



# Bulletin

## de Surveillance

### Epidémiologique VIH/SIDA

## Une idée, une réflexion...

Vers l'accès universel aux soins et traitement VIH/TB

Est-ce un vain mot ?

Est-ce un rêve impossible ?

En ce premier décembre 2015 le MSPP, après de multiples réflexions, se lance vers une approche aux soins qui cette fois à un point de départ communautaire : l'utilisation beaucoup plus large et efficace des agents de santé communautaires polyvalents (ASCP).

Après de nombreuses expériences menées dans le domaine du VIH/Sida, il est aujourd'hui évident que ce fléau qui, par ces multiples facettes et sa cohabitation avec la tuberculose, a été l'objet d'analyses approfondies et de recherches doit être géré par les structures étatiques tant dans le domaine de la prévention que de la prise en charge. En effet, après de longues années de support financier par l'aide externe, les problèmes économiques mondiaux forcent les bailleurs à prioriser leurs cibles pour plus d'efficacité et d'impact. Ainsi, pour accélérer la riposte et mettre fin au sida d'ici à 2030, je soutiens l'initiative de l'ONUSIDA qui propose de mettre l'accent sur les zones à forte morbidité et les populations clés sans oublier personne. En d'autres termes, il faut trouver des

approches innovantes pour faciliter l'accès à des services complets de prévention et de traitement du VIH. L'idée est de faire le lien entre la population et les services de santé de premier échelon avec des agents de santé communautaire polyvalents bien formés et dirigés par l'équipe de santé avec l'appui des collectivités territoriales. Une approche qui soutient la décentralisation prônée par notre Politique Nationale de Santé.

Ce retour à l'approche par les agents de santé est donc la meilleure stratégie pour augmenter l'accès aux soins en allant vers les communautés car l'agent de santé vit dans les agglomérations, participe au développement et a surtout une grande connaissance des besoins et des risques de la population. L'utilisation de l'ASCP permettra de faire un grand pas dans la lutte contre le VIH et la Tuberculose, car elle rend possible la mise à disposition d'un nombre suffisant d'agents sanitaires pour desservir toutes les collectivités moyennant une dépense à la mesure de leurs ressources et d'une approche qui cadre avec leur développement tant social qu'économique. Il convient de rappeler que la couverture des services est actuellement insuffisante pour des raisons qui vont au-delà de l'absence de moyens. Toutefois, il est évident que, même dans le cadre des contraintes économiques, il est possible de faire

beaucoup plus que ce qu'on fait aujourd'hui.

Si nous faisons un bref historique, nous nous rendons compte que ce genre de personnel de santé a toujours existé sans toutefois apporter les changements souhaités, c'est-à-dire que des efforts considérables pour donner de nouvelles structures au système avaient été faits sans aboutir à de réelles transformations. Il ne faut pas que l'enthousiasme suscité par les agents de santé communautaire polyvalents fasse oublier qu'il ne s'agit pas simplement de promouvoir encore une fois une solution logique qui n'entraîne pas de changement significatif. C'est pourquoi, je sollicite l'appui de tous les concernés afin d'avoir leur collaboration pour mettre sur pied cette initiative qui si elle est bien menée peut être très utile au pays car nous voulons avant tout construire et renforcer un système qui répondra aux besoins de la population. L'un des graves problèmes de notre société est la pauvreté qui a de lourdes conséquences sur les familles qui dépensent la plus grande partie de leurs revenus dans la consommation de soins. Ce qu'il faut, c'est trouver un moyen efficace d'atteindre les couches défavorisées de la population à la campagne comme à la ville.

Suite à la page 7

**“SIDA ! MWEN PAP PRAN,  
MWEN PAP BAY,  
MWEN ANGAJE M”**



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



**PNLS**

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

## Sommaire

Liste des tableaux et Graphiques .....	3
Liste des abréviations .....	5
Une idée, une réflexion (suite).....	6
Le mot du Directeur Général.....	6
Regard croisé .....	7
Editorial .....	8
<b>1. Synthèse des résultats sur la riposte au sida en Haïti et estimations liées au VIH en 2015 .....</b>	<b>10</b>
1.1 L'incidence continue à baisser .....	10
1.2 La prévalence de l'infection à VIH est en diminution chez les jeunes .....	10
1.3 Moins de personnes meurent des causes liées au sida .....	11
1.4 Le nombre de PVVIH augmente au fur et à mesure que l'élargit l'accès au traitement .....	12
1.5 Une évolution positive chez l'enfant .....	12
<b>2. Et Si nous nous intéressions un peu plus à nos adolescents.....</b>	<b>14</b>
<b>3. Rétention sous Traitement antirétroviral en 2013 en Haïti .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Introduction .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Méthodologie et objectifs .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Résultats.....</b>	<b>17</b>
3.3.1 Distribution spatiale des nouveaux enrôlés .....	17
3.3.2 Taux de rétention par département .....	17
3.3.3 Taux de rétention par réseau .....	18
3.3.4 Inactivité par département .....	19
<b>3.4 Taux de rétention par département .....</b>	<b>19</b>
3.4.1 Taux de rétention dans le département de l'Artibonite .....	19
3.4.2 Taux de rétention dans le département du Centre.....	20
3.4.3 Taux de rétention dans le département de la Grande Anse .....	20
3.4.4 Taux de rétention dans les Nippes .....	21
3.4.5 Taux de rétention dans le département du Nord .....	21
3.4.6 Taux de rétention dans le Nord-Est.....	22
3.4.7 Taux de rétention dans le Nord-Ouest.....	22
3.4.8 Taux de rétention dans le département de l'Ouest .....	22
3.4.9 Taux de rétention dans le département du Sud .....	24
3.4.10 Taux de rétention dans le département du Sud-Est .....	24
<b>3.5 Limitation de l'enquête .....</b>	<b>24</b>
<b>3.6 Conclusion et recommandations .....</b>	<b>24</b>
<b>4. Modélisation de déperdition des cas dans la cascade PTME : le cas d'Haïti.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Outils de collecte de données .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 Revue de littérature.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3 Résultats.....</b>	<b>28</b>
4.3.1 Résultats des entrevues avec les institutions non PTME .....	29
4.3.2 Résultats des entrevues avec les institutions PTME .....	29
4.3.3 Résultats des groupes de discussion .....	29
4.3.4 Résultat de l'enquête avec les femmes perdues de vue .....	30
<b>4.4 Conclusions et recommandations .....</b>	<b>33</b>
4.4.1 Recommandation générale .....	33

4.4.2 Mobilisation communautaire.....	33
4.4.3 Approches multisectorielles.....	34
4.4.4 Recommandations sur le rapportage des informations.....	34
<b>5. Le saviez vous qu'il existe différents types d'épidémie sur la malaria? .....</b>	<b>34</b>
<b>Chiffres nationaux .....</b>	<b>37</b>
<b>Coin des nouvelles .....</b>	<b>38</b>
<b>Références.....</b>	<b>40</b>

## Liste des tableaux et Graphiques

Graphique 1.- Représentation graphique des nouveaux cas d'infection à VIH entre 2007 et 2015 en Haïti, MSPP/PNLS, 2015.....	8
Graphique 2.- Représentation graphique de la prévalence du VIH chez les jeunes entre 2007 et 2015, Estimations & Projections, MSPP/PNLS, Haïti, 2015.....	9
Graphique 3.- Représentation graphique du taux de séropositivité observée au niveau des cliniques prénatales entre 2008 et 2015.....	9
Graphique 4. – Nombre total de personnes décédées des causes liées au sida en Haïti entre 2000 et 2014, Estimations & Projections, MSPP/PNLS, Haïti, 2015.....	10
Graphique 5.- Evolution des personnes actives sous ARV entre 2008 et 2015 en Haïti.....	10
Graphique 6.- Evolution du nombre d'enfants décédés des maladies liées au sida entre 2008 et 2015, Estimations & Projections, MSPP/PNLS, Haïti, 2015 .....	11
Graphique 7.- Représentation graphique des taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte nette de patients enrôlés sous ARV selon le département entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2015.....	16
Graphique 8.- Représentation graphique du statut des patients après 12 mois.....	16
Graphique 9.- Pertues de vue dans la cascade PTME, Haïti 2013.....	28
Graphique 10.- Types d'épidémie de malaria Source : OMS, 2015.....	33
Figure 1. Modèle logique de la mesure du taux de rétention sous-tendant l'enquête de rétention de décembre 2014 à janvier 2015 en Haïti.....	14
Figure 2. Cascade PTME.....	30
Tableau 1. Indicateurs clés concernant l'épidémie du VIH chez les jeunes et adolescents en 2015.....	12
Tableau 2. Répartition des nouveaux enrôlés (en nombre et en pourcentage) entre octobre 2012 et septembre 2013 au niveau des 10 départements représentés dans l'étude. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2015 .....	15
Tableau 3. Répartition des nouveaux enrôlés entre octobre 2012 et septembre 2013 au niveau des 10 départements représentés dans l'étude. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2015.....	15
Tableau 4. Répartition des taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte nette de patients enrôlés sous ARV au cours de la période octobre 2012 à septembre 2013 selon le réseau. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2015.....	17
Tableau 5. Statut d'inactivité (%) après 12 mois sous ARV pour la cohorte nette de patients enrôlés au niveau des 10 départements entre octobre 2012 et septembre 2013, Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	17
Tableau 6. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans l'Artibonite entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	18

Tableau 7. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Centre l'Artibonite entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	18
Tableau 8. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans la Grande Anse entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	19
Tableau 9. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans les Nippes entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	19
Tableau 10. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Nord entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	19
Tableau 11. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Nord-Est entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	20
Tableau 12. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Nord-Ouest entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	20
Tableau 13 A. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans l'Ouest entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	21
Tableau 13 B. Répartition des Centres de santé et autres types d'institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans l'Ouest entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	21
Tableau 14. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Sud entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	22
Tableau 15. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Sud-Est entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.....	22
Tableau 16. Répartition des PPS par département.....	24
Tableau 17. Outils de collecte selon la méthode.....	24
Tableau 18. Résumé des causes de la déperdition des cas dans la PTME identifiées.....	25
Tableau 19. Répartition des enquêtées par PPS et par département.....	25
Tableau 20. Répartition des femmes perdues de vues par PPS.....	26
Tableau 21. Répartition des participants des focus groupes par département.....	27
Tableau 22. Causes de pertues vu citées par les femmes.....	28
Tableau 23. Causes de pertues de vues en PTME selon la source de collecte de données.....	29
Tableau 23.- Situation des cas de malaria du 23 aout au 02 septembre 2015 dans les zones d'épidémie (DDA).....	33
Tableau 24.- Indicateurs clés concernant l'épidémie d'infection à VIH de 2010 à 2015.....	35

## Liste des abréviations

AEADMA	Association d'Entre-Aide des Dames Mariens
ARV	Anti Rétroviral
CAPI	Computer Assisted Personal Interview
CARPHA	Caribbean Public Health Agency
CDS	Centre pour le Développement et la Santé
CMMB	Catholic Medical Mission Board
CODEVI	Compagnie de Développement et Industrielle S.A
CPN	Consultation Prénatale
CS	Centre de Santé
CT	Coordination Technique
DSF	Direction Santé de la Famille
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Etudes et de Recherche sur le Sarcome de Kaposi et les Infections Opportunistes
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HUEH	Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti
HUP	Hôpital Universitaire la Paix
IAP	Indicateur d'Alerte Précoce
ICC	International Child Care
ITECH	International Training and Education Center for Health
IMIS	Institut des Maladies Infectieuses et de la Santé de la Reproduction
MESI	Monitoring and Evaluation Surveillance Intégrée
M&E	Monitoring and Evaluation
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisation Pan américaine de la Santé
PATHFINDER	PATHFINDER International
PCR	Polymerase Chain Reaction
PIH	Partners In Health
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
POZ	Promoteurs Objectifs Zéro sida
PPS	Point de Prestation de Service
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
SEFIS	Société d'Etudes et de Formation en Information Stratégique
TAR	Traitement Anti Rétroviral
UCP	Unité de Coordination de Programme
UGP	Unité de Gestion de Projet
UNICEF	United Nation Children's Fund
URC	University Research Corporation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Une idée, une réflexion (suite)

L'un de ces moyens est le recours à **l'agent de santé communautaire polyvalent**. L'expérience innovante réalisée dans la commune de Carrefour nous stimule et nous porte à implanter le modèle dans d'autres communes.

Je profite de l'opportunité qui m'est offerte pour remercier, une fois de plus tous ceux qui s'impliquent au quotidien pour donner une réponse efficace au VIH et à la TB afin de permettre à notre population de rester en santé.

Que la Noël 2015 et les fêtes de fin d'année soient l'occasion de méditer avec nos partenaires sur une meilleure utilisation de ces ressources au sein de nos communautés !

Joyeux Noël !



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



**SIDA ! MWEN PAP PRAN, MWEN PAP BAY, MWEN ANGAJE M**

## Le mot du Directeur Général

Nous tenons à féliciter la Coordination technique du PNLS pour son engagement et le travail accompli au quotidien au cours de l'année 2015. Nous avons suivi de loin, mais avec un œil d'aigle, les péripéties traversées par la lutte et les réponses apportées par cette entité du MSPP aux conjonctures difficiles liées au financement de la lutte supporté en grande partie par les coopérations bilatérale et multilatérale dont bénéficient notre pays en ce moment. La lutte se poursuit et nous devons nous armer de courage, d'audace, de perspicacité, d'intelligence et de compétences pour conduire la barque nationale en matière de VIH/sida à bon port pour le bien-être de nos adolescents, nos jeunes, nos PVVIH et de la population haïtienne dans son ensemble.

