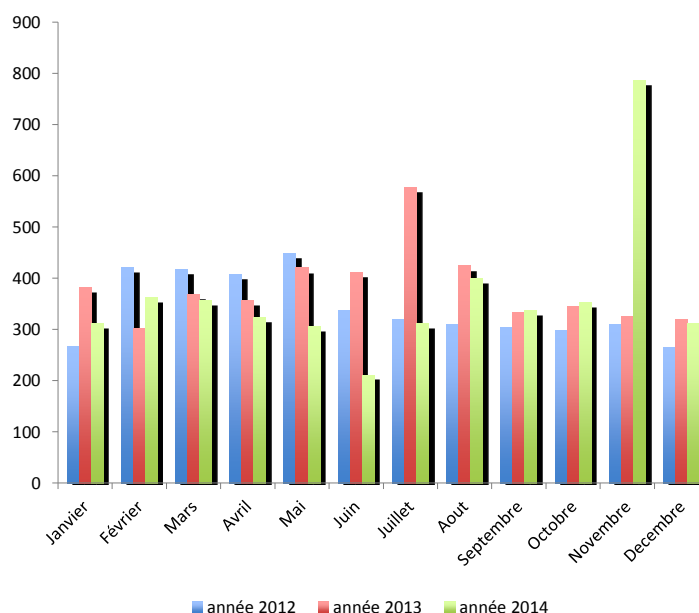
Graphique 11. Évolution des nouveaux co-infectés VIH/TB en 2014 MESI Haïti

Lorsque nous faisons la comparaison avec les années 2012 et 2013, nous constatons que le système de santé avait pu capter ou identifier plus de Co-infectés en 2013 qu'en 2012 et 2014. En 2012, le nombre connectés postés sur MESI était de 4 102; en 2013, il était de 4 565 et en 2014 de 4 368.

Le mois de juillet en 2012 paraît également problématique. Nous profitons de ces 2 cas : le mois de juillet en 2013 et celui de novembre en 2014 pour relancer les discussions et les échanges

au sein du CNQD sur les modalités de nettoyage et de stockage des données au niveau de MESI, autrement dit à quand nous ne devrions plus modifier une donnée quelconque et quelles seraient les étapes à suivre pour effectuer cette opération en faisant attention à ne pas nuire à la qualité des données de l'ensemble de la base et en portant une attention particulière sur l'intégrité des indicateurs ciblés.

Les mois de septembre à décembre pour ces années ont un profil similaire; ils ont atteint entre 300 à 350 co-infectés, sauf pour le mois de novembre 2014 pour lequel sa valeur apparaît aberrante.



Graphique 12. Répartition des co-infectés par mois au cours des années 2012, 2013 et 2014, MESI Haïti

4 départements : Ouest, Artibonite, Centre et Nord totalisent 3 557 co-infectés, soit environ 80 % ou 4 sur 5 co-infectés. Il ressort que ces départements (incluant le Sud qui a dépassé les 200 co-infectés) devraient bénéficier d'une plus grande attention de la part de ceux qui font la supervision et la validation des données, surtout le département de l'Ouest qui représente 47% des co-infectés.



Tableau 9. Distribution des co infectés par département en 2014. Haïti. MESI.

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 sous TAR
Ouest	52	72	8858	1288	770	2058	23
Artibonite	18	23	2627	395	392	787	30
Nord	18	21	2339	107	199	306	13
Sud	12	17	1057	71	142	213	20
Nord-ouest	8	11	1022	42	102	144	14
Centre	9	9	958	183	223	406	42
Nord-est	12	14	812	84	92	176	22
Grande anse	9	14	535	44	57	101	19
Nippes	6	10	451	28	51	79	18
Sud-est	7	9	359	28	70	98	27
Total	151	200	19018	2270	2098	4368	23

3.2 Niveau de performance atteint par le PNLS sur la co infection VIH / TB en 2014

Nous pensons qu'il est indispensable que les décideurs et les planificateurs doivent s'informer sur la performance obtenue pour les indicateurs qu'ils ont eux-mêmes décidés de suivre au cours de la mise en œuvre d'un programme donné.

Sur les 5 indicateurs que le bulletin pourrait fournir une idée du niveau de performance par rapport aux cibles fixées par le PSNM, il nous est impossible d'analyser la performance de 2 parce que soit la valeur de base et/ou la cible n'a pas été indiquée par le

PSNM. Nous espérons que le plan combiné comblera ces déficits et dans le prochain bulletin, nous pourrions être en mesure de fournir ce type d'informations.

En ce qui concerne le taux de mortalité des patients co infectes VIH / TB, nous n'avons pas de donnée de base; ni non plus de valeur actualisée de cet indicateur en 2014. Ce que nous pouvons fournir à nos lecteurs est l'estimation globale du nombre de décès dû au sida en Haïti. Ce chiffre a été déterminé par l'intermédiaire de SPECTRUM lors de l'atelier de Mars 2015 à Dakar et dont cette information sera publié dans le rapport 2015 de l'ONUSIDA; cette estimation est de 3 800 [2 300 ; 5 600] pour l'année 2014.

Tableau 10. Performance de certains indicateur sur la co infection VIH / TB en 2014. Haïti. MESI.

Indicateur	Données de base	Source et année	Cibles 2014	Résultat atteint de Janvier à décembre 2014	Performance (%)	cibles prévues pour 2015
Nombre de patients TB ayant effectué un test de dépistage du VIH	11859	MESI, 2013	13466	11639	86%	15072
Nombre de patients co infectés VIH/Tuberculose qui ont reçu aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux	4913		7606	3715	49%	7927
Nombre de patients qui ont reçu la prophylaxie à l'INH	9440	MESI, 2011	9899	22087	223%	10052

La performance du nombre de patients TB ayant effectué un test de dépistage du VIH est satisfaisante. Nous aimerions que dans le bulletin qui analysera la performance de 2015 que c'est à partir de HASS que nous souhaiterions obtenir ce nombre, si possible, pour avoir les cas dédoublés.

Pour calculer le nombre de patients co- infectes VIH / TB qui ont reçu aussi bien les ARV que le traitement anti TB, nous avons

additionné les résultats du nombre de patients TB testés VIH sous ARV en 2014 (1 123) et les résultats du nombre de nouvelles personnes enrôlées sous traitement anti TB (2 592). Cette opération nous a donné 3 715 patients co-infectés VIH/TB qui ont reçu aussi bien les ARV que le traitement anti TB. Sa performance est faible, soit 49%.

La performance de la prophylaxie est très élevée, soit de 223%. Cette performance élevée pourrait résulter de la conjugaison de 2 biais : soit la donnée de base a été sous-évaluée, de même que la

cible, d'une part et d'autre part, soit nous soupçonnons la présence de doublons au sein des 22 087 patients sous prophylaxie à l'INH. Nous pensons que ce genre de problèmes qui pourraient affecter la qualité des données peut être résolu au sein du CNQD et lors des débats sur la co-infection, il serait bienvenue la présence du service SE de la CT du PNLT pour le croisement des données et l'obtention du consensus sur les meilleures façons d'améliorer la qualité des données sur la co-infection. Néanmoins, nous devons reconnaître que ce résultat de 22 087 dénote l'importance accordée par nos réseaux de soins sur le TPI en matière de prévention de la TB chez nos PVVIH.