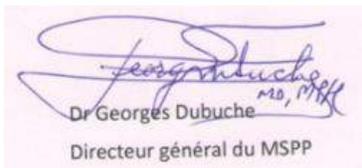
Chaque centime compte. Les financements ont diminué. Nous sommes conscients que nous devons à court terme trouver des stratégies viables pour augmenter les contributions locales et nationales au profit de nos PVVIH et des populations des zones éloignées, enclavées et disposant de peu de ressources. C'est le minimum à faire pour rester en harmonie avec des principes fondateurs de notre Politique Nationale de Santé, à savoir l'équité, la solidarité et la justice sociale. Mais, sur les ressources que nous avons pu mobiliser auprès des Amis d'Haïti, la vigilance et l'optimisation du rendement de chaque centime investi dans la riposte sont de rigueur. Nous ne pouvons pas être complaisants sur les résultats à atteindre par la Coordination Technique du PNLS, les 22 réseaux de soins et les organisations de management en suivi et évaluation qui constituent l'infrastructure de la riposte nationale. Nous attendons que les liens partenariaux se resserrent et que chaque centime investi ait un retour sur investissement supérieur aux prévisions. Les partenaires financiers et techniques du MSPP peuvent compter sur l'appui de la Direction générale, au cours de l'année 2016, sur un suivi de proximité auprès de l'UCP sur le renforcement de la coordination entre les programmes VIH et TB visant à obtenir des gains substantiels d'efficacité et d'efficience sur la mise en œuvre du modèle partiellement intégré sur la co-infection VIH/TB.

Luttons ensemble contre la stigmatisation et la discrimination. La stigmatisation et la discrimination à l'endroit de ceux qui souffrent du sida constitue un frein au développement du potentiel de l'homme et de son épanouissement. La stigmatisation diminue l'accès et la rétention dans nos réseaux de soins. Nous comprenons que nos prestataires ont des valeurs, des croyances, des motivations, des systèmes de représentations du monde, des normes sociales et des priorités comme toute personne humaine. Mais nous nous attendons aussi à ce qu'ils soient compétents et empathiques. La dignité humaine doit être respectée en tout et partout. Nous enjoignons tous les réseaux et tous nos partenaires à avoir de façon concrète en 2016 des activités de formation, d'orientation, de séances de travail sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Renforçons notre système de management de données sur le VIH/sida. Nous appelons tous nos partenaires, les Directions Départementales, les Institutions Ombrelles de Réseaux de Soins, les Responsables des Institutions Prestataires de Soins à soutenir nos acquis et les efforts en cours pour mettre en place et renforcer en même temps le Système d'Informations Sanitaires National Unique, le SISNU. Nous travaillons fort au niveau de la Direction générale pour que le SISNU soit solide, fort, équilibré, intelligent et utile. Nous travaillons à connecter MESI, la base de rapportage des données de statistiques mensuelles de nos Institutions Prestataires de Soins, avec le SISNU. Nous nous attendons à ce que tous fassent leur travail avec professionnalisme et amour. Nous attendons que nos partenaires fassent le feed back en temps opportun à la Coordination Technique du PNLN et aux hautes Autorités du MSPP pour la prise de décisions opportunes et judicieuses pour le bien des PVVIH et de toute la population haïtienne. Nous attendons enfin que la Coordination Technique joue pleinement sa partition, une gouvernance éclairée et intelligente, un pilotage stratégique à la hauteur des attentes des engagements nationaux et internationaux du pays et nous gratifie régulièrement, comme tel est le cas avec ce bulletin d'informations programmatiques et stratégiques permettant à toutes les parties prenantes de disposer d'informations valides et fiables pour la prise de bonne décisions.

Au lectorat de ce bulletin, la Direction générale du MSPP vous souhaite un joyeux Noël 2015.

**SIDA ! MWEN PAP PRAN, MWEN PAP BAY, MWEN ANGAJE M**



Dr Georges Dubuche  
Directeur général du MSPP



## Regard croisé

Dans le feu de l'action, il est difficile de jeter un regard pénétrant sur le travail déjà accompli. Les activités s'enchaînent les unes après les autres. Les unes plus importantes que les autres. Nous sommes appelés à répondre aux besoins et attentes des uns et des autres. Malgré cela, l'auto évaluation est indispensable pour s'adapter aux contextes changeants, pour faire mieux et surtout pour travailler ensemble avec toutes les autres entités du MSPP au respect de cette exigence constitutionnelle qu'est la création de « conditions adéquates pour la promotion du bien-être physique, mental et social de la population haïtienne ».

L'Unité de Coordination de Programmes, communément appelée l'UCP, réunit en son sein le PNCM, le PNLN et le PNLNLS. Tous ces Programmes du MSPP ont des objectifs et des stratégies de lutte qui adressent des problématiques qui leur sont propres mais eux tous ont comme finalité, à travers le contrôle de ces épidémies respectives, le bien être de la population haïtienne. Au niveau de l'UCP, il s'agit de trouver la bonne formule qui favorise les échanges entre ces 3 coordinations techniques, la collaboration en toute sincérité, le travail en commun pour l'obtention de cette synergie qui va nous permettre de faire des gains d'efficacité, d'efficience, de temps, d'économie de ressources de toutes sortes pour les réinvestir au profit de la promotion de comportements sûrs, de la prévention de ces 3 pathologies et du soulagement des personnes qui en sont affectées.

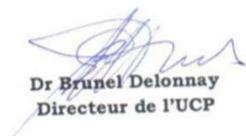
Notre regard veut être, en ce 1<sup>er</sup> décembre 2015, un incitatif, un stimulant pour encourager les 3 coordinations de Programme à aller de l'avant, en particulier les coordinations techniques du PNLN et du PNLNLS sur la co-infection TB / VIH. Nous avons parcouru du chemin en 2015, eu plusieurs rencontres et réalisé 2 grands ateliers, l'un aux Cayes en juillet 2015 pour les départements de la Grande Anse, du Sud, des Nippes et du Sud Est et l'autre pour les autres départements à Ennery au mois de novembre 2015. Nous nous sommes entendus sur le modèle d'intégration des soins VIH / TB à promouvoir en Haïti, le modèle partiellement intégré, sur un plan combiné TB / VIH en suivi et évaluation, et des plans opérationnels conjoints VIH / TB au niveau des Directions Départementales. Nous avons l'obligation de continuer sur cette voie. Le dialogue est indispensable pour nous permettre de relever certains défis en suivi et évaluation des 2 Programmes. Tous les partenaires du MSPP et toutes les parties prenantes de la mise en œuvre des 2 Programmes attendent de nous une collaboration effective en matière de co-infection TB / VIH, l'élaboration ou l'actualisation de protocoles et de normes communs sur la prise en charge de cette co-infection, et la diffusion d'informations stratégiques valides et fiables sur la co-infection VIH / TB.

L'année qui s'en vient est à notre portée. Nous serons contraints, pour le bien être de la population haïtienne, à bien cibler nos interventions et conjuguer nos efforts et nos énergies pour construire une UCP forte, intelligente et unie. Nous serons appelés à faire des compromis, à rechercher le point d'équilibre, à trouver le juste milieu pour permettre à Haïti de continuer sur la voie du contrôle de ces 2 épidémies et pourquoi pas l'inversion des tendances à moyen terme.

L'UCP encourage toutes les parties prenantes à utiliser dans leur travail quotidien les informations stratégiques contenues dans ce bulletin pour améliorer, en particulier la rétention des patients sous ARV dans notre système de soins et surtout celle des femmes séropositives qui ont accouché et des nouveau-nés exposés pour la continuité du TAR.

L'UCP souhaite au lectorat du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA en Haïti un joyeux Noël 2015 !

**SIDA ! MWEN PAP PRAN, MWEN PAP BAY, MWEN ANGAJE M**



Dr Brunel Delonnay  
Directeur de l'UCP



## Editorial

Chers amis lecteurs,

Nous sommes à un moment phare de notre combat contre l'épidémie de VIH en Haïti. Nul ne pouvait prédire les événements qui allaient concourir à de profonds changements et réorganisations dans notre Programme de lutte contre le VIH/sida. Nous étions avertis, mais nous croyions avoir du temps pour nous accommoder et mobiliser les ressources locales à venir en appoint à l'aide internationale. Les paradigmes ont changé et nous avons puisé dans notre histoire de peuple le courage nécessaire pour nous adapter rapidement aux nouveaux contextes socioéconomiques mondiaux et aux exigences fermes de nos bailleurs sur les résultats à obtenir pour accélérer la riposte nationale et l'engager résolument sur la voie de l'élimination du VIH à l'horizon de 2030.

Le 1er décembre est le jour mondial du sida, c'est la période où nous devons prendre un recul même bref pour approfondir nos réflexions, nous oxygéner et repartir en conquérant en collaboration avec toutes les parties prenantes, en particulier avec les PVVIH, les HARSAH, les PS et les jeunes, autour de la riposte nationale vers l'atteinte d'autres sommets et d'autres victoires.

Le 11e bulletin de surveillance épidémiologique du VIH//sida nous offre cet oasis. Il invite à la réflexion sur nos jeunes, tire la sonnette d'alarme sur la rétention sur le TAR et nous propose des pistes à explorer pour la rétention dans la cascade PTME.

Nous sommes arrivés à stabiliser l'épidémie à VIH en Haïti autour de 2,2% dans la population générale. Au niveau des 15 – 24 ans, la prévalence est de 0,9% avec une répartition différente entre les 2 sexes : chez les filles, elle est de 1,3% et chez les garçons de 0,4%. Nous n'avons pas de grandes interventions auprès de ce groupe d'âge. Reconnaissons que nous avons négligé un peu nos adolescents. La transition de l'enfance à l'âge adulte est une période difficile où nous devons leur offrir des services de santé et un soutien adapté à leurs besoins. Nos adolescents et nos jeunes sont confrontés à de nombreux obstacles, ce qui les empêche d'avoir accès à des services de dépistage, de prévention et de traitement de l'infection à VIH. De nombreux enfants que nous avons sous traitement ARV après 2002 sont maintenant des adolescents. Ils ont besoin de notre soutien pour vivre bien leur adolescence et s'épanouir. Le lancement de l'initiative « all IN, nou tout konsène » en octobre 2015 en collaboration avec l'UNICEF et l'ONUSIDA est une opportunité offerte à tous pour combler ce déficit, nous rattraper et avancer ensemble pour le bien-être de nos adolescents et de nos jeunes.

Ce numéro 11 nous fournit des informations stratégiques actualisées sur la rétention sous TAR pour tous les PPS qui disposent de soins et traitement aux ARV. Le taux national de rétention a un peu diminué. Il est de 73,1%. C'est la première fois depuis 2008 que nous sommes en dessous du standard de l'OMS de 75% pour la rétention à 12 mois. L'article sur la rétention indique les résultats par PPS, département et réseau de soins. Nous devons en 2016 instaurer un dialogue sincère et franc avec tous les partenaires de la prise en charge, y compris les

bénéficiaires pour trouver des réponses appropriées à cette situation afin de renouer avec un taux supérieur à 75%. Nous avons décidé, lors de la prochaine enquête sur la rétention, d'approfondir 2 points : la mesure du taux par âge et par sexe incluant les adolescents, et la stigmatisation. Sur la stigmatisation, nous comptons conduire des entrevues semi structurées sous forme de sondage auprès des prestataires pour avoir une idée de leur compréhension de ce phénomène. Nous sommes en négociation avec CARPHA et UNICEF pour mobiliser des ressources dans le but de réaliser une étude sur la stigmatisation mais dans un autre registre, celui de l'appréciation du phénomène par les PVVIH eux-mêmes. Nous travaillons fort pour outiller tous les acteurs de terrain en mettant à leur disposition de documents scientifiques pour faire face à la problématique de la non rétention dans le système de soins. Le pays a pris l'engagement dans le plan stratégique national multisectoriel 2012 – 2015 révisé avec extension à 2015 d'atteindre 80% de rétention d'ici à 2018. Serrons les rangs et redoublons nos efforts !

Une fois de plus, nous remercions Robert Philippe pour sa contribution à l'édification de ce canal de transmission d'informations stratégiques qu'est notre bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Il nous gratifie dans le 11e numéro d'un excellent article sur un modèle de déperdition des cas dans la cascade PTME en Haïti. Cet article apporte un soutien fort au communiqué de l'ONUSIDA en date du 15 octobre 2015 sur les questions sociales et alimentaires. Nous reprenons le paragraphe de ce communiqué qui indique que « le VIH et la tuberculose sont souvent présents dans des régions et au sein de populations très exposées à l'insécurité alimentaire. L'infection à VIH comme la tuberculose exacerbent l'impact de la malnutrition sur la santé en augmentant les besoins nutritionnels. Ce cycle est souvent aggravé par l'impact de la maladie sur les revenus des ménages ». Rappelons-nous, chers lecteurs que la protection sociale et la nutrition sont des déterminants de la santé. C'est un article à lire et à relire.