4. Élimination de la transmission mère enfant

Nos différentes enquêtes sur la rétention sous TAR et les IAP en Haïti nous ont fourni des informations sur les résultats relatifs au taux national de rétention, les taux par départements et par site y ayant pris part. Mais, nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, de taux spécifiques par sexe et par groupe d'âge, en particulier chez les femmes enceintes et les enfants exposés au VIH. Nous pensons que, dans le cadre de l'élimination de la transmission mère enfant et de la stratégie de l'arrêt l'épidémie en 2030, ces informations peuvent se révéler indispensables pour le renforcement des stratégies actuelles mises en œuvres en PTME, et en ce qui concerne notre pays d'approcher à l'horizon de 2018 les 2% de taux de TME avec plus de sérénité.

Nous pouvons, dans les prochains numéros de ce bulletin, faire des études exploratoires secondaires dans les bases de données de ces enquêtes disponibles au niveau de la CT du PNLS, en particulier dans les données de sites ayant eu un volume important de patients sous TAR pour avoir une idée de ces taux spécifiques. Nous promettons dans les prochains bulletins d'aborder ce sujet plus en profondeur.

Les enfants nés avec le VIH ont aujourd'hui un meilleur accès au TAR. Nous avons besoin de connaître les taux d'attrition en particulier les PDV et ensuite entreprendre des études dans le contexte d'Haïti pour mieux comprendre les complexités cliniques, sociales et structurelles associées à la prise en charge de l'enfant infecté par le VIH (Bernays S et al, 2014).

Une étude a été réalisée au Congo sur le traitement anti rétroviral combiné et le taux de rétention des enfants exposés au VIH à Kinshasa et a démontré que les enfants dont les mères n'étaient pas sous TAR avaient plus de 2 fois plus de chances d'être un PDV avec ajustement de ce taux selon les facteurs de référence (Feinstein L et al, 2015). Les auteurs de cette étude ont conclu que l'amélioration de l'accès au TAR pour les femmes enceintes pourrait améliorer la rétention des enfants exposés au VIH, renforçant ainsi l'impact clinique des interventions de PTME et de l'accès à un TAR précoce pour les enfants infectés par le VIH. Les auteurs du bulletin gratuit en ligne de ONUSIDA « HIV This Month » de mai 2015 dans leur note sur cet article émettent l'hypothèse que, « sur la base des éléments probants disponibles, des obstacles structurels comme le transport, les délais d'attente et le coût peuvent avoir une incidence sur le maintien dans les

filières de soins ». Ces hypothèses sont soutenues par les résultats de l'étude de rétention que la CT du PNLS avait réalisée en 2012 et dont les principaux résultats ont été publiés dans le numéro 3 du bulletin de surveillance épidémiologique en Haïti (PNLS, mai 2013). Néanmoins, nous pensons que des organisations onusiennes comme UNFPA et UNICEF pourraient aider le Programme à conduire des enquêtes de cohorte de couples mère-enfant (binôme mère-enfant) à partir de données cliniques recueillies régulièrement dans les 3 bases de données longitudinales du pays en VIH/sida: GHESKIO, PIH et I-santé.

MESI est la référence en données de PTME pour notre bulletin sur les cas incidents rapportés mensuellement par nos PPS en VIH/sida. Nous effectuons pour nos indicateurs des vérifications de concordance à l'intérieur de MESI de ceux qui se retrouvent dans plusieurs fenêtres. Ainsi nous avertissons nos lecteurs que nous avons dénoté une différence qui n'est pas significative entre les femmes enceintes placées sous ARV de la page « nouveaux enrôlés en ARV entre janvier 2014 et décembre 2014 » et les nouvelles sous HAART de la page « catégorie de femmes enceintes sous HAART entre janvier 2014 et décembre 2014 » le premier est de 2 759 et le second de 2 893. La différence est de 134. Nous pensons que ces 134 sont incluses dans femmes enceintes sous ARV devenues enceintes de la page « catégorie de femmes enceintes sous HAART entre janvier 2014 et décembre 2014 » Nous nous sentons confortables d'analyser les données de la page « catégorie de femmes enceintes sous HAART entre janvier 2014 et décembre 2014 », même si dans l'article sous le TAR, nous avons analysé avec les données de la page « nouveaux enrôlés en ARV entre janvier 2014 et décembre 2014 ».

4.1 Représentation temporo spatiale des nouvelles femmes enceintes sous TAR

Nous publions dans ce bulletin un article sur l'étude qui a été réalisée avec le financement de UNFPA sur les « déterminants des grossesses désirées ou non chez les femmes enceintes sous TAR ». Rappelons que cette étude a démontré qu'être VIH ne proscriit pas le désir de grossesse. Elle a retrouvé que 35% déjà enceintes sous TAR et 22% des femmes non enceintes sous TAR manifestaient le désir d'avoir un enfant dans le futur ». L'étude en a dénombré 5 facteurs de risque statistiquement significatifs qui sont : la parité, l'âge, la présence de conjoint, la vie sexuelle active et l'union libre.



Tableau 11. Répartition des femmes enceintes sous TAR en 2014 MESI Haïti

Mois	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes	Total FE VIH sous TAR	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes en (%)
Janvier	155	423	36.6
Février	127	401	31.7
Mars	132	386	34.2
Avril	135	410	32.9
Mai	145	445	32.6
Juin	143	366	39.1
Juillet	128	374	34.2
Août	122	375	32.5
Septembre	127	365	34.8
Octobre	123	348	35.3
Novembre	123	311	39.5
Décembre	98	247	39.7
Total	1558	4451	35.0

Les résultats programmatiques contenus dans le tableau ci-dessous démontrent que le PNLS avait parfaitement raison en s'associant avec le FNUAP en vue de faciliter la réalisation de cette étude sur les déterminants, car au regard des données retrouvées sur MESI, le phénomène prend de l'ampleur avec un plateau atteignant les 35%. Nous pensons qu'il convient, pour le bénéfice et la protection des enfants exposés au VIH, que ces femmes doivent bénéficier d'un accompagnement de qualité, surtout pour les femmes qui sont déjà sous TAR; car nous supposons que ces dernières devraient être facilement joignables.

Tableau 12. Répartition des femmes enceintes sous TAR par département en 2014, MESI Haïti

Département	PPS	Nouvelles femmes enceintes sous TAR	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes	Total FE VIH sous TAR	Femmes VIH sous TAR devenues enceintes en %
Artibonite	21	529	220	749	29.4
Centre	9	173	142	315	45.1
Grand-Anse	12	73	38	111	34.2
Nippes	6	65	34	99	34.3
Nord	17	397	183	580	31.6
Nord-est	13	197	45	242	18.6
Nord-Ouest	8	104	112	216	51.9
Ouest	65	1197	666	1863	35.7
Sud	14	107	84	191	44.0
Sud-est	9	51	34	85	40.0
Total	174	2893	1558	4451	35.0

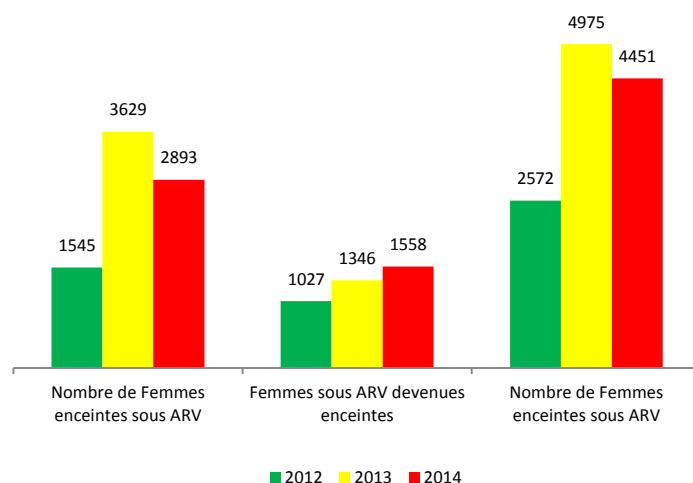
Au cours de l'année 2014, 1 558 femmes du total des femmes VIH sous TAR sont devenues enceintes, soit 35%. Pour l'ensemble des 4 451, nous n'avons aucune donnée sur le devenir de leur grossesse et du suivi accordé spécifiquement à ces nourrissons qui naîtront ou qui ont déjà vu le jour comme étant des enfants exposés au VIH. Nous croyons qu'il est utile de reprendre dans

notre article sur ETME du présent bulletin 4 des principales recommandations :

- Renforcement du counseling et de l'éducation des femmes enceintes sous TAR; nous dirions de l'ETP des femmes enceintes sous TAR;
- Promotion de l'intégration réelle de la PF au sein des services PTME;
- Promotion de la mise en place d'un programme de suivi des couples VIH qui désirent avoir des enfants pour leur permettre d'avoir des grossesses dans les meilleures conditions afin de réduire la transmission mère enfant;
- Initiation d'un programme d'accompagnement des couples sérodiscordants dans leur choix de désir de grossesse pour réduire la transmission du VIH.

Le Nord-ouest reste le département avec la plus grande proportion de femmes VIH sous TAR devenues enceintes avec 52%; mais en fréquence absolue nous ne devons pas perdre de vue les départements de l'Ouest avec 666, de l'Artibonite avec 220 et du Nord avec 183 femmes VIH sous TAR devenues enceintes en 2014.

Le graphe ci-dessous est d'une importance capitale pour nous permettre de mieux comprendre cette problématique et ensuite d'y apporter des jugements de valeur pour la prise de décisions judicieuses et opportunes. Nous faisons la comparaison à partir de 2012 car c'est l'année de la première parution du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti sous ce format. Nous ferons les comparaisons dans les prochains numéros toujours sur 3 années mais en éliminant une à chaque année nouvelle, autrement dit les comparaisons de 2015, par exemple, se feront avec 2014 et 2013.

**Graphe 13. Évolution des nouvelles femmes enceintes sous TAR en 2012, 2013 et 2014, MESI Haïti**

Le nombre des femmes enceintes nouvellement placées sous TAR a augmenté en 2013 et a diminué en 2014. Nous avons fait le même constat pour le nombre total de femmes enceintes sous

TAR. Mais au sein de cet ensemble, un phénomène différent s'y est encastré : les femmes déjà sous TAR devenues enceintes n'ont pas cessé d'augmenter entre 2012 et 2014; soit une augmentation de 31% en 2013 par rapport à 2012 et de 15% en 2014. Tous ces éléments justifient qu'en plus du rapport final, la rédaction du bulletin a jugé bon qu'un article entier y soit publié dans le présent numéro. Les responsables au niveau central et départemental, y compris les institutions ombrelles de réseau de soins, ont du pain sur la planche. Nous pensons que les concertations entre la CT du PNLS par l'intermédiaire du service Communication, la DSF et le UNFPA doivent poursuivre leurs efforts pour renforcer les interventions déjà prévues suite à la publication des résultats de l'étude sur les déterminants et aller encore plus loin car, nous avons l'obligation d'accompagner ces femmes enceintes et de protéger les bébés qui naîtront contre tout risque de transmission du virus.

4.2 Représentation des enfants exposés bénéficiant d'un PCR et de ceux VIH

Les enfants exposés bénéficiant d'un PCR sont supérieurs aux enfants exposés enregistrés pour tous les mois de 2014. Nous risquons, une fois de plus une autre hypothèse dans cet article : un enfant exposé bénéficiaire d'un PCR devrait d'abord être enregistré et ensuite être bénéficiaire du PCR? Mais, d'où viennent-ils ces enfants bénéficiaires du PCR qui sont supérieurs à ceux-là exposés et enregistrés?

Tableau 13. Répartition des enfants exposés bénéficiant d'un PCR et des enfants VIH en 2014, MESI Haïti

Mois	Enfants exposés enregistrés	Enfants exposés bénéficiant d'un PCR	Enfants VIH	TME en %
Janvier	337	376	21	5,59%
Février	259	306	4	1,31%
Mars	269	288	6	2,08%
Avril	257	339	24	7,08%
Mai	218	339	27	7,96%
Juin	197	343	5	1,46%
Juillet	228	388	22	5,67%
Août	233	275	15	5,45%
Septembre	305	324	17	5,25%
Octobre	358	340	15	4,41%
Novembre	266	362	15	4,14%
Décembre	241	297	17	5,72%
Total	3168	3977	188	4,73%

La proportion de TME en 2014 est de 4,73%.

Nous notons une baisse de la proportion de TME de 2012 à 2014, tel que l'indique le tableau ci-dessous. Sur la base des résultats programmatiques rapportés sur MESI, la proportion de TME était

de 9,05% en 2012, de 6,53% en 2013 et de 4,73 en 2014. Nous osons espérer que l'année 2015 sera meilleure.

Tableau 14. Proportion de TME en 2012, 2013 et 2014, MESI Haïti

Année	Nombres d'enfants enregistrés	Nombre d'enfants exposés testés par PCR	Nombres d'enfants exposés confirmés VIH	TME en %
Année 2012	2944	3670	332	9,05%
Année 2013	3206	4101	268	6,53%
Année 2014	3168	3977	188	4,73%

4.3 Niveau de performance atteint par le PNLS sur la co infection VIH / TB en 2014

Le calcul de la performance nous paraît ardu surtout lorsque MESI ne dispose pas de données pour un indicateur de résultat immédiat prévu par le PSNM.

Nous avons enlevé les indicateurs de résultats intermédiaires et d'impact pour lesquels le PSNM prévoit de les mesurer soit en 2016 et/ou en 2018. Certaines cases étant révélées problématiques ont été enlevées du tableau; et leur contenu, à notre avis ne peut être trouvé qu'au sein du CNQD. Nous recommandons que, lors d'une rencontre sur ce sujet, que certaines organisations non membres du CNQD puissent y prendre part comme CARIS, UNFPA, DSF, etc.

Nous avons décidé de ne pas nous prononcer dans ce numéro en profondeur et de différer la présentation de nos commentaires sur les résultats atteints et leur niveau de performance dans un des prochains numéros du bulletin lorsque nous serons en mesure de remplir complètement ce tableau.

Nous considérons que la présentation des résultats de certains indicateurs du PSNM dans ce bulletin est un début et que nous sommes sur la bonne voie. Tout programme doit être imputable et doit à un moment sur la base des résultats programmatiques, que le pilote du Programme devrait se prononcer sur les résultats atteints et sur leur performance.

Au regard des difficultés actuelles, nous anticipons déjà de la nécessaire participation active des gestionnaires de bases nationales de données : MESI, I-santé, HASS et autres lors de la prochaine élaboration du PSNM, en particulier sur le choix des indicateurs, car sans eux la plupart des indicateurs et leurs cibles restera un vœu pieux sans aucune connexion avec la réalité du Programme.