Nous avons besoin d'un nouveau souffle dans le Programme de telle sorte que ce qui peut paraître nous désunir pourrait au contraire contribuer à nous unir davantage. Une sorte d'effet Venturi. Misons nos forces sur le dialogue, les personnes, les PVVIH, les jeunes, les adolescents, les HARSAH, les PS, l'expérimentation, l'innovation et le partage d'expériences.

Que la Noël nous apporte la paix et la joie !

Bonne lecture,

**SIDA ! MWEN PAP PRAN, MWEN PAP BAY, MWEN ANGAJE M**

*Dr Joëlle Deas Van Ornaeker*  
Dr Joëlle Deas Van Ornaeker  
Coordonatrice du PNLS

## 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

Mr Jéthro GUERRIER, MSPP/PNLS

Dr Edna PIERRE, NASTAD

Dr Marc-Aurèle TELFORT, UGP/MSPP/PEPFAR

## Conception et mise en page

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



## 1. Synthèse des résultats sur la riposte au sida en Haïti et estimations liées au VIH en 2015

En se basant sur la Déclaration politique des Nations Unies de 2011, tous les intervenants en santé conviennent que 2015 est une date butoir en matière de lutte contre la pandémie du sida. Officiellement, il s'agit pour les pays d'intensifier les efforts pour éliminer le VIH et le sida à travers des engagements, entres autres, à réaliser des améliorations spécifiques en matière de santé, de couverture et objectifs liés aux ressources, d'objectifs d'élimination et de mesures pour assurer la pérennité de la riposte.

À la fin de 2014, selon l'ONUSIDA, le nombre de PVVIH dans le monde est estimé à 36,9 [34,3 – 41,4] millions dont 2,6 [2,4 - 2,6] millions d'enfants de moins de 15 ans<sup>1</sup>. Selon le rapport mondial ONUSIDA 2013, la population de PVVIH ne cesse d'augmenter, en raison notamment de l'augmentation du nombre de personnes placées sous thérapie antirétrovirale. On a estimé à 2,0 [1,9 - 2,2] millions le nombre de nouvelles infections à l'échelle mondiale dont 220 000 [190 000 – 260 000] enfants de moins de 15 ans<sup>2</sup>. Entre 2001 et 2012, on estime que les nouvelles infections à VIH ont connu un recul de 33%<sup>3</sup>.

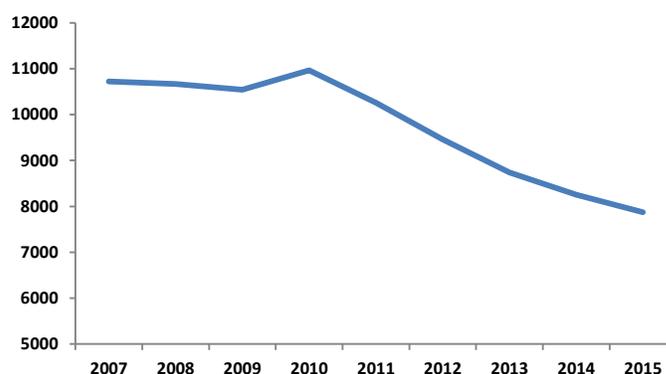
En Haïti à la fin de 2014, le nombre de PVVIH était estimé à 150 000 [130 000 – 170 000]. On estime également que plus de 8 200 personnes ont été contaminées par le VIH en 2014, pour moins de 5 000 décès.

À travers ce présent rapport, la Coordination du Programme se propose de faire le point sur l'épidémie du VIH à l'occasion de la Journée Mondiale du Sida et sur les progrès accomplis par le PNLS vers un accès universel jusqu'à la fin de 2015. L'analyse met en relief 5 considérations suivant lesquelles l'impact des interventions ont conduit à un recul de l'épidémie, une intensification de l'offre de soins et traitement, et du coup l'amélioration de la survie des PVVIH.

### 1.1 L'incidence continue à baisser

Entre 2001 et 2012, le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes et les adolescents a diminué de 50 % ou plus dans 26 pays<sup>4</sup>. Mais d'autres pays tels que Haïti ont fait des efforts, mais ils n'ont pas pu atteindre un tel objectif. Selon les estimations révisées en 2015, un total de 8200 personnes a été contaminé en Haïti en 2014 dont 500 enfants de moins de 15

ans ; alors qu'elles étaient de 11 300 en 2004, soit un recul de 27% sur la période. Cependant, si on considère 1996, l'année où le nombre de nouvelles infections a atteint son maximum, soit plus de 15000 cas, la réduction avoisine les 50%.



Graphique 1.- Représentation graphique des nouveaux cas d'infection à VIH entre 2007 et 2015 en Haïti, MSPP/PNLS, 2015

Selon les données présentées sur le graphe ci-dessus, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH ne cesse de diminuer, à l'exception des perturbations de l'année 2010 coïncidant avec le terrible tremblement de terre qui a frappé le pays. En revanche, entre 2011 et 2013, au regard de la pente de la courbe, la baisse a été plus importante qu'autour de la période.

De plus, les résultats de l'enquête de surveillance bio-comportementale auprès des HARSAH ont fait état d'une baisse de la prévalence du VIH auprès de ce groupe, soit 13% en 2015 contre 18% en 2012<sup>5</sup>. Pour apprécier les progrès dans ce domaine, il faudrait mener des études au niveau de tous les départements afin de déterminer la prévalence nationale réelle et du coup établir des comparaisons dans le temps.

Selon l'OMS<sup>6</sup>, ces tendances s'expliquent par une combinaison de facteurs : évolution naturelle de l'épidémie d'infection à VIH, changements de comportement associés à une prise de conscience accrue des effets de l'épidémie ainsi qu'à une intensification des efforts de prévention (ponctués notamment, pour Haïti, par une augmentation de l'utilisation du condom et une diminution du nombre de partenaires sexuels<sup>7</sup>), et une couverture plus étendue du traitement antirétroviral.

### 1.2 La prévalence de l'infection à VIH est en diminution chez les jeunes

Si l'on considère les rapports EMMUS IV et V, la prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (sexe confondu) a augmenté entre 2006 et 2012. Les données tirées de l'exercice de

<sup>1</sup> <https://www.aidsinfo.unaids.org>

<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup> Rapport Mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida en 2013, Genève, 2014

<sup>4</sup> Rapport Mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida en 2013, Genève, 2014

<sup>5</sup> Rapport IBBS, MSPP/OHMaSS, Haïti, 2015

<sup>6</sup> Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel, Rapport de situation, OMS 2011

<sup>7</sup> EMMUS V, MSPP-IHE et Macro International, Haïti, 2013

<sup>8</sup> Rapport Mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida en 2013, Genève, 2014

<sup>9</sup> Rapport Mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida en 2013, Genève, 2014

<sup>10</sup> Rapport Mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida en 2013, Genève, 2014

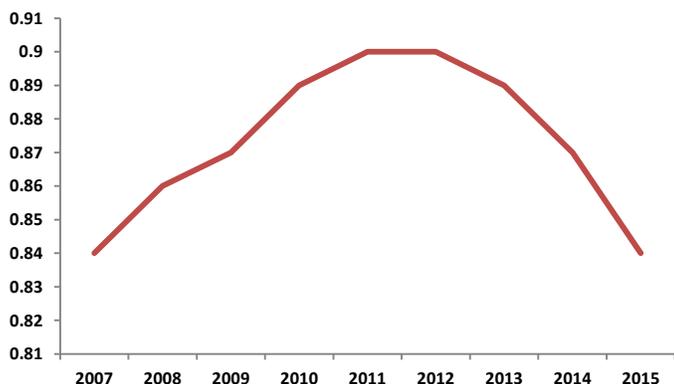
<sup>11</sup> Pour évaluer l'effet du traitement antirétroviral sur la mortalité liée au sida, on a mis au point deux

<sup>5</sup> Rapport IBBS, MSPP/OHMaSS, Haïti, 2015

<sup>6</sup> Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel, Rapport de situation, OMS 2011

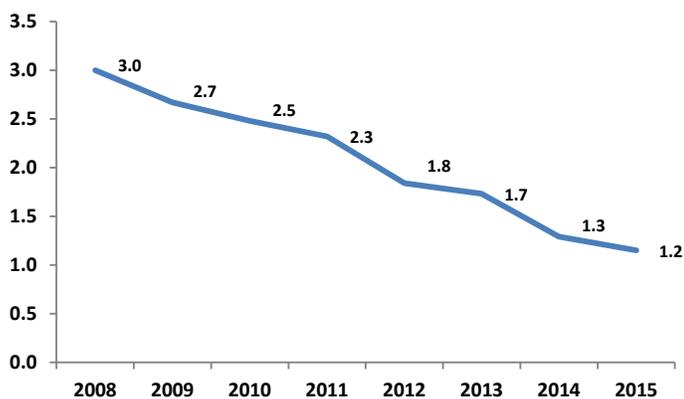
<sup>7</sup> EMMUS V, MSPP-IHE et Macro International, Haïti, 2013

révision des estimations et projections de 2015 et représentées sur le graphique ci-dessous ont indiqué cette même tendance à la hausse au cours de la période. La modélisation a montré également que 2011 constitue l'année où la prévalence du VIH chez les jeunes a atteint son maximum avant de se stabiliser jusqu'à l'année suivante. A partir de 2013, la prévalence commence à baisser pour revenir globalement à son niveau de 2007, soit 0,84% à la fin de cette année.



Graphique 2.- Représentation graphique de la prévalence du VIH chez les jeunes entre 2007 et 2015, Estimations & Projections, MSPP/PNLS, Haïti, 2015.

Chez les jeunes les tendances encourageantes se dégagent dans plusieurs pays à forte charge d'incidence à VIH d'après l'OMS. De plus selon le rapport cité plus haut, en considérant que la plupart des jeunes vivant avec le VIH ont été *fraîchement* contaminés, les tendances de la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes peuvent être une indication des tendances récentes de la contamination par le VIH. Ainsi les éditions de 2007 et 2012 de l'Enquête sérosentinelles menées auprès des femmes enceintes au niveau des cliniques prénatales ont montré une baisse statistiquement significative de la prévalence du VIH chez les 15-24 ans au cours de la période, passant de 3,7 à 2,1%.



Sources : [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)

Graphique 3.- Représentation graphique du taux de séropositivité observée au niveau des cliniques prénatales entre 2008 et 2015.

Pour estimer les tendances de la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes, un modèle de régression a été appliqué à des données provenant de consultations prénatales obtenues entre 2000 et 2010. Cette analyse a montré une diminution de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes âgées de 15 à 24 ans dans 22 des 24 pays, (*dont Haïti avec une diminution de 3% entre 2001 et 2010*), disposant de données et où la prévalence au niveau national est de 1% ou plus<sup>8</sup>. De plus, selon les données présentées sur le graphique 3, entre 2008 et 2015, le taux de séropositivité chez les femmes enceintes vues en clinique prénatale à travers les 10 départements sanitaires du pays a diminué de près de deux tiers (62%). A noter que cette tendance à la baisse varie selon le département. Etant donné que les nouvelles infections chez les jeunes représentent environ le tiers des nouveaux cas chez les adultes, en dépit des limites que présentent les taux de séropositivité au niveau institutionnel, il est évident que l'épidémie connaisse un recul important sur cette catégorie de population au cours de ces dernières années. Cependant pour protéger ces acquis, une sensibilisation accrue auprès des jeunes doit être fortement envisagée en vue d'affaiblir cette tendance à la hausse de la proportion de jeunes hommes qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans en Haïti.

Néanmoins, il serait fort probable que cette tendance ne soit pas identique chez les TS. En effet, le rapport de la dernière Enquête IBBS indique une tendance à la hausse de la prévalence du VIH à l'intérieur de ce groupe spécifique clé entre 2012 (8,9%) et 2015 (8,4%). A noter que ce résultat doit être considéré avec une certaine prudence puisque l'étude a été menée seulement au niveau de 5 départements géographiques.

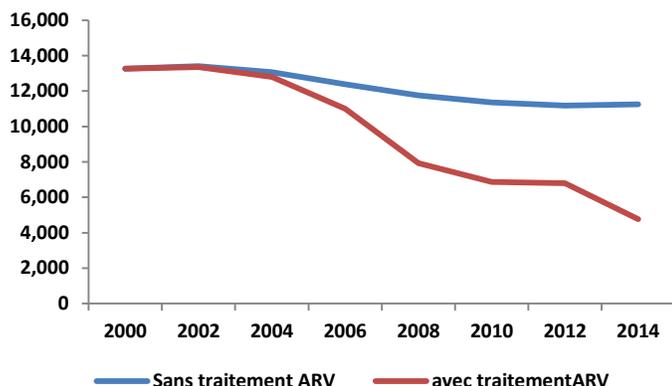
### 1.3 Moins de personnes meurent des causes liées au sida

Le nombre annuel de personnes qui décèdent de causes liées au sida dans le monde est en constante diminution, il a atteint un maximum entre 2003 et 2006, soit 2,0 [1,6 – 2,6] millions et est estimé à 1,2 million [980 000 – 1 600 000] en 2014<sup>9</sup>. Selon les estimations de la CT du PNLS de 2015, le nombre de décès dus au sida en 2014 est de 3 800 [2 300 – 5 600] contre 7 800 [6 300 – 14 000] en 2008, soit une baisse de plus de 50% au cours de la période. A l'instar des pays de l'Afrique subsaharienne, de l'Asie du Sud et du Sud-est, ainsi que dans les Caraïbes, la mortalité liée au sida a commencé à diminuer véritablement vers les années 2005 et 2006 en Haïti. Cette période correspond avec l'intensification de l'offre des services de soins et traitement envers les personnes vivant avec le VIH notamment avec le Projet PEPFAR. Cet événement a considérablement amélioré la survie des PVVIH. De 2012 à 2015, on estime entre 6 200 et 6 600 le

<sup>8</sup> Rapport Mondial: Rapport de situation, OMS, 2011

<sup>9</sup> <https://www.aidsinfo.unaids.org>

nombre de décès évité par année. En combinant l'espérance de vie et le nombre de décès épargnés, on estime qu'en 2015 plus de 56 000 années de vie ont été gagnées grâce à la vulgarisation du traitement aux antirétroviraux<sup>10</sup>. Il n'en demeure pas moins que la baisse des nouvelles infections à VIH au niveau de la population générale évoquée plus haut a considérablement favorisé cette diminution des cas de décès dans la population de PVVIH.



Graphique 4.- Nombre total de personnes décédées des causes liées au sida en Haïti entre 2000 et 2014, Estimations & Projections, MSPP/PNLS, Haïti, 2015<sup>11</sup>

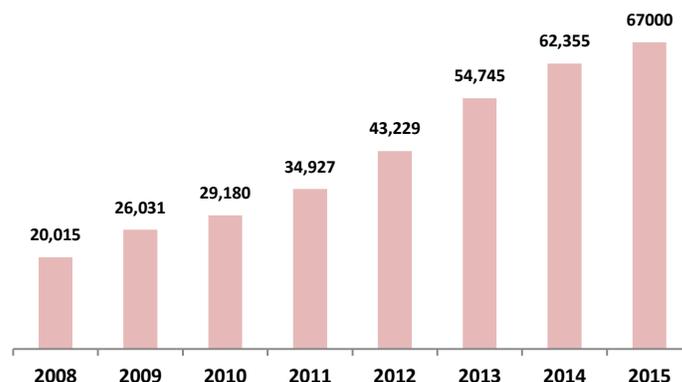
#### 1.4 Le nombre de PVVIH augmente au fur et à mesure que l'élargit l'accès au traitement

Selon les données disponibles sur la base AIDS info de l'ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le sida a connu un recul de plus 10% entre 2010 et 2014. Selon les estimations de la Coordination Technique du PNLS, le nombre de PVVIH tourne autour de 159 000 [140 000 – 178 000] à la fin de 2015 soit une augmentation de 9% depuis 2008. Ces chiffres s'expliquent par le nombre élevé de personnes nouvellement infectées par le VIH et par l'élargissement considérable de l'accès au traitement antirétroviral, qui a contribué à réduire le nombre de personnes décédées de causes liées au sida.

En effet, entre 2008 et 2015, le nombre de personnes actives sous ARV a plus que triplé au cours de la période. Selon les données relatives à la rétention des patients placés sous ARV en 2014, les départements de l'Ouest, de l'Artibonite et du Nord ont fortement contribué à l'atteinte de ces résultats. A eux seuls ils endossent la responsabilité d'assurer la survie de plus de 70% des personnes actives sous ARV à la fin de septembre 2015.

<sup>10</sup> Profil des Estimations et Projections en matière de VIH-sida en Haïti, MSPP/PNLS, 2014

<sup>11</sup> Pour évaluer l'effet du traitement antirétroviral sur la mortalité liée au sida, on a mis au point deux scénarios qui utilisent des fichiers pays du logiciel Spectrum 2015. Dans le premier scénario, le nombre d'adultes (y compris les femmes enceintes) d'enfants recevant un traitement antirétroviral a été ramené à zéro. Le second scénario utilise la meilleure estimation actuelle réalisée par la CT du PNLS du nombre de personnes décédées de causes liées au sida.



Sources: MSPP/PNLS, tirées sur www.mesi.ht

Graphique 5.- Evolution des personnes actives sous ARV entre 2008 et 2015 en Haïti

L'accès aux médicaments a été également élargi à la femme enceinte nécessitant une prise en charge aux ARV en vue de préserver sa propre santé, mais également dans un souci de prévenir la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant. Selon les données programmatiques, le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié du traitement au cours d'une seule année a plus que doublé entre 2008 (2 500) et 2013 (5 226). A la fin de septembre 2015, un effectif de 67 000 personnes dont 2 800 enfants ont le statut actif sous traitement au niveau des 10 départements sanitaires du pays.

En dépit de ces efforts considérables d'élargissement de traitement ARV, le PNLS est loin d'atteindre ses objectifs de couverture, encore moins l'accès universel prôné dans la déclaration politique de 2011. En fait, globalement en 2015 et en regard des estimations les plus récentes, le système de soins a pu toucher un peu plus de 4 PVVIH sur 10, soit 42% [37% – 47%]. Mais en se basant sur les cibles de la CT du PNLS<sup>12</sup>, la couverture du traitement au TAR s'établit à 67% à trois mois de la fin de l'année.

#### 1.5 Une évolution positive chez l'enfant

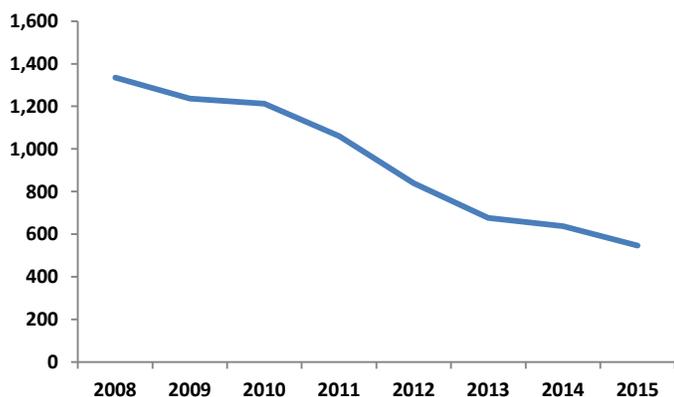
Avec l'élargissement de l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, le nombre annuel d'enfants contaminés par cette infection au niveau mondial s'est stabilisé au début des années 2000, puis a fortement diminué ces

<sup>12</sup> PSNM 2012-2015 avec extension à 2018, MSPP/PNLS, Haïti, 2015

dernières années. Selon les dernières estimations de la CT du PNLIS, le nombre d'enfants nouvellement infectés s'élève à 500 [400 - 600] en 2015 contre 1 900 en 2008, soit un glissement de plus de 70% du niveau de 2008.

Le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH est estimé à 10 000 en 2015. Ils ont pour la plupart échappé au contrôle des réseaux de soins et traitement du pays. Au regard des données, le nombre d'enfants vivant avec le VIH a fortement diminué ces dernières années. D'après les données programmatiques, seulement 2 800 enfants sont actifs sous traitement ARV à la fin de septembre, soit une couverture de moins de 30%. Mais le réalisme de la CT du PNLIS a permis de cibler un effectif de 3 600 enfants à placer sous traitement à la fin de 2015. A cet effet, la performance est de l'ordre de 78% d'atteinte de l'objectif de traitement des enfants vivant avec le VIH.

Selon les estimations, le nombre d'enfants décédés de maladies liées au sida est constamment en baisse depuis le début de la décennie 2000. A la fin de l'année dernière plus de 600 cas de décès ont été estimés, soit 48% de moins que les 1300 enfants décédés en 2008.



Graph 6.- Evolution du nombre d'enfants décédés des maladies liées au sida entre 2008 et 2015, Estimations & Projections, MSPP/PNLIS, Haïti, 2015

Selon le graphique, les cas de décès ont baissé plus rapidement jusqu'en 2012, mais la pente de la courbe s'est apaisée au cours des dernières années. Cette tendance est la conséquence de l'élargissement constant des services de prévention de la transmission du VIH au nourrisson. Deux facteurs peuvent être évoqués pour expliquer cette réalité. D'une part l'augmentation de la couverture du traitement ARV chez les femmes enceintes séropositives. Le nombre de FESP ayant bénéficié du traitement est passé de 38% en 2008 à 78% en 2015. D'autre part, le nombre d'enfants exposés au risque du VIH placés sous prophylaxie a atteint son niveau maximal en 2013, soit 2887 ; ce qui correspond à une couverture de près de 50% des naissances suivant les normes en vigueur.

Les résultats préliminaires de l'évaluation programmatique à mi-parcours de la stratégie d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant conduite par le MSPP et ses partenaires avec l'appui technique de l'OMS ont indiqué que Haïti avance très bien sur le chemin du progrès. Avec la conjugaison des efforts, le système a pu faire augmenter la couverture en service prénatal et le dépistage du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes. De plus le taux de TME estimé a baissé au cours des dernières années. Mais nous devons trouver les mécanismes nécessaires à la détermination de cet indicateur absolument important pour évaluer globalement les effets des interventions en matière de PTME.

Il ressort des considérations antérieures que les interventions menées (par les opérateurs bénéficiant des fonds de PEPFAR et de Fond Mondial, sous la coordination de la CT du PNLIS guidée par les orientations consignées dans le PSNM 2008-2015 avec extension à 2018) au cours des dernières années ont permis l'accroissement du nombre de PVVIH ayant accès au traitement ARV. Néanmoins, les pressions financières sur les budgets des aides latérales et bilatérales font peser une menace sur les progrès impressionnants réalisés à ce jour. Les données récentes sur la baisse des financements pour le VIH indiquent une tendance profondément préoccupante qui doit être inversée si la communauté internationale veut honorer ses engagements contre le VIH. Le cas d'Haïti est d'autant plus préoccupant puisque à date, le Trésor public n'a toujours pas prévu la part du budget national consacré à la lutte contre la pandémie du sida.

**“Le VIH s’est avéré un défi redoutable mais les vents tournent. Nous avons dans nos mains les outils nécessaires pour libérer une génération du sida. Progressons ensemble vers ces buts ambitieux fixés pour 2015 afin de réaliser notre vision collective de zéro infection, zéro discrimination et zéro décès”** dixit Michel Sidibé dans son avant-propos dans le Rapport de situation 2011 (OMS).



## 2. Et Si nous nous intéressions un peu plus à nos adolescents...

### “ALL IN, NOU TOUT KONSENE”

En Haïti, selon les dernières données d'EMMUS V la prévalence médiane du VIH est estimée à 2,2% pour la population générale ; elle est de 2,7% chez les femmes contre 1,7 % chez les hommes. Par ailleurs, les jeunes âgés de 15-24 ans représentent plus d'un tiers de tous les nouveaux cas d'infection au VIH. En fonction de cette situation, les adolescents représentent un groupe prioritaire dans la lutte contre l'épidémie du VIH à travers le monde et en Haïti.

Ce groupe, pourtant très vulnérable de par son statut d'adolescent est souvent mis aux oubliettes. Combien de fois n'avons-nous pas entendu dire les fameux « se yon timoun 16 zan mwen genyen wi, sal konnen... » ou encore « a laj sa a, li pa gen opinyon pou li bay ». Combien de fois avons-nous songé à intégrer nos adolescents lors de la conception de programme ou lors de la prise de décision les concernant ? Nous semblons oublier que cette période est très importante dans la vie et que la plupart des comportements sexuels adoptés à l'âge adulte découleront directement d'habitudes acquises lors de l'adolescence.

**Tableau 1. Indicateurs clés concernant l'épidémie du VIH chez les jeunes et adolescents en 2015**

	Féminin	Masculin	Ensemble
Population estimée d'adolescents 10-19	1138832	1172213	2311045
Population estimée d'adolescents 10-14	578518	597528	1176046
Population estimée d'adolescents 15-19	560314	574685	1134999
Prévalence du VIH 15-49 ans	2.7	1.7	2.2
Prévalence du VIH 15-24	1.3	0.4	0.9
Prévalence du VIH 15-19	0.5	0.2	0.4
Prévalence du VIH 20-24	2.1	0.7	1.3
Nombre estimé d'adolescents 10-19 vivant avec le VIH	5500	4600	10100
Nombre estimé d'adolescents 20-24 vivant avec le VIH	7760	4640	12400
Nombre estimé d'adolescents 15-19 nouvellement infectés	460	190	650
Pourcentage d'adolescents nouvellement infectés de sexe féminin (%)			70
Nombre de cas de décès d'adolescents 10-19	150	140	290

**Sources:**

Estimations/Projections VIH-Sida, MSPP/PNLS/ONUSIDA, Haïti, 2015  
EMMUS V, IHE/MSPP-Haïti, 2013

Estimations/Projections Population d'Haïti, IHSI, Haïti, 2007

Fort de cela et dans le but de mieux répondre à la problématique du VIH chez les adolescents, UNICEF et ONUSIDA et leurs partenaires, en appui au gouvernement Haïtien ont piloté et ont lancé le 10 septembre 2015, l'initiative « **All IN** » « **Nou tout Konsène** » dont le but principal est d'accroître le dépistage, le traitement et de faire reculer le nombre de nouveaux cas d'infections au VIH chez les adolescents.



Les principaux objectifs de l'initiative « **All IN** » sont les suivants :

1. Éliminer l'épidémie à VIH chez les adolescents (10 – 19 ans d'âge) d'ici 2030.
2. Réduire d'au moins de 75 %, les nouvelles infections chez les adolescents en 2020, (*moins de 70 000 infections chez les adolescents à travers le monde en 2020*).
3. Augmenter à 80 % les adolescents vivant avec le VIH qui reçoivent le traitement.