Tableau 15. Performance de certains indicateurs du PNLS en ETME, MESI Haïti

Indicateur	Données de base	Source et année	2014	Résultat atteint au 31/12/2014	Performance (%)	cibles prévues pour 2015
% de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un TAR pour réduire la transmission mère-enfant	77,5%	Pour 2011 : rapport UNGASS Haïti 2012	Pas de cible prévue	95%	95%	NA
Nombre de femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME	ND		323212	240668	74,50%	323212
Nombre de femmes enceintes faisant le test de dépistage du VIH	246157	MESI, 2013	272156	245365	90,15%	298156
Nombre de femmes enceintes séropositives recevant des ARV pour réduire la TME	5223	MESI, 2013	9391	4451	47,39%	9534
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	3977	80,80%	5414

5. Situation compromettant des conjoints des femmes enceintes sous ARV en Haïti par rapport à leur désir de grossesse

PHILIPPE Robert, MSc. Démographe, SEFIS et ANTOINE Wener, Ph.D, Statisticien, SEFIS³

5.1 Introduction

Pour une jeune femme, être séropositive ne signifie pas pour autant qu'elle ne peut pas être mère. Cependant, le risque de contamination pour le conjoint, si le couple est séro-discordant, ou pour l'enfant qui va naître, n'est pas nul. En France, on admet jusqu'à 20%, le risque de contamination mère enfant en absence de traitement approprié. Dans certains pays, on établit des centres hospitaliers spécialisés pour permettre de répondre à des désirs d'enfants chez les couples VIH positifs. La gestion du désir de grossesse chez une femme séropositive demande des comportements et attitudes responsables de la part du couple et la procréation médicalement assistée.

Certaines conditions sont jugées impératives pour bénéficier de la PMA. On peut souligner de manière non exhaustive la nécessité d'avoir un couple stable avec vie commune depuis plus de deux

ans, des entretiens psychologiques, etc. Il s'agit surtout, lorsque la mère est séropositive, de prévenir la transmission de la mère à l'enfant, au conjoint, et la réduction de la toxicité des médicaments antirétroviraux sur le fœtus. La prévention de la transmission du virus au partenaire est plus aisée, les couples peuvent aisément et en toute intimité procéder à des auto-inséminations. Toujours est-il que le partenaire doit être au courant du statut sérologique de sa femme.

En Haïti, nous avons remarqué un pourcentage assez élevé de grossesses chez les femmes sous TAR. Aussi, Le PNLS et la DSF du MSPP avec l'appui financier et technique du UNFPA en Haïti, sous la direction de SEFIS, ont réalisé une étude sur le désir de grossesse chez les femmes VIH+ sous TAR en Haïti. Des questions fondamentales relatives à la grossesse des femmes sous ARV ont été posées aux femmes à travers cette étude. Des questions très pertinentes relatives aux conjoints ont été posées telles que la connaissance du statut sérologique de la femme par son conjoint, la stabilité du couple, la vie sexuelle dans le couple, et d'autres facteurs pouvant générer des grossesses non planifiées par les couples et compromettant la santé des gens au sein des couples séro-discordants. Les réponses à ces questions permettent de mettre en exergue, au niveau de ce document, la situation de vulnérabilités des conjoints des femmes sous TAR en Haïti.

³ Ils sont les co-auteurs de cet article et sont les chercheurs principaux de l'étude sur "les déterminants des grossesses désirées ou non des femmes enceintes VIH sous TAR" qui a été co pilotée par la CT du PNLS, la DSF et le UNFPA. L'étude a été financée par le UNFPA et le rapport final écrit par Philippe et Antoine a été publié par la CT du PNLS.

5.2 Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive qui a permis de mettre en évidence des facteurs relatifs au désir de grossesses parmi les femmes en âge de procréer sous TAR. La richesse d'information déjà disponible sur les femmes sous TAR en Haïti sur le site www.mesi.ht a été mise à profit. Nous avons ainsi divisé la population des femmes sous TAR en deux groupes, que l'on peut comparer et séparer les effets. Nous avons donc comparé des femmes qui étaient enceintes sous TAR avec celles qui ne l'étaient pas, mais qui étaient similaires par ailleurs dans les différents sites. Des données ont été collectées sur les deux groupes (Enceintes sous TAR et Non enceintes sous TAR), permettant de rechercher des associations statistiquement significatives et de faire des comparaisons. Toujours pour contrôler les facteurs de confusion énumérés ci-dessus, le choix des femmes dans chaque groupe a été également apparié, de sorte qu'à chaque femme VIH+ devenue enceinte choisie dans un site, on choisira une femme VIH+ sous TAR pendant la même période, de même âge mais non enceinte au niveau du site.

Les femmes VIH+ en âge de procréer dans les différents sites étaient divisées en deux groupes : les femmes sous TAR enceintes durant la période et les femmes sous TAR non enceintes. Les données ont été collectées sur un échantillon représentatif des deux groupes à l'aide d'un questionnaire.

Les données collectées en mode électronique, en utilisant la technologie CAPI (Computer Assisted Personal Interview) avec des tablettes, ont été importées dans SPSS et Stata pour analyse. Les registres TAR et PTME étaient utilisés pour identifier les femmes sous TAR et les femmes enceintes ou étaient enceintes durant la période. Les enquêtrices, avec l'aide des DRO et Data clerks des sites, réalisaient la revue des dossiers. Un guide de revue de dossier a été élaboré à cet effet. Le protocole a été soumis et a reçu l'approbation du comité national de bioéthique. Les enquêtrices ont été formées sur l'application des principes éthiques. Nous avons obtenu de chaque femme enceinte de l'échantillon leur consentement éclairé. Le texte de consentement éclairé était signé par toutes les femmes qui ont accepté de participer à l'enquête après avoir été lu à haute voix par l'enquêtrice.

La base de sondage était les registres PTME et TAR au niveau des sites. Le cadre d'échantillonnage était constitué des femmes VIH+ sous TAR devenues enceintes entre le 1^{er} Octobre 2013 et le 30 septembre 2014 et des femmes sous TAR non enceintes depuis l'enrôlement sous TAR. La population des femmes enceintes sous TAR était donc constituée des 1016 femmes devenues enceintes durant la période considérée.

Un mode d'échantillonnage stratifié a été utilisé en vue de trouver les femmes à enquêter dans chaque groupe. Les différents sites sont considérés comme des strates et la fraction de l'échantillon choisi dans chaque strate est proportionnelle à la taille de la strate. L'échantillonnage a été également apparié, de sorte qu'à chaque femme VIH+ devenue enceinte choisie dans un site, on choisira une femme VIH+ sous TAR pendant la même période, de même âge mais non enceinte au niveau du site.

Une méthode d'appariement, selon les variables date d'enrôlement et âge qui peuvent être des facteurs de confusion, a été utilisée en vue de choisir l'échantillon. Le Ratio 1:2 était utilisé pour déterminer le nombre de femmes déjà enceintes sous ARV et le nombre de femmes non encore enceinte sous TAR au niveau de l'étude. Ainsi avons-nous un échantillon de 187 femmes enceintes sous TAR et 374 femmes non enceintes.

L'âge et la date d'enrôlement dans le programme sont les deux autres potentiels variables de confusions qui peuvent être corrélées avec le désir de grossesse et d'autres facteurs explicatifs de ce désir de grossesse. Nous avons proposé de contrôler ces variables lors de l'analyse des données de l'étude en appariant chaque Cas de femmes déjà enceintes étant sous TAR à un Témoin non encore enceinte étant sous TAR, mais semblable selon les critères d'âge et de date d'enrôlement.

Tableau 16. Répartition des femmes enquêtées par département, Haïti 2014

Départements	Nombre de sites	Enceintes sous TAR	Non Enceintes Sous TAR	% de l'échantillon
Artibonite	2	8	16	5,9
Centre	3	29	22	12,7
Nippes	1	5	4	2,2
Nord	6	40	38	19,4
Nord-est	2	6	17	5,7
Nord-Ouest	3	19	14	8,2
Ouest	5	80	81	40,1
Sud	2	11	12	5,7
Total	25	198	204	100

5.3 Résultats

5.3.1 Présence de conjoint au foyer des femmes sous ARV

Les résultats du tableau 17 indiquent que 65% des femmes sous TAR ont des conjoints. Une grande différence est observée entre les femmes enceintes et non enceintes sous TAR. En effet, près de 78% des femmes enceintes sous TAR ont un conjoint alors que pour les femmes non enceintes sous TAR, seulement 54% en ont. Ces résultats suggèrent à priori que la présence de conjoint a un poids important dans la grossesse des femmes sous TAR et peut également influencer le désir de grossesse.

La présence du conjoint peut aussi conduire à des grossesses désirées ou non. Ainsi, nous avons calculé l'association entre la présence de conjoint et l'évènement enceinte ou pas sous TAR. Les résultats sont confinés au tableau 17 ci-après.

Parmi les femmes devenues enceintes sous TAR, 78% vivent avec un conjoint, alors que chez les femmes jamais enceintes sous TAR, seulement 53 % vivent avec un conjoint. La présence de

conjoint est un facteur de risque majeur de tomber enceinte étant sous TAR.

On comprend donc que la présence d'un conjoint au foyer peut porter la femme à vouloir satisfaire les désirs de son partenaire. Le désir de grossesse devient alors celui d'un couple, alors que les deux partenaires peuvent ne pas partager les mêmes informations, les mêmes intérêts, et ne pas intégrer au même

niveau tous les paramètres qu'il faut pour porter un jugement rationnel sur ce désir.

Tableau 17. Statut matrimonial des femmes sous ARV, Haïti 2014

	Cas # (%)	Témoins # (%)	Total # (%)	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95%	P-value
Avoir un conjoint						
Oui	154(77,8)	109(53,4)	262(65,2)	3,05	(1,98 ; 4,71)	0,00
Non	44(22,2)	95(46,6)	140(34,8)			
Statut matrimonial						
Célibataire	31(15,7)	57(27,9)	88(21,9)	0,48	(0,29 ; 0,79)	0,00
Mariée	25(12,6)	23(11,3)	48(11,9)	1,15	(0,62 ; 2,10)	0,64
Divorcée	0(0,0)	2(1,0)	2(0,5)	-	-	-
Veuve	8(4,0)	20(9,8)	28(7,0)	0,37	(0,16 ; 0,88)	0,01
Union libre	115(58,1)	75(36,8)	190(47,3)	2,38	(1,59 ; 3,55)	0,00
Autres	19(9,6)	27(13,2)	46(11,4)	-	-	-

Le statut matrimonial des femmes est lié en quelque sorte à la présence de conjoint (en mariage ou union libre) et son analyse en fonction du désir de grossesse vaut la peine. Etre sans conjoint (célibataire ou veuve) reste un facteur protecteur du désir de grossesse tandis que l'union libre reste un facteur de risque du désir de grossesse. Le tableau 2 présente également la situation matrimoniale selon le type de femme (cas ou témoins)

S'agissant du statut matrimonial proprement dit, les femmes sous TAR sont soit mariées (12%), soit en union libre (47%), soit veuves (7%), soit divorcées (0,5%). Elles sont donc majoritairement en union libre, et ce statut précaire a ses conséquences sur la grossesse des femmes sous TAR et sur le désir de grossesse.

Vivre en union libre est un facteur déterminant du désir de grossesse chez les femmes sous ARV, avec un rapport de cote (odds ratio) nettement supérieur à l'unité.

Vivre seule semble être un facteur protecteur du désir de grossesse, avec l'odd ratio moins que 1, cependant l'hypothèse qu'il est moins que 1 n'est pas significative statistiquement. On ne trouve pas de différence entre le groupe des enceintes et le groupe des non enceintes, lorsqu'il s'agit de l'influence de vivre seul sur le désir de grossesse.

5.3.2 Conjoints et gestion des grossesses

Les conjoints jouent un rôle essentiel dans la vie du couple et peuvent induire le désir de grossesse chez les femmes sous TAR. Ce désir sera beaucoup plus enflammé au cas où les femmes sont actives sexuellement. Si 65% des femmes sous TAR ont des conjoints, 48% seulement affirment être active sexuellement. Donc il existe des foyers où le conjoint est présent, mais les activités sexuelles sont presque nulles. Le tableau 18 suivant présente l'activité sexuelle des femmes sous TAR.

Tableau 18. Type de femmes et activité sexuelle, Haïti 2014

	Enceinte # (%)	Non enceinte # (%)	Total # (%)	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p-value
Active sexuellement						
Oui	108(54,8)	86(42,0)	194(48,3)	1.67	(1,13 ; 2,49)	0,01
Non	89(45,2)	119(58,0)	208(51,7)			

Nous pensons qu'il est évident que les femmes enceintes sous TAR sont plus actives sexuellement que les femmes non enceintes. En effet, 55% des femmes parmi celles qui furent enceintes sous TAR sont actives sexuellement, alors que chez les

non enceintes seulement 42% sont actives. Nous sommes portés à croire que le désir de grossesse est inhibé dans un foyer où l'activité sexuelle est nulle. Nous observons effectivement une différence marquée entre les femmes enceintes sous TAR (55%)

et les femmes non enceintes (42%) lorsqu'il s'agit d'activité sexuelle au foyer. Les femmes devenues enceintes sous TAR sont plus actives sexuellement que les femmes non enceintes.

Une relation positive existe entre l'activité sexuelle et la grossesse sous TAR. Celles qui sont actives sexuellement sont 1,6

fois plus susceptibles d'être enceintes sous TAR que celles qui ne sont pas actives sexuellement.

Bien des fois les conjoints ne sont pas au courant du statut sérologique de sa compagne. Cette situation peut entraîner des activités sexuelles non protégées, des désirs de grossesses contagieuses de la part du conjoint, une fragilité de la relation.

Tableau 19. La vie de couple chez les cas et les témoins, Haïti 2014

	Cas # (%)	Témoins # (%)	Total # (%)	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p-value
Conjoint au courant que femme sous ARV						
Oui	92 (60,1)	68 (62,4)	160 (61,1)	0,90	(0,54 ; 1,50)	0,712
Non	61 (39,9)	41 (37,6)	102 (38,9)			
Conjoint sous ARV						
Oui	34 (22,2)	30 (24,6)	64 (24,4)	0,75	(0,42 ; 1,32)	0,325
Non	103 (67,3)	62 (56,9)	165 (63,0)			
Ne sait pas	16 (10,5)	17 (15,6)	33 (12,6)			

Le tableau 19 montre que 40% des femmes sous TAR ne partagent pas l'information sur leur statut sérologique avec le conjoint. Ce facteur est neutre par rapport au désir de grossesse chez les femmes sous TAR. Cette relation demeure identique parmi les femmes enceintes sous TAR et parmi les non enceintes. Cette situation n'est pas cependant sans influence sur la vie du couple. Dans bien des cas donc, les deux conjoints vivent dans deux réalités différentes. Le conjoint peut être (physiquement) en santé et ne pas savoir que sa femme est VIH positive. En pareille circonstance, nous comprenons qu'il peut ne pas être motivé pour utiliser des préservatifs lors des relations sexuelles et/ou qu'il peut souhaiter avoir des progénitures. Si la femme ne se sent pas assez forte pour communiquer avec son conjoint, elle se verra contrainte à avoir des rapports sexuels non protégés et ainsi infecter le conjoint. Elle peut également sentir le besoin de donner des enfants à son nouveau conjoint, surtout si ce dernier n'en a pas. Parfois les nouveaux partenaires mettent de la pression pour avoir un enfant de leur conjoint (en union libre).

Si actuellement ce facteur n'influence pas le désir de grossesse chez la femme, elle peut susciter des grossesses non vraiment désirées et des comportements à risques de la part du conjoint. Il est donc un devoir moral pour les femmes de tenir les conjoints au courant de leur situation. Cependant, les femmes ne le disent pas parce qu'elles sont en union libre et qu'elles craignent l'abandon du conjoint à l'annonce de la nouvelle.