« **All IN** » est axé sur quatre domaines d'action clés :

1. Faire participer, mobiliser et autonomiser les adolescents pour qu'ils soient des leaders et des acteurs du changement.
2. Améliorer la collecte des données pour mieux orienter les programmes
3. Encourager les approches innovantes pour que les adolescents puissent avoir accès à des services VIH essentiels adaptés à leurs besoins
4. Ancrer fermement la question du VIH chez les adolescents dans les programmes politiques afin de garantir une action concrète et de mobiliser des ressources.

**All IN** se veut être un programme d'action pour lutter contre les nouveaux cas d'infections au VIH et la hausse du nombre de décès liés au sida chez les adolescents. C'est également une plateforme de collaboration destinée à amplifier et à accélérer les investissements, l'attention et l'innovation des gouvernements, des organismes internationaux, de la société civile, du secteur privé et des jeunes eux-mêmes afin d'obtenir plus rapidement des résultats avec et pour les adolescents.

Nous sommes convaincus que si nous nous y mettons réellement, si nous réussissons à engager tous les secteurs, particulièrement le secteur étatique, nous arriverons à cette vision commune et à une synergie dans les interventions.

Attelons-nous à la tâche afin que les principaux objectifs de cette initiative soient effectivement atteints.

### 3. Rétention sous Traitement antirétroviral en 2013 en Haïti

#### Résumé

**Objectif :** Mesurer le taux de rétention à 6 et à 12 mois des nouveaux patients enrôlés sous TAR dans les PPS des 10 départements offrant les ARV au cours de la période octobre 2012 à septembre 2013.

**Méthodologie :** C'est une enquête descriptive exhaustive au niveau de 131 PPS intéressant tous les nouveaux enrôlés sous TAR. La population étudiée est de 18.248 patients. La file active inclut les références d'autres PPS et exclut les transferts vers d'autres PPS.

**Résultats :** Le taux de rétention à 12 mois est de 73,1%. Il a diminué d'environ de 2% de 2012 à 2014. Les départements les plus performants sont les Nippes et le Sud. Le taux de rétention à 6 mois a légèrement augmenté passant de 83% en 2012 contre 84% en 2014. Les abandons et les décès restent les principales causes d'inactivité.

**Conclusion :** La vigilance doit être de rigueur en matière de rétention sous TAR dans ce contexte socioéconomique difficile. Des ateliers départementaux et régionaux sont indispensables pour faciliter les échanges entre les acteurs de terrain et trouver la meilleure stratégie pour améliorer le taux de rétention sous TAR et subséquemment le bien être des PVVIH qui fréquentent nos institutions de soins et traitement.

#### Abstract

**Objective :** Measure the retention rate at 6 and 12 months for new patients enrolled on ART in PPS of 10 departments offering ARVs during the period October 2012 to September 2013.

**Methodology :** It is a comprehensive descriptive survey at 131 sites of interest to all new enrolled on ART on 10 geographic departments of Haïti. The study population was 18.248 patients The active list of one site included references from the others and excluded transfers to other sites.

**Results :** The retention rate at 12 months was 73.1%. It has declined by about 2% from 2012 to 2014. The best performing departments are Nippes and Sud. The retention rate at 6 months increased slightly from 83% in 2012 against 84% in 2014. The dropout and death remain the main causes of inactivity.

**Conclusion :** In the particular context of Haiti, we must be careful on retention on ART. Departmental and regional workshops are essential to facilitate exchanges between actors in the field and find the best strategy to improve on ART retention rates.

#### 3.1 Introduction

De 2012 à 2015, le Programme National a réalisé 3 enquêtes descriptives exhaustives sur la rétention sous TAR. L'enquête de 2012, dont le rapport final a été publié dans le numéro 3 du bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti, a considéré la cohorte de nouveaux patients enrôlés sous TAR de janvier à décembre 2010 et a analysé les taux de rétention à 6 et à 12 mois. La deuxième, réalisée en décembre 2013 et janvier 2014, s'est penchée sur les cohortes de 2010, 2011 et 2012 pour la mesure des taux de rétention à 12, 24 et 60 mois. Rappelons que cette deuxième a bénéficié d'une assistance technique externe et qui a confirmé les résultats de la première; elle a eu droit à une publication sous format d'un rapport d'enquête qui est disponible sur le site web du MSPP. La troisième, qui fait l'objet de cet article, confirme la maîtrise de la CT du PNLS à conduire ce type d'enquête; elle concerne la cohorte octobre 2012 à septembre 2013 et nous fournit des données actualisées sur les taux de rétention à 6 et à 12 mois.

La rétention sous TAR est une préoccupation majeure pour le Programme National qui vise, à travers la mise en œuvre du PSNM actuel, un taux de rétention à 12 mois de 80% d'ici à 2018. Cet indicateur est également un IAP, une mesure essentielle de la résistance du VIH (OMS, 2014) et fait partie des 10 indicateurs mondiaux de routine pour le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH. La rétention sous ARV requiert un suivi régulier qui doit être assuré sur la base des données relatives aux

résultats atteints par les PPS qui offrent des services diagnostiques, de prévention, de soins et traitement en matière de VIH/sida (OMS, 2015). La CT du PNLS a déjà mis en place un dispositif conceptuel et opérationnel qui lui permettra de fournir ces informations et d'autres sur une base annuelle et régulière d'ici à 2018.

La connaissance de son taux de rétention devrait, en principe, permettre à une institution de prendre des mesures pour l'améliorer. C'est un des principes qui contraignent la CT à publier les résultats de ces enquêtes sous un format ou un autre. 131 PPS ont enrôlé d'octobre 2012 à septembre 2013, 18.248 nouveaux patients sous TAR ([WWW.mesi.ht](http://WWW.mesi.ht)). Chaque PPS dispose d'un système manuel de documentation des activités de prise en charge des patients sous TAR comprenant un dossier individuel, un registre Pré-ARV et un registre ARV qui constitue la source de collecte de données de cette enquête. Certains PPS disposent également d'un système électronique de suivi des patients. Ces systèmes manuels et électroniques permettent aux 131 institutions de fournir des rapports mensuels d'activités, notamment sur la file active des patients sous TAR. Ces rapports sont saisis sur la plateforme MESI et permettent au PNLS de disposer de rapports compilés par commune, département et le niveau national. Le présent article constitue les résultats de l'étude réalisée par la CT du PNLS sur l'analyse des cohortes relative à la rétention des nouveaux patients sous TAR d'octobre 2012 à septembre 2013.

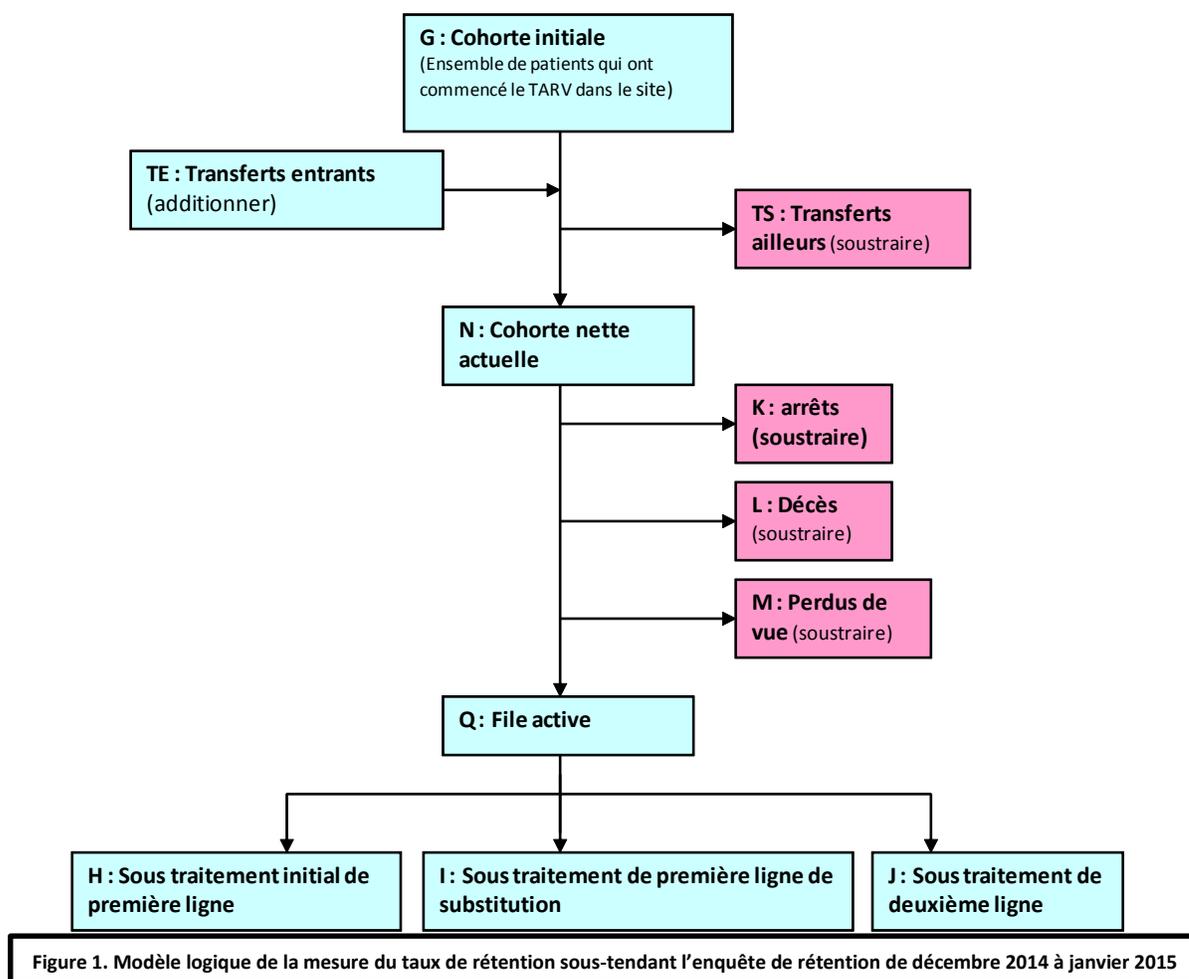
### 3.2 Méthodologie et objectifs

La présente étude a pour objectif principal d'évaluer la rétention des patients sous ARV après 12 mois d'initiation dans les institutions sanitaires des 10 départements offrant les ARV au cours de la période d'octobre 2012 à septembre 2013. Le principal objectif est de déterminer la proportion des patients selon leur statut à 6 et 12 mois après l'initiation du traitement ARV.

Il s'agit d'une étude descriptive menée au niveau des institutions offrant le TAR. Des coordonnateurs de terrain de la CT du PNLs et les officiers M&E des départements avaient parcouru les institutions des 10 départements sanitaires du pays en vue de collecter les données au niveau des registres ARV sur une base exhaustive. La compilation a été rendue possible à l'aide d'un fichier Excel de collecte conçu pour enregistrer les données sur une base mensuelle. Cet outil est suffisamment intelligent pour déterminer les taux de rétention mensuels des patients sous ARV

après 6 et 12 mois d'initiation. A la fin de la période, les cellules sont formatées de telle sorte que l'agrégation se fasse automatiquement afin de déterminer pour chaque institution la valeur annuelle de la période considérée pour les deux indicateurs précédemment cités.

De plus, dans cette étude, la CT du PNLs va écarter l'hypothèse selon laquelle les patients référés en cours de traitement vers une autre institution sont toujours sous traitement après 12 mois. Ce qui peut paraître pour le moins irréaliste à moyen et à long terme. Pour cela, nous utilisons de préférence le concept « cohorte nette actuelle » qui consiste à ajouter à l'effectif de personnes enrôlées (cohorte d'origine dans l'établissement) le nombre de personnes référées par une autre institution et retrancher le nombre de malades qui sont partis vers une autre au cours de la période. En conséquence, la référence ne représente plus une cause d'inactivité; puisque l'outil nous a permis d'enlever ce groupe au niveau du dénominateur.



A la fin de la visite, le coordonnateur du niveau central, accompagné du cadre départemental a rencontré le personnel clé du programme au niveau de chaque institution pour débattre des causes d'abandon sous forme de question libre et sans aucune

forme d'enregistrement. Il s'agit de présenter brièvement les résultats obtenus et de discuter un peu des facteurs qui influencent le niveau de rétention de leurs institutions

respectives. Les opérations de collecte se sont déroulées entre décembre 2014 et janvier 2015.

### 3.3 Résultats

#### 3.3.1 Distribution spatiale des nouveaux enrôlés

Entre Octobre 2012 et Septembre 2013, le nombre d'institutions qui offraient le TAR en Haïti était de 131. Cependant dans le présent rapport, 126 institutions ont été visitées. Les 5 autres<sup>13</sup> n'étaient pour la plupart pas fonctionnelles lors de la collecte. Selon les données rapportées sur MESI, au cours de la période, 18.248 patients ont été nouvellement enrôlés sous TAR sur le territoire national. Selon le tableau 2, trois quart des malades ont été enrôlés seulement au niveau des départements de l'Ouest, de l'Artibonite et du Nord. Cinq des dix départements comptent respectivement moins de 5% de nouveaux enrôlés.