La plupart des femmes sous TAR (24%) vit avec des conjoints qui sont également sous TAR. Le statut sérologique du conjoint peut être un facteur déterminant de sa volonté d'avoir des enfants. Il peut à son tour contaminer la femme avec ce désir ou pas. Parmi les femmes sous TAR vivant avec des conjoints sous TAR, 25% seulement exprime le désir d'avoir un enfant. Parmi celles qui vivent avec des conjoints qui ne sont pas sous TAR, 38% expriment le désir d'avoir des enfants. A en juger sur le rapport des cotes, on croirait que le fait de vivre avec un conjoint sous TAR est un facteur protecteur du désir de grossesse chez les

femmes sous TAR. Mais cette hypothèse est rejetée car on a 6% de chance de se tromper.

5.4 Conclusion

Nous pensons qu'il se traduit à travers ces statistiques la situation de vulnérabilité des conjoints vivant avec des femmes VIH+ sans savoir le statut sérologique de la femme. Les femmes sous ARV sont en général actives sexuellement, surtout si elles ne sont pas célibataires. Le désir de grossesse chez les femmes VIH+ s'amplifie également avec la présence du conjoint au foyer. Certaines femmes en union libre ont en effet confié qu'ayant un nouveau partenaire qu'elles veulent garder, elles sont prêtes à "cimenter" l'union par un enfant. **Il est donc facile de comprendre pourquoi 40% des femmes sous TAR ne dévoilent pas leur statut sérologique à leur conjoint**, et que parmi les femmes sous TAR qui ne dévoilent pas leur statut avec leur partenaire, 68% sont en union libre. Nous devons souligner tout de suite que des données présentées ici sont collectées auprès des femmes et exposent la vulnérabilité des hommes vivant avec des femmes VIH+. Cela n'indique certainement pas que la version opposée n'est pas vraie. Il se peut aussi qu'il existe un fort pourcentage d'hommes sous ARV vivant avec des femmes qui ne savent pas le statut sérologique du mari.

Ainsi, la crainte d'être stigmatisé et rejeté paraît être un élément prégnant pour expliquer la non-divulgaration de la séropositivité des femmes à leur conjoint, et ce malgré les conseils prodigués par les prestataires lors des séances de counseling. Pourtant plusieurs études ont décrit le défaut de participation du partenaire comme la raison majeure expliquant la mauvaise rétention des femmes enceintes séropositives dans les programmes PTME, l'implication du partenaire étant un élément clé pour assurer des comportements préventifs efficaces vis-à-vis du VIH/sida. Le défi de taille est donc de construire un environnement favorable au partage du statut sérologique au sein des couples.

6. Chiffres nationaux

Indicateurs	Source	Valeur
Prévalence du VIH	EMMUS V, 2012	2,2%
Prévalence du VIH chez les TS	PSI, 2015 (rapport préliminaire)	8,7%
Prévalence du VIH chez les HARSAH	PSI, 2015 (rapport préliminaire)	12,9%
Nombre PVVIH	Profil estimations / PNLS, 2015; ONUSIDA, 2015	140 000
Nouvelles infections en 2014	Profil estimations / PNLS, ONUSIDA, 2015	6 800
Nombre patients actifs sous ARV (au 31 décembre 2014)	MESI (www.mesi.ht)	63 511
Nouveaux enrôlés sous traitement TB (au 31 décembre 2014)	MESI (www.mesi.ht)	1 957
Nouveaux cas VIH adultes diagnostiqués VIH après déduplication au 31 décembre 2014	HASS	20 027
Nouveaux cas pédiatriques diagnostiqués VIH après déduplication au 31 décembre 2014	HASS	2 011
Besoins ARV en 2014 (critère d'éligibilité CD4 < 500)	Profil estimations / PNLS, 2014	130 000
Taux couverture ARV	Profil estimations / PNLS, ONUSIDA, 2015	45%
Taux de rétention ARV à 6 mois	PNLS, 2015	83,7%
Taux de rétention ARV à 12 mois	PNLS, 2015	72,8%
Proportion de TME	MESI (www.mesi.ht)	4,73%
Décès dus au VIH en 2014	Profil estimations / PNLS, 2015	3 800

Coin des nouvelles

Atelier Estimations et Projections Epidémiologiques VIH/Sida

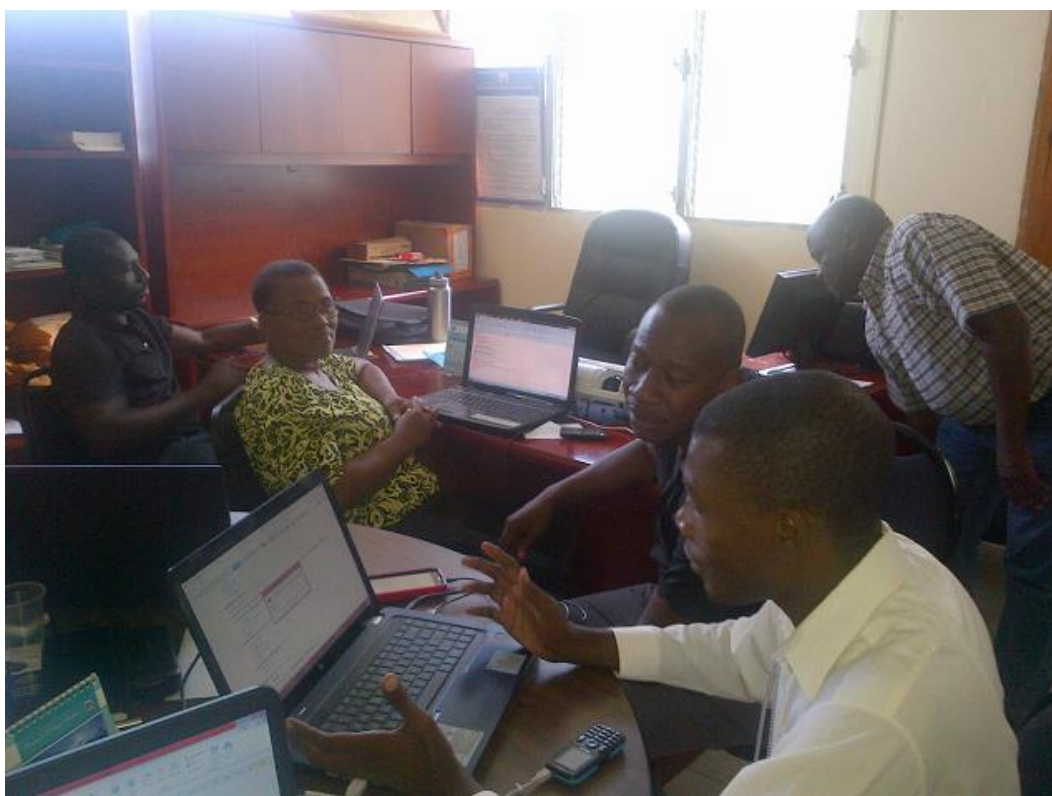
En Mars 2015, une équipe composée des représentants du MSPP, de l'ONUSIDA et de la NASTAD a participé à un atelier tenu à Dakar, Sénégal dont l'objectif était d'actualiser les estimations et projections épidémiologiques VIH/Sida. Cet atelier était réalisé pour les pays francophones d'Afrique et Haïti, le seul pays de la région d'Amérique y a pris part.