Au niveau des Centres GHESKIO, le plus grand établissement offrant les soins ARV en Haïti, on a enrôlé près de 11 % de l'ensemble des patients au cours de la période octobre 2012 à septembre 2013. Selon les données rapportées, seulement la moitié des PPS a pu placer plus de 85% des PVVIH sous traitement au cours de la période. La cohorte de l'étude a été constituée de près de 65% de femmes âgées de 15 ans et plus dont 28% ont été enceintes. Les enfants représentent seulement 4% de la population ayant initié le traitement au cours de la période.

**Tableau 2. Répartition des nouveaux enrôlés (en nombre et en pourcentage) entre octobre 2012 et septembre 2013 au niveau des 10 départements représentés dans l'étude. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2015**

Département	Effectif PPS pour la période	Effectif nouveaux enrôlés rapportés	Pourcentage nouveaux enrôlés rapportés	Pourcentage cumulé nouveaux enrôlés rapportés
Ouest	52	8.221	45	45
Artibonite	15	2.954	16	61
Nord	16	2.351	13	74
Centre	9	1.059	6	80
Sud	11	1.021	6	86
Nord-Ouest	6	749	4	90
Nord-Est	6	635	3	93
Grand'Anse	7	500	3	96
Nippes	4	419	2	98
Sud-Est	7	339	2	100

Au niveau des 126 institutions sanitaires ayant participé à l'évaluation, les coordonnateurs de terrain de l'Unité de Suivi-Evaluation de la Coordination Technique du PNLS ont vérifié un effectif de 18.082 patients dans les sources primaires de collecte de données. Soit un degré de concordance ne dépassant pas 100%. Selon que l'on évalue le taux de rétention à 6 mois ou à 12 mois sous traitement antirétroviral, la cohorte nette évolue

substantiellement. Nous rappelons que cette année, nous avons bien considéré la mobilité des patients selon qu'ils ont été référés par un autre PPS ou qu'ils ont arrêté le traitement pour continuer à bénéficier des services hors de l'établissement d'enrôlement. Le tableau 3 indique que la cohorte nette de patients à 6 mois est de 18.397 contre 18.270 à un an. Selon les données analysées, une proportion de 3% de patients ont été référés ailleurs après 12 mois. En se basant sur les données ci-dessous, les transferts entrants sont plus importants que les transferts sortants ; puisque globalement les cohortes nettes de patients sont plus élevées que la cohorte d'origine. Seuls les départements du Centre, des Nippes et du Sud-est ont leur cohorte nette quasi similaire à leur cohorte d'origine. Rappelons également que selon les méthodes de calcul, la catégorie de référés ailleurs n'a pas influencé le taux de rétention à aucun moment de la durée.

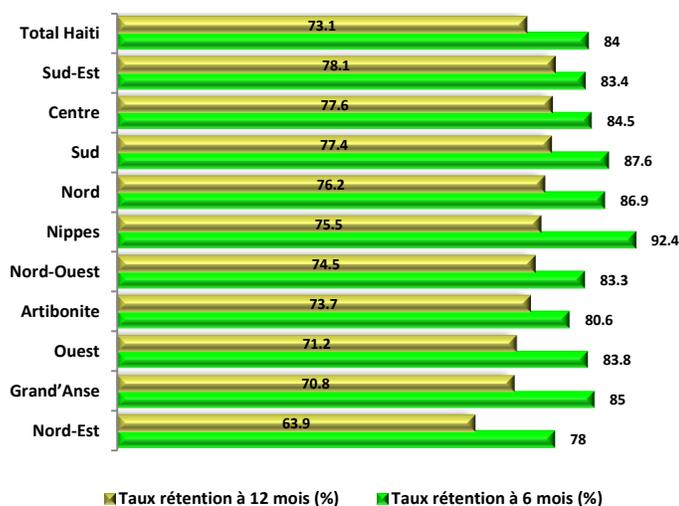
**Tableau 3. Répartition des nouveaux enrôlés entre octobre 2012 et septembre 2013 au niveau des 10 départements représentés dans l'étude. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2015**

Département	Effectif PPS visité	Cohorte d'origine enregistrée	Cohorte nette à 6 mois	Cohorte nette à 12 mois
Artibonite	15	2.890	2.908	2.879
Centre	8	1.070	1.077	1.070
Grand'Anse	7	504	486	479
Nippes	4	414	448	412
Nord	16	2.368	2.337	2.301
Nord-Est	6	634	624	620
Nord-Ouest	5	715	700	685
Ouest	50	8.163	8.356	8.364
Sud	10	996	1.130	1.131
Sud-Est	5	328	331	329
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>18.089</b>	<b>18.397</b>	<b>18.270</b>

#### 3.3.2 Taux de rétention par département

En se référant au graphique ci-dessous, le taux de rétention à 12 mois des patients enrôlés sous ARV s'établit à 73 % en 2014. Ce résultat traduit globalement une baisse substantielle de la performance des institutions depuis 2012. Avec 4 PPS sur 10, le département de l'Ouest (passant de 74% à 71% en 2014) a fortement influencé cette baisse du taux de rétention globale. Sur le plan spatial, il varie entre 64% (Nord-est) et 78% (Sud-est) au niveau des départements. Entre 2012 et 2014, le taux a considérablement augmenté dans le Nord-est (49% en 2012); mais ce résultat n'a pas permis à la région de gagner aucune place dans le rang des départements. A l'instar du Nord-est, seuls le Nord-ouest, la Grand'Anse et le Sud ont pu améliorer leur taux de rétention à 12 mois entre les deux enquêtes.

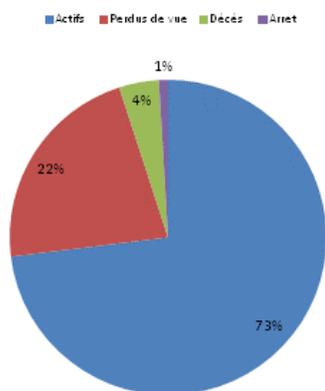
<sup>13</sup> On compte 117 nouveaux enrôlés rapportés par les 7 PPS non enquêtés ; soit 0.6% de toute la cohorte.



**Graphique 7.- Représentation graphique des taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte nette de patients enrôlés sous ARV selon le département entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2015**

Si l'on compare les deux dernières évaluations, le taux de rétention à 6 mois a légèrement augmenté, passant de 83% en 2012 contre 84% en 2014. Sur 10 patients enrôlés sous ARV au cours de la période, les Nippes ont pu retenir 9 après le premier semestre. La moitié des départements a obtenu un score supérieur à la moyenne nationale. Par contre les départements de l'Artibonite (80%) et du Nord-est (78%) ont les taux les plus faibles après les premiers 6 mois de traitement.

Comme nous l'avions constaté depuis la dernière enquête, les abandons et les décès représentent toujours les principales causes d'inactivité après une année dans le système de soins haïtien. En effet, un quart des patients placés sous ARV entre octobre 2012 et septembre 2013 a été soit perdus de vue (22%), soit décédés (4%) en 2014.



**Graphique 8.- Représentation graphique du statut des patients après 12 mois**

De la cohorte d'octobre 2012 à septembre 2013, 12.335 sont arrivés actifs à la fin des 12 premiers mois de traitement. De ce nombre, 39 patients, soit 2%, ont été observés soit sous régime

de première ligne de substitution (23), soit sous une combinaison de 2<sup>e</sup> ligne de traitement ARV (16). Ces 39 patients sont localisés pour la plupart dans le département de l'Artibonite et le Centre.

### 3.3.3 Taux de rétention par réseau

Selon les données présentées dans le tableau 4 ci-dessous, plus de la moitié des patients enrôlés au cours de la période octobre 2012 à septembre 2013 ont bénéficié des services fournis par des institutions regroupées à l'intérieur des deux plus importants réseaux. A eux seuls, GHESKIO et UGP/MSPP ont placé plus de 9.500 PVVIH sous ARV. Ils forment avec PIH (15% d'enrôlement en 2013), les trois géants en matière d'offre de soins et traitement aux ARV dans le pays. Sur les 14 réseaux répertoriés en 2013, sept, soit 50%, ont contribué à hauteur de 10% de l'effectif de la cohorte nette à 12 mois.

La performance en matière de rétention ne semble pas corrélée avec la capacité d'absorption du réseau. En se basant sur les données présentées dans le tableau 4, nous pouvons constater que CMMB, placé avec ICC au rang 4 des institutions ombrelles, a affiché, une fois de plus, les meilleurs taux de rétention à 6 mois (92%) et à 12 mois (84%) de traitement. Viennent ensuite, l'Université de Maryland avec un seul PPS, I-TECH et Pathfinder avec plus de 86% de patients actifs après le premier semestre. Seuls CDS et ICC n'ont pas réussi à garder 8 nouveaux enrôlés sur 10 après 6 mois.

En regard des résultats obtenus lors de la dernière enquête, tous les réseaux affichés sur le tableau (à l'exception de nouveaux : PATHFINDER et URC) ont un taux de rétention à 12 mois plus faible que celui de 2012. Cependant UGP/MSPP (74%) et GHESKIO (72%) ont pu améliorer leur capacité à garder un peu plus de patients après la première année de traitement. Avec respectivement moins de 200 patients enrôlés en 2013, les réseaux de faible capacité tels que FOSREF, POZ et World Vision affichent ensemble 76% de rétention en 2014. Confronté à des problèmes d'ordre social lié notamment à la migration des patients vers la République Dominicaine et organisationnel tel la faiblesse du système de référence contre référence, le CDS reste le réseau ayant perdu relativement plus de malades après la première année de mise sous traitement.

**Tableau 4. Répartition des taux de rétention à 6 et 12 mois pour la cohorte nette de patients enrôlés sous ARV au cours de la période octobre 2012 à septembre 2013 selon le réseau. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2015**

Réseau d'institutions	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients à 12 mois
Gheskio	84,8	71,7	5.193
UGP	83,9	74,0	4.334
PIH	82,2	75,3	2.810
ICC	79,5	64,1	1.188
CMMB	91,7	84,3	1.118
Pathfinder	85,8	76,9	1.005
URC	83,6	69,8	688
CDS	76,0	60,8	643
I-TECH	86,5	76,6	428
Université de Miami	81,1	67,6	373
Université de Maryland	87,2	77,9	253
Autres (FOSREF, WV, POZ)	85,4	76,4	237
<b>Ensemble</b>	<b>84,0</b>	<b>73,1</b>	<b>18.270</b>

### 3.3.4 Inactivité par département

Le tableau ci-dessous indique la proportion d'inactivité par département. Pour mieux l'interpréter, nous demandons au lecteur de considérer que pour chaque département le total des inactifs est réparti selon le motif d'inactivité en pourcentage. Ainsi plus de 8 patients inactifs sur 10 ont abandonné l'institution d'enrôlement avant 12 mois de traitement dans le pays, contre 15% de cas de décès. Le pourcentage de perdus de vue varie considérablement selon le département, soit 44% dans le Nord-ouest contre 89% dans l'Ouest.

**Tableau 5. Statut d'inactivité (%) après 12 mois sous ARV pour la cohorte nette de patients enrôlés au niveau des 10 départements entre octobre 2012 et septembre 2013, Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014**

Département	Arrêt	Décès	Perdus de vue
Artibonite	3	19	78
Centre	1	24	75
Grand'Anse	4	20	76
Nippes	6	14	80
Nord	6	20	74
Nord-Est	4	17	79
Nord-Ouest	31	25	44
Ouest	1	9	90
Sud	2	25	73
Sud-Est	1	26	73
<b>Total Haiti</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>82</b>

Les facteurs suivants ont été évoqués par les sites manager, les infirmières en soins ou même les DRO pour tenter d'expliquer l'inactivité des patients enrôlés sous TAR au niveau des institutions visités:

- Faiblesse du support psychosocial et nutritionnel;
- Frais de transport quasiment inexistant;
- Manque de motivation des prestataires consécutive à la baisse des salaires;
- Impossibilité d'identifier de manière unique les patients, ce qui réduit la marge de manœuvre des prestataires pour empêcher les malades à pratiquer le shopping médical;
- Enrôlement précoce des patients, surtout les femmes enceintes qui ne se montrent pas conscientes de leur statut de séropositivité;
- Faiblesse du volet communautaire, soit la démobilisation des Agents de santé au niveau de la plupart des institutions;
- Objectifs de mise sous traitement trop ambitieux;
- Réduction de l'effectif des prestataires;
- Décentralisation de l'offre permettant aux malades de se déplacer vers d'autres institutions sans l'aval des prestataires ;
- Faiblesse du système de référence et de contre référence, etc.

### 3.4 Taux de rétention par département

#### 3.4.1 Taux de rétention dans le département de l'Artibonite

Au niveau du département de l'Artibonite, le nombre de PPS éligibles à l'enquête a triplé entre 2011 et 2013. Les 15 institutions ont affiché un taux de 74% de rétention à 12 mois en 2014. Les valeurs extrêmes sont comprises entre 55% (CS de St Michel de l'Attalaye) et 96% (Hôpital Alma Mater). Appartenant au réseau le plus performant CMMB, le site de Gros Morne présente le taux le plus élevé à 12 mois sur le plan national<sup>14</sup>. Seulement la moitié des institutions a obtenu un score supérieur au standard minimal requis par l'OMS en matière de rétention en première ligne de traitement après un an sous ARV. Sur les 5 institutions faisant partie de l'étude, seul SSPE de St Marc n'a pas réussi à améliorer sa performance au cours de la période.