Cette année, La Coordination Technique du PNLS, en collaboration avec l'ONUSIDA, veut expérimenter l'utilisation des méthodes d'estimations et de projections au niveau départemental. L'objectif serait d'habiliter les coordinations départementales à produire leurs propres données stratégiques pour faciliter la prise de décision. Un atelier de formation est prévu au cours de la dernière semaine du mois d'août 2015 pour les responsables départementaux en l'occurrence les responsables de programme et les officiers de Suivi/Evaluation.

L'unité de Suivi/Evaluation de la Coordination Technique du PNLS a réalisée des visites préparatoires en prélude à l'atelier de formation en initiant les équipes départementales à la manipulation du logiciel Spectrum.

La prochaine parution du document de Profil des estimations et projections en matière de VIH/Sida en Haïti pour la période 2012-2016 sera disponible le 1^{er} décembre 2015.

Séance d'initiation de l'équipe départementale des Nippes à la manipulation du progiciel Spectrum.



Rosette ELOI Responsable de Programme VIH/Sida, Alan SAMEDI Officier de Projet, Michel MANET Officier de Suivi/Evaluation, Statisticien Départemental, Emmanuel PIERRE Statisticien PNLS. (Photo : Rose Dyna Georgie A. BOULAY Gestionnaire de Données PNLS)



Programme de Formation en Epidémiologie de Terrain (FETP)

La Direction d'Epidémiologie de Laboratoire et de Recherches (DELRL), est une entité du niveau central du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) qui a pour mission la surveillance de l'état de santé de la population et l'orientation de l'action sanitaire. Ainsi, elle fournit aux responsables de programme et aux instances politiques de décision des informations pertinentes et actualisées sur l'évolution dynamique des problèmes de santé qui affectent la population, et sur l'impact des interventions mises en œuvre pour contrer ces problèmes.

Dans le but de promouvoir/favoriser la recherche en Haïti, d'améliorer les compétences en matière de surveillance épidémiologique, d'investigation, d'évaluation des risques sanitaires, la DERL a institué depuis 2011 le programme de formation en épidémiologie de terrain (Field Epidemiology Training Program (FETP)). Ce programme est développé par le « Centers for Disease Control and Prevention » (CDC) et est établi dans de nombreux pays. Avec l'appui technique et financier des CDC, ce programme adapté aux besoins et priorités sanitaires des pays vise à aider les Ministères de Santé Publique à : renforcer leur système de surveillance des maladies prioritaires, répondre rapidement et efficacement aux épidémies, et évaluer leur programme de santé dans le but de réduire la morbidité et la mortalité.

Le programme de formation en Epidémiologie de terrain s'intéresse à l'amélioration des compétences des cadres du MSPP et de certaines institutions sanitaires travaillant de concert avec le Ministère. La formation se réalise suivant trois niveaux, basique, intermédiaire et avancé. Elle s'étend sur une durée de trois ans. A date, le nombre de professionnels formés suivant le niveau pour les 4 cohortes est : 70 basique, 56 intermédiaire et 3 avancé/maitrise.

Cette année, la Cérémonie de graduation de la quatrième cohorte baptisée « Promotion Carol ANTOINE » a eu lieu le 5 juillet 2015 à El Rancho Hôtel avec la participation de la haute instance du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), de certaines directions centrales et du représentant des "Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en Haïti.



De gauche à droite : Maggylda A. Francois bureau Communal de Pétion-Ville, Chedelène RIVIERE, Natacha Théard Direction d'Epidémiologie de Laboratoire et de Recherches (DELRL), Nadia Jean-Louis LONGCHAMPS Direction Sanitaire du Nord-Est, Rose Dyna Georgie A. BOULAY Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (PNLS), Nerlie DICETTE Direction Sanitaire du Sud-Est, Missole ANTOINE Département du Sud, Myrtau CALIXTE Département du Centre, Elouse PIERRE Hôpital nos Petits Frères et Sœurs.

De gauche à droite : Kesnel BENOIT Direction Sanitaire de l'Ouest, Paul Ménahel JASMIN Direction Sanitaire du Centre, Evens LODIMUS, Jean Robert DOUGE Hôpital Saint-Antoine de Jérémie, Jeffry Alain EUGENE Direction Sanitaire de l'Artibonite, Hervé Junior FANOR Direction Nutrition, Rolain CADET Laboratoire Tamarinier, Kénel ROBILLARD Direction Sanitaire des Nippes, Pedro JEAN-PIERRE Département du Nord.

Le choix de baptiser la Promotion Carole Antoine a été fait dans le but d'honorer ce haut cadre du MSPP qui a été l'un des résidents de FETP de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) 1987-1988. Après son perfectionnement au Nicaragua et au Salvador pendant 2 ans, il occupe depuis 1991 le poste de chef de service d'épidémiologie de la Direction Sanitaire du Département du Nord. Il a contribué à la formation des infirmières et officiers sanitaire du Nord et enseigne à l'université Notre Dame d'Haïti. Il a été l'un de nos professeurs en niveau basique. Il a su communiquer son amour et sa passion pour l'épidémiologie. Au fil du temps, la promotion a apprécié son humilité, son savoir-faire et son désir ardent de transmettre sans réserve et avec patience toutes ses connaissances afin de nous intégrer dans cette grande famille qu'est le FETP. Au cours de cette année en niveau intermédiaire, la promotion a eu l'opportunité d'apprécier beaucoup plus ce modèle qui a consenti tant de sacrifices pour faire avancer cette formation. C'est donc avec une légitime fierté que tous les résidents de la 4^e promotion portent aujourd'hui son nom.

Il s'avère important que le MSPP facilite la participation des cadres des différentes directions sanitaires à cette importante formation qui offre un encadrement aux résidents finissants qui souhaitent se lancer dans les recherches.



Actualisation des outils de gestion du programme VIH/Sida

Au cours du 1^{er} semestre 2015, la Coordination Technique du PNLS de concert avec les partenaires du Comité National de Qualité de Données (CNQD) a jugé nécessaire d'actualiser les outils de collecte de données du programme en vue non seulement de s'adapter aux nouveaux besoins mais aussi pour être en adéquation avec les objectifs du programme. Il est important de rappeler que le système de surveillance en place évolue avec le temps suivant les nouvelles directives établies par le PSNM.

Un nouveau stock d'outils actualisés sera disponible durant le trimestre Juillet – Septembre 2015 pour l'approvisionnement de toutes les institutions œuvrant dans le domaine du VIH/Sida.



La Coordination Technique du PNLS a participé à une mission à Genève dans le cadre de la préparation de la nouvelle subvention du FM en Haïti. Cette initiative s'inscrit dans le souci d'opérationnaliser la nouvelle note conceptuelle TB/VIH dans un contexte d'harmonisation des interventions afin de lutter plus efficacement contre ces deux fléaux tuberculose VIH/SIDA.



La CT/PNLS a pris part à une rencontre annuelle organisée par OGAC/PEPFAR à Tanzanie au cours du mois de juillet. Le but de cette mission était :

- 1- Informer les partenaires internationaux sur la nouvelle stratégie proposée par PEPFAR à partir du COP 2015 ;
- 2- Présenter la nouvelle proposition de PEPFAR pour Haïti ;
- 3- Harmoniser cette nouvelle stratégie en Haïti avec les directives du FM pour le nouveau projet TB/VIH.



Haïti fait partie de la région d'Amérique qui œuvre dans la lutte contre le VIH/Sida. C'est dans ce cadre que la Coordination Technique du PNLS a participé à une mission à la CARICOM en Guyana au cours du mois d'avril 2015. Cette mission avait pour objectif de faire le point sur l'évaluation du programme VIH/SIDA dans la caraïbe anglophone. Au cours de cette rencontre, ONUSIDA a fait une présentation sur sa vision sur les 90, 90, 90 :

90% des patients VIH dépistés, 90% des patients dépistés reçoivent des ARV et 90% des patients sous ARV indétectable par charge virale. L'ONUSIDA a demandé aux pays présents de faire l'effort d'adhérer à cette nouvelle donne. PANCAP a présenté le plan de suivi de la caraïbe et a validé les indicateurs. L'élimination de la transmission

de la mère à l'enfant a été abordée et Haïti devrait faire l'effort pour élaborer un plan d'élimination avec des résultats concrets.