<sup>14</sup> En excluant le Centre Jeunes de Lalue et le Centre de Santé d'Anse à Foleur avec respectivement un et trois patients enrôlés au cours de la période.

**Tableau 6. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans l'Artibonite entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Hôpital Alma-Mater	99,1	96,4	111
Clinique Saint-Francois d'Assise	94,5	86,1	72
Hôpital Claire Heureuse de Marchand	91,3	80,7	161
SSPE de Saint-Marc	86,2	80,0	475
Mennonite Carnifice	80,0	78,9	19
Centre lakay de Saint-Marc	84,3	78,4	51
Hôpital Dumarsais Estimé	82,2	76,6	423
Centre de Santé K-Soleil	85,5	75,5	110
Centre de Santé de Marmelade	81,1	70,3	37
Centre Médical Charles Colimon	78,2	69,8	731
Hôpital Secours - Providence de Gonaïves	60,2	68,6	236
Dispensaire Sainte-Claire d'Assise	78,5	64,7	102
Centre de Santé Pierre Payen	81,1	64,5	186
Centre de Santé de Raboteau	84,9	64,4	73
Centre de Santé Saint-Michel de l'Attalaye	56,4	55,4	92
<b>Total Département</b>	<b>80,6</b>	<b>73,7</b>	<b>2.879</b>



### 3.4.2 Taux de rétention dans le département du Centre

Globalement le taux de rétention à 12 mois a baissé entre 2012 (82%) et 2014 (78%) dans le département du Centre. Selon les données présentées dans le tableau 6, le taux évolue entre 69% (Cerca la Source) et 82% (Lascahobas). Les trois institutions sélectionnées lors de la dernière étude (Boucan Carré, Hinche et Lascahobas) ont affiché des taux plus bas en 2014. Quoiqu'il soit

encore le plus faible en matière de rétention à court terme, l'hôpital Notre Dame de la Nativité de Belladère a fait un bond considérable entre 2012 (26%) et 2014 (70%).

**Tableau 7. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Centre l'Artibonite entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Hôpital la Colline de Lascahobas	87,0	81,8	181
Hôpital Universitaire de Mirebalais	85,0	80,9	220
Centre de Santé Saint-Michel de Boucan-Carré	83,8	79,1	67
Hôpital Bon Sauveur de Cange	85,0	78,8	113
Hôpital Sainte-Thérèse de Hinche	86,9	75,5	274
Centre de Santé de Thomonde	81,3	75,0	96
Hôpital Notre-Dame de la Nativité de Belladère	80,0	70,3	64
Centre de Santé de Cerca la Source	73,2	69,1	55
Centre de Santé de Maissade	ND	ND	ND
<b>Total Département</b>	<b>84,5</b>	<b>77,6</b>	<b>1.070</b>



### 3.4.3 Taux de rétention dans le département de la Grande Anse

Avec 7 institutions contre 3 en 2012, le taux de rétention à 12 mois des patients placés sous ARV est passé de 56% en 2012 à 71% en 2014. Au regard des cibles de la CT du PNLS, aucune institution n'a pu atteindre les 85 % de patients actifs après la première année de traitement. Pour redresser la situation dans la Grande Anse, les institutions telles que l'hôpital départemental, Klinik Pèp Bondye et AEADMA doivent faire beaucoup plus d'efforts en vue de combler l'écart par rapport aux autres institutions avec de faible effectif.

**Tableau 8. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans la Grande Anse entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Centre de Santé Sainte-Hélène	90,9	77,8	9
Klinik Pep Bondye	94,9	74,4	78
Hôpital Saint-Antoine de Jérémie	86,6	73,9	230
Centre Médico-Social de Gébeau	82,1	73,1	26
Centre de Santé de Pestel	79,6	67,3	49
Hôpital de la Communauté Dame-Marianne	72,2	62,0	71
Centre de Santé Sainte-Agnès de Beaumont	87,5	50,0	16
<b>Total Département</b>	<b>85,0</b>	<b>70,8</b>	<b>479</b>

### 3.4.4 Taux de rétention dans les Nippes

Dans les Nippes, seulement 3 institutions ont fait partie de l'enquête cette année. Pour un effectif de 412 patients enrôlés entre Octobre 2012 et Septembre 2013, trois quarts d'entre eux étaient encore actifs en 2014. La Clinique Béthel a pu stabiliser son niveau de rétention sur les deux dernières enquêtes sur la rétention. Pour sa première participation, Anse à Veau a affiché une performance significative. Cependant l'hôpital départemental a vu son taux baisser considérablement entre 2011 (88%) et 2014 (58%).

**Tableau 9. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans les Nippes entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Clinique Bethel de Fonds des Nègres	95,0	86,5	215
Centre de Santé Jules Fleury de l'Anse-à-Veau	90,6	79,2	53
Hôpital Sainte-Thérèse de Miragoâne	89,1	57,6	144
CAL de Petit Trou de Nippes	ND	ND	ND
Dispensaire Luc Guillaume	ND	ND	ND
<b>Total Département</b>	<b>92,4</b>	<b>75,5</b>	<b>412</b>

### 3.4.5 Taux de rétention dans le département du Nord

Selon les données affichées sur le tableau 9, le taux de rétention à 12 mois en 2014, dans les institutions offrant les ARV dans le

département du Nord, s'établit à 76%, soit le minimum standard exigé par l'OMS. Si l'on compare avec les données de la dernière enquête, le taux a connu une baisse de 6%. C'est la première fois depuis 6 ans que le Nord a vu son taux de rétention à 12 mois diminuer.

Les institutions les plus robustes affichent une performance supérieure à l'objectif (de 80% et plus) fixé par la Coordination technique du PNLS. Il s'agit notamment de Pignon (89%), Milot (83%), Limbé, Pilate (82%) et Fort St Michel (81%). Pour sa première rentrée dans la série, ce dernier a fait montre d'une certaine maturité à garder la plupart des nouveaux enrôlés sous ARV sous traitement après 12 mois. La moitié des institutions a atteint une performance supérieure au standard de l'OMS. Cependant trois institutions ont pu garder moins de 7 patients sur 10 sous traitement au cours de la période. Avec seulement 66% d'actifs, La Fossette reste l'institution la moins performante dans le Nord en 2014. Viennent ensuite Port Margot (67%) et l'hôpital départemental avec seulement 68% de patients actifs après les 12 premiers mois. Pour seulement deux mois de rapport, le CS de St Raphaël accuse une contre-performance record en matière de rétention sous ARV, avec une proportion de 20% de patients actifs.

**Tableau 10. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Nord entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014.**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Hôpital Bienfaisance de Pignon	97,6	89,3	84
Hôpital Sacré-Cœur de Milot	90,8	83,2	226
Hôpital Saint-Jean de Limbé	88,0	82,2	225
Hôpital Espérance de Pilate	86,1	81,6	152
Hôpital Fort Saint-Michel	93,5	80,9	277
Hôpital Grande-Rivière du Nord	90,0	79,7	138
Alliance Santé de Borgne	86,6	78,1	146
Dispensaire de Limonade	90,3	77,4	31
Hôpital Bon Samaritain	85,3	75,3	73
Clinique médicale Bethesda de Vaudreuil	85,4	74,6	252
CMP Progressio	81,0	74,4	39
Clinique Médico-chirurgical de Dugué	83,6	70,7	58
Hôpital Universitaire Justinien	81,1	67,6	373
Centre de Santé de Port Margot	76,9	66,7	39
Centre de Santé la Fossette	81,7	65,7	178
Dispensaire Saint-Joseph de Saint-Raphaël	100,0	20,0	10
<b>Total Département</b>	<b>86,9</b>	<b>76,2</b>	<b>2.301</b>

### 3.4.6 Taux de rétention dans le Nord-Est

Au niveau du département du Nord-Est, la situation s'est nettement améliorée en regard des résultats de la dernière enquête. En effet le taux de rétention à 12 mois est passé de 49% en 2012 à 64% en 2014, soit une augmentation de près de 30%. Si l'on se base seulement sur les deux institutions qui avaient contribué aux résultats de 2012, la performance du département est tout à fait considérable. A eux seuls, les PPS de Fort Liberté et Ouanaminthe retiennent, après un an, plus de la moitié des patients enrôlés entre le 1er octobre 2012 et le 30 septembre 2013. Pour sa première participation à l'étude, Trou du Nord (avec un actif pour deux enrôlés) a influencé très négativement le taux de rétention du département du Nord-est avec près du tiers des PVVIH enrôlés au cours de la période.

L'hôpital de Fort Liberté est parvenu à doubler son taux dans moins de deux ans. Ce résultat a été rendu possible grâce aux dispositions prises notamment par la contribution du staff de la CT du PNLS. Selon les responsables, on compte une quantité non négligeable de patients qui travaillent au niveau du parc de Caracol et de CODEVIE. Généralement les employés de ces usines n'ont pas droit à des jours de congé. De plus si les patrons les soupçonnent de leur statut séropositif, ils seront automatiquement renvoyés. Alors pour pallier à ce dilemme, le coordonnateur de l'institution a organisé une clinique spéciale pour cette catégorie de patients en week-end. Il faut avouer que cette disposition n'est pas sans risque de stigmatisation pour les patients, quoique cette possibilité soit écartée par le personnel soignant.

**Tableau 11. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Nord-Est entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Hôpital de Fort-Liberté	88,6	78,0	218
Centre de Santé de Terrier Rouge	84,2	73,0	37
Centre de Santé de Mont-Organisé	71,4	68,8	48
Centre Médico-social de Ouanaminthe	70,0	50,0	100
Centre de Santé de Trou du Nord	67,6	49,5	182
Centre de Santé de Mombin			
Crochu	91,4	74,3	35
<b>Total Département</b>	<b>78,0</b>	<b>63,9</b>	<b>620</b>



### 3.4.7 Taux de rétention dans le Nord-Ouest

Dans le département du Nord-ouest, jusqu'à la fin de 2013, l'offre du TAR est assurée par 5 PPS dont deux nouveaux : Anse à Foleur et Jean Rabel qui affichent la meilleure performance en matière de rétention à 12 mois des patients placés sous traitement. Pour les institutions majeures, seul l'hôpital départemental ne parvenait pas à améliorer sa capacité à garder des patients sous traitement à court terme. Ce qui a permis globalement au département d'afficher un taux de 74% en 2014.

**Tableau 12. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Nord-Ouest entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
<b>Centre de Santé Anse-à-Foleur</b>	100,0	100,0	3
<b>Hôpital Notre-Dame de la Paix de Jean-Rabel</b>	100,0	90,4	52
<b>Hôpital Evangélique de Bombardopolis</b>	92,9	85,0	167
<b>Centre Médical Beraca</b>	78,3	69,5	197
<b>Hôpital Immaculée Conception Port-de-Paix</b>	77,6	68,0	266
<b>Total Département</b>	<b>83,3</b>	<b>74,5</b>	<b>685</b>



### 3.4.8 Taux de rétention dans le département de l'Ouest

Avec ses 4.625 patients, le département de l'Ouest représente 45% de la cohorte nette de patients enrôlés sous ARV entre Octobre 2012 et Septembre 2013 dans le pays. Avec 71 % d'actifs après 12 mois de traitement, l'Ouest est l'un des départements les moins performants en 2014. Les taux affichés sur les tableaux 13A et 13B présentent un écart important entre les PPS. Si l'on écarte les Centres Jeunes de Lalue et de la Plaine du Cul de Sac, l'intervalle des valeurs est bornée à gauche par les Missionnaires de la Charité à Cité Soleil (36%) et à droite par le Centre Jeunes de Christ Roi (92%). Seulement près d'une institution sur 4 a pu atteindre le seuil de rétention de 85% fixé par la CT du PNLS. Avec près du tiers des patients enrôlés dans l'Ouest, les Centres GHESKIO et IMIS ont légèrement influencé le taux de rétention à 12 mois en 2014. En effet en excluant ces deux PPS de l'analyse, le niveau de rétention atteindra 72,3% contre 70,6% globalement. Il faut signaler que, cette année, GHESKIO a

amélioré sa performance en matière de rétention à un an sous ARV. Le taux est passé de 67% en 2012 à 70% en 2014. Certaines institutions intermédiaires telles que l'Hôpital Bernard Mevs, l'Hôpital Universitaire de la Paix et l'HUEH ont augmenté leur capacité à garder relativement plus de patients après la première année sous ARV, à l'exception de l'Hôpital Bernard Mevs.