Au cours du mois d'avril, l'OPS/OMS Genève en collaboration avec l'OPS/OMS Brésil a organisé un atelier à Sao Polo. Une délégation haïtienne composée de trois membres y a pris part dont deux membres du staff de PNLS. L'objectif de cet atelier de trois jours était d'élaborer un plan d'action global sur les IST, le VIH et l'Hépatite. Dans l'optique d'éliminer ces pathologies d'ici à 2030.



La coordination du PNLS a organisé un atelier de diffusion de l'enquête sur les IST en milieu hospitalier réalisée au cours du mois de juin 2015. Cette enquête a mis en évidence beaucoup des problèmes relatifs à la qualité de données surtout au niveau des registres de morbidité et cette étude nous permet de comprendre que seul le test de dépistage de la syphilis est disponible et que les autres IST n'ont pas la capacité d'être évalués.



Disponibilité du premier draft du rapport de l'enquête de comportement (IBBS) réalisée sur deux groupes cibles (TS, HARSAH) par PSI avec l'appui de USAID et du PNUD/Fonds mondial. Les discussions sont en cours entre PSI et ONUSIDA Genève sur l'inférence des résultats de l'enquête pour avoir des estimations de la prévalence nationale pour ces deux groupes clés.



Depuis tantôt cinq ans, le PNLS en collaboration avec ses partenaires organise la journée caribéenne de dépistage avec l'appui financier de Scotiabank et d'Odelpa. Cette année encore, cette activité a été réalisée à travers 13 sites dans les départements de l'Ouest et de l'Artibonite. 2382 personnes ont été testées, 38 d'entre elles sont positives soit un pourcentage de 1.6%. Ces patients positifs ont été orientés vers les centres de traitement ARV les plus proches de leur domicile.



Un membre du cluster national de prise en charge VIH/SIDA de la CT/PNLS a participé à une session de formation à Harvard Université à Boston au cours des mois de Juin et de Juillet 2015. Cette formation permettra au cluster de bénéficier d'avantage de son expertise.



La CT/PNLS en collaboration avec CARIS, LNSP et d'autres partenaires techniques et avec l'appui financier des CDC, a réalisé une étude sur la résistance du VIH chez les enfants.



Le programme national à travers son service CCMC a organisé au cours du mois de juin un cluster trimestriel à la cité de l'indépendance. Cette activité a réuni les responsables de programme VIH/SIDA des dix départements, certains cadres d'autres ministères impliqués dans le programme VIH/SIDA ainsi que les cadres des réseaux. L'objectif de ce cluster était de :

1. Définir les orientations techniques en communication relative au VIH/SIDA ;
2. Harmoniser la mise en œuvre des interventions de communication relative à la prévention du VIH/SIDA par rapport au plan d'action d'avril 2013 à septembre 2015.



La CT/PNLS en collaboration avec le SCMS et le PNUD de concert avec les principaux partenaires responsables de la chaîne d'approvisionnement ARV/SIDA a réalisé un atelier devant aboutir à la quantification des médicaments ARV, IO et autres intrants en rapport au besoin des PVVIH pour la période d'octobre 2015 à septembre 2017. Cette activité a réuni les différents partenaires impliqués dans la prise en charge tels : GHESKIO, UGP, PIH, FOSREF, CMMB. DPM/MT a été invitée en qualité d'organe régulateur en matière de médicaments et dans un souci de pérennisation Cette activité a été réalisée en deux étapes :

- a) Une semaine de formation pour les logistiques advisor dont l'objectif est de constituer un groupe spécialisé en quantification dans un souci de pérennisation du processus par le MSPP ;

- b) L'exercice de quantification a été réalisé la 2^e semaine en tenant compte des hypothèses élaborées au préalable à partir des données provenant du système d'information sanitaire et du système logistique.



La semaine du 29 au 30 juillet 2015 la métropole du sud a accueilli un atelier sur la co-infection TB/VIH à l'intention des responsables des programmes tuberculose et VIH/SIDA. Cette démarche s'inscrit dans la perspective d'une meilleure coordination entre ces deux programmes qui sont condamnés à vivre ensemble car la tuberculose tue les malades PVVIH car elle constitue la première infection opportuniste chez les PVVIH tandis que le VIH aggrave la tuberculose.

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

Comité de rédaction du Bulletin

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 Jéthro GUERRIER, MSPP/PNLS

Dr Edna PIERRE, NASTAD

Dr Marc-Aurèle TELFORT, UGP/MSPP/PEPFAR

Dr Yves Gérard PIERRE-LOUIS, PSI

Conception et mise en page

Mme Rose Dyna Georgie A. BOULAY, FETP MSPP/PNLS



7. 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.

Bernays S, Jarret P, Kranzer K, Ferrand R. Children growing up with HIV infection : the responsibility of success. The Lancet. Published Online : 12 february 2014. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62328-4/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62328-4/fulltext?_eventId=login)

Danel, C. Gabillard, D. Le Carrou, J. Anglaret, X. Moh, R. Eholie, S. Menan, H. Badje, A. Koumane, G. Ntakpe, JB. Early ART and IPT in HIV infected african adults with high CD4 count (TEMPRANO trial). Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections (CROI). Février 2015.

Feinstein L, Edmonds A, Okitolonda V, Cole SR, Van Rie A, Chi BH, Ndjibu P, Lusiana J, Chalachala JL, Behets F. Maternal Combination Antiretroviral Therapy is Associated with Improved Retention of HIV-Exposed Infants in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015 Apr 13.

Jean K, Gabillard D, Moh R, Danel C, Fassassi R, Desgrées-du-Loû A, Eholié S, Lert F, Anglaret X, Dray-Spira R. Early Antiretroviral Therapy, Sexual Behaviors and HIV-1 Transmission Risk: Estimates from the Temprano-ANRS 12136 Randomized Controlled Trial. IAS 2013.

NIAID. Starting antiretroviral treatment early improves outcomes for HIV-infected individuals. NIH News. *Press release*. 27 May 2015.

ONUSIDA 2013. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida.

ONUSIDA. 2014. Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

ONUSIDA. 2015. Directives. Rapport d'activités 2015 sur la riposte au sida dans le monde.

PNLS. Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Numéro 3. Mai 2013.

PNLS. Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Numéro 7. Avril 2014.

PNLS. Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Numéro 8. Décembre 2014.

PNLS. Plan Stratégique National Multisectoriel 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018. Mai 2014.

PNLS. Rapport préliminaire de l'analyse des patients enrôlés sous TAR entre le 1^{er} octobre 2012 et le 30 septembre 2013 au niveau des 10 départements d'Haïti. Mai 2015.

Samantari T, Agizew TB, Nyirenda S, Tedla Z, Sibanda T, Mosimaneotsile B, Motasamai OI, Shang N, Rose CE, Shepherd J. L'incidence de la tuberculose apres 36 mois d'isoniazide en prophylaxie chez des adultes infectees par le VIH au Botswana : analyse obervationnelle post-essai clinique. *AIDS*. 28 JANV 2015 ;29(3) :351-9. doi: 10.1097/QAD.0000000000000535.

START. 10th Review by the Data and Safety Monitoring Board. *Report*. 15 May 2015.



SIDA, ANSANM NOU SE SOLISYON AN!