**Tableau 13 A. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans l'Ouest entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Hôpital Adventiste de Diquini	90,3	80,6	31
Hôpital Bernard Mevs	78,3	60,5	494
Hôpital de Carrefour	85,3	75,5	155
Hôpital de Fermathe	84,8	79,8	99
Hôpital de la Communauté Haïtienne	81,6	70,9	141
Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH)	96,0	87,7	424
Hôpital Foyer Saint-Camille	87,2	77,9	253
Hôpital Nicolas Armand	81,3	75,0	48
Hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve	85,9	79,9	182
Hopital Saint-Damien de nos Petits Frères et Sœurs	73,3	64,8	165
Hôpital Universitaire la Paix	86,5	74,6	484
Hôpital Wesleyen de la Gonâve	85,7	81,0	105
Grace Children's Hospital	74,6	63,2	282
Centre Hospitalier d'Arcachon 32	89,5	82,2	152
Centre Hospitalier Sainte-Catherine Labouré (CHOSCAL)	70,8	52,8	161
Centre Hospitalier Eliazar Germain	97,6	92,1	165
Maternité Isaie Jeanty	81,5	67,9	252
Institut de Dermatologie et des Maladies Infectieuses	88,9	84,6	280
Institut des Maladies Infectieuses et Santé de la Reproduction (IMIS)	73,6	54,8	522
Les Centres GHESKIO	86,8	70,8	2.155
Sanatorium de Port-au-Prince	80,0	61,8	34
Sanatorium de Sigueneau	84,2	80,9	152
<b>Total Hôpital et établissements spécialisés</b>	<b>84,4</b>	<b>71,7</b>	<b>6.736</b>
<b>Total Département</b>	<b>83,8</b>	<b>71,2</b>	<b>8.364</b>

A l'aide des tableaux 13A et 13B, nous pouvons établir pour le département de l'Ouest, la comparaison entre les taux affichés pour les deux grandes catégories de PPS que sont les hôpitaux associés avec les établissements spécialisés et les centres de santé combinés avec les autres types d'institutions. Les données indiquent que les PPS de taille importante atteignent un niveau de performance supérieure à la moyenne du département en matière de rétention à 6 et à 12 mois. Cette tendance n'a pas été observée pour les institutions d'échelon inférieur. Les centres de santé affichent ensemble un taux de rétention de 69% après la première année de mise sous ARV, soit plus faible que celui des hôpitaux en 2014

**Tableau 13 B. Répartition des Centres de santé et autres types d'institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans l'Ouest entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014**

Institution	Taux rétention à 6 mois	Taux rétention à 12 mois	Cohorte nette de patients
Centre de Santé Petite Place Cazeau	84,1	76,2	63
CEGYPEF	90,5	77,5	40
Centre de Christ-Roi	92,3	92,3	13
Centre de Santé dela Croix des missions	84,6	77,1	48
Centre de Santé de Cabaret	72,2	52,9	17
Centre de Santé de la Croix-des-Bouquets	83,2	73,4	316
Centre de Santé de l'Espoir (FOME)	100,0	80,0	5
Centre de Santé Portail Léogâne	76,9	52,0	50
Centre de Santé Reproductive de ti Palmiste	75,0	75,0	4
Centre de Santé de Solino	72,7	69,7	33
Centre Jeunes de Delmas 19	83,3	69,6	23
Centre Jeunes de Delmas 33	87,5	87,5	8
Centre Jeunes de Lalue	100,0	100,0	1
Centre Jeunes Plaine du Cul de Sac	50,0	0,0	2
Centre Lakay de Pétiion-Ville	85,7	78,6	28
CEPOZ Centre Espoir	93,1	75,9	29
CHAPI	89,4	75,4	65
Clinique Communautaire de Delmas 75	100,0	90,3	103
Clinique Communautaire de Martissant	95,9	88,5	191
Clinique Saint-Paul de Montrouis	76,9	69,2	13
Centre de Santé ST Michel de Fontamara	84,1	63,6	44
Klinik Santé Fanm	73,5	51,5	33
Mennonite de Croix-des-Bouquets	74,3	51,1	137
Missionnaires de la Charité – Adultes	58,5	36,1	147
Oeuvres de Bienfaisance de Carrefour et de Gressier	72,7	72,7	11
POZ-Montrouis	69,9	65,8	111
SADA – Matheux	78,5	73,1	93
<b>Total Centres santé et autres types</b>	<b>81,3</b>	<b>69,4</b>	<b>1.628</b>
<b>Total Département</b>	<b>83,8</b>	<b>71,2</b>	<b>8.364</b>



### 3.4.9 Taux de rétention dans le département du Sud

Après le Sud-Est et le Centre, le département du Sud a réalisé le meilleur score en 2014 (voir graphique 1). Pour les 10 institutions listées dans le tableau 14, le niveau de rétention du département du Sud a atteint 77%. Avec plus de 80% de patients actifs après 12 mois, 6 institutions dans le Sud ont atteint respectivement un niveau de rétention à 12 mois qui dépasse la moyenne départementale. Avec 48% en 2014 contre 90% en 2012, la situation de l'HCR de Port Salut serait lamentablement détériorée en seulement deux ans. Cependant, en passant de 63% à 76%, l'hôpital départemental a contribué largement au redressement de la rétention dans le département du Sud.

**Tableau 14. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Sud entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Hôpital Lumière Bonne Fin	100,0	93,4	61
Centre de Santé de Quatre Chemins	88,9	88,9	27
Hôpital Sainte-Anne de Camp-Perrin	94,6	87,5	72
Centre de Santé Lumière (FINCA)	89,8	82,7	127
Dispensaire de Chantal	90,3	81,2	133
Dispensaire du Sacré-Coeur Charpentier	82,7	80,3	127
Hôpital Immaculée Conception des Cayes	87,9	76,0	383
Hôpital Saint-Boniface Fonds des Blancs	89,6	74,3	105
Centre de Santé Saint-Louis du Sud	60,0	60,0	5
Hôpital Communautaire de Référence de Port Salut	71,1	48,4	91
Centre de Santé de l'Île à Vache	ND	ND	ND
<b>Total Département</b>	<b>87,6</b>	<b>77,4</b>	<b>1.131</b>

### 3.4.10 Taux de rétention dans le département du Sud-Est

Avec ses 329 patients initiant les ARV au cours de la période, le département du Sud-Est est le plus faible sur le plan de l'enrôlement. Cette faiblesse semble être un atout dans la mesure où le Sud-est est placé au rang 1 en termes de performance en 2014 ; avec près de 8 patients actifs sur 10 après un an. Ayant regroupé à lui seul 60% des nouveaux enrôlés, l'hôpital départemental a atteint le minimum requis par la CT du PNLS. Avec 80% de rétention, l'Hôpital Saint Michel de Jacmel a permis au département de détrôner les Nippes de la première place du classement.

**Tableau 15. Répartition des institutions selon le taux de rétention à 12 mois et la cohorte nette de patients enrôlés dans le Sud-Est entre octobre 2012 et septembre 2013. Enquête sur la rétention des patients sous traitement antirétroviral, MSPP-PNLS, 2014**

Institution	Taux rétention à 6 mois (%)	Taux rétention à 12 mois (%)	Cohorte nette de patients
Centre de Santé de Bainet	89,7	81,6	38
Centre de Santé de Thiotte	78,1	81,3	32
Hôpital Saint-Michel de Jacmel	86,4	79,8	198
Centre de Santé de Marigot	72,2	72,2	36
Centre de Santé Emmanuel de Cayes Jacmel	73,1	64,0	25
Centre de Santé Saint-Joseph des Côtes-de-Fer	ND	ND	ND
Centre de Santé Belle-Anse	ND	ND	ND
<b>Total Département</b>	<b>83,4</b>	<b>78,1</b>	<b>329</b>

### 3.5 Limitation de l'enquête

Dans un souci d'alléger le travail de collecte jusque-là réservé exclusivement au DRO, l'Unité M&E du PNLS, en collaboration avec le PNUD, a utilisé cette année un outil synthétique qui requiert les données mensuelles agrégées. En conséquence, on n'a plus cette possibilité de mener des analyses selon les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe. De plus les paramètres cliniques tels que le poids, le niveau de CD4 et le stade Clinique des patients n'ont pas fait l'objet de collecte. Alors le rapport est basé seulement sur le niveau de rétention globale par institution et par département. En revanche, l'outil nous permet de désagréger le nombre de personnes actives à la fin de la période selon le traitement initial de 1ère ligne, le traitement de 1ère ligne de substitution et le schéma de 2e intention.

Dans cette version de l'enquête sur la rétention, la cohorte ne constitue plus seulement le nombre de patients nouvellement enrôlés sous ARV au cours de la période de référence. En fait, les malades qui, déjà sous ARV, proviennent d'autres institutions ont été ajoutés à la cohorte d'origine au niveau de l'établissement. Ce qui est susceptible d'influencer positivement la rétention institutionnelle.

### 3.6 Conclusion et recommandations

Si l'on se base sur le standard de l'OMS en matière de rétention de patients sous ARV après les douze premiers mois, on peut conclure que la plupart des institutions visitées a obtenu un score minimal acceptable. Mais si on inscrit les résultats dans une démarche stratégique globale, il faudra, à notre humble avis, penser à redéfinir le rôle de chaque acteur/opérateur dans une perspective de vision moderne et éclairée de la gouvernance du programme.

Cette mission de supervision des institutions ARV consacrées à l'analyse de la rétention des patients enrôlés sous ARV dans les 10 départements a permis de mettre en lumière les diverses causes profondes d'abandon du traitement.

Pour certains responsables, le problème de la rétention dans les départements est entretenu par un ensemble de facteurs sur lesquels il est quasiment impossible de mener des actions concrètes. Prenons par exemple les départements du Nord et du Nord-est, la situation des *résidents informels* de la République Dominicaine en quête permanente de quoi assurer la survie de leur famille ; nous pensons que nul ne peut les empêcher de faire le déplacement : ce qui pourrait contribuer à faire grimper le nombre de PVVIH ayant abandonné le traitement à un moment donné.

Ensuite la plupart des institutions fait face à ce que nous appellerions le « syndrome d'atteinte de résultats ». Dans cette perspective démesurée de grossir les chiffres, selon un responsable, « *on n'a plus de temps à perdre: toute personne dépistée positive est contrainte sans aucune forme de procès à être placée sous traitement. Les formalités antérieures telles que les séances de counseling, d'évaluation psychologique, les réunions de comité de sélection, pour ne citer que celles-là, ne tiennent plus. D'ailleurs on n'a plus de personnel pour tous ces préalables* ». Nous pensons que cette situation donne des résultats mitigés, sans substance; c'est à dire on a un effectif important d'enrôlés au début pour très peu d'actifs à la fin d'une période donnée.

Nous avons pu déceler également que certains réseaux ont le secret de maintenir une bonne performance sur une base régulière. Alors faudra-t-il prendre les dispositions nécessaires pour trouver d'autres sources de financement pour assurer la pérennisation des interventions à travers des avantages sociaux et le renforcement du niveau communautaire si nous voulons atteindre les 85% de rétention prôné par le PNLS. Nous devons organiser des ateliers départementaux et régionaux en vue de faciliter des échanges entre les opérateurs, et du coup faire des propositions susceptibles d'améliorer la rétention des patients sous traitement en vue d'une meilleure condition de vie de la population de PVVIH.



## 4. Modélisation de déperdition des cas dans la cascade PTME : le cas d'Haïti

Par Robert Philippe, démographe<sup>15</sup>

Plusieurs facteurs limitent la capacité des femmes enceintes VIH positives sous TAR à parcourir la cascade PTME avec succès. Le support social, la stigmatisation, la divulgation du statut, le soutien des partenaires, etc. sont parmi ces facteurs. Des études ont montré que ces facteurs ne peuvent pas être traités de manière adéquate seulement par les prestataires institutionnels. Certaines études (Marcos et al. 2009 ; Chinconde et al. 2009) ont souligné le rôle complémentaire des soins de santé communautaires (prestataires communautaires) dans la rétention des femmes enceintes VIH positives dans le programme PTME.

L'analyse des données disponibles sur la PTME en Haïti montre qu'il existe une déperdition des cas dans la cascade PTME qui compromet l'atteinte de l'objectif d'élimination. Selon les données de MESI en 2013, sur 6.138 femmes enceintes séropositives, 1.075 (18%) n'étaient pas placées sous prophylaxie.

En Haïti, Les causes de déperdition des cas dans la cascade PTME ne sont pas bien connues. Les barrières sociales et culturelles, la proximité et les frais de transport; la migration, l'intégration des différents programmes dans les structures sanitaires, etc. sont souvent cités comme des nœuds gordiens dans l'implémentation du programme PTME en Haïti.

Les évidences sur les causes de la déperdition des cas dans la cascade PTME sont rares en Haïti et même inexistantes. Ainsi, dans le cadre de l'appui au renforcement du programme PTME fourni à la DSF/MSPP, l'OPS/OMS, sous la direction de SEFIS, a réalisé une étude sur les causes de la déperdition des cas dans la cascade PTME en Haïti. Cet article fait une revue, non exhaustive de la littérature, présente un modèle de déperdition des cas dans la cascade et identifie les causes à chaque étape de la cascade.

Méthode et outils de collecte de données

Cet article est issu d'un rapport d'une étude transversale descriptive qui a permis de déterminer les causes de déperdition dans la cascade PTME en Haïti. Pour atteindre les objectifs de l'étude une approche mixte qualitative et quantitative a été adoptée. Les données qualitatives sont collectées à travers des groupes de discussion avec des femmes dans la communauté et des entrevues semi-structurées avec les case-managers et les agents de santé communautaire qui interviennent dans la PTME au niveau des PPS. En ce qui concerne les données quantitatives, elles ont été collectées à travers une revue des registres PTME et une enquête formelle auprès des femmes vivant avec le VIH qui étaient enceintes et perdues de vue entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31

<sup>15</sup> Robert Philippe est un consultant national qui a déjà contribué à la réalisation de plusieurs enquêtes pour le PNLS. Il est l'auteur de cet article et a été le consultant principal lors de la réalisation de l'étude opérationnelle sur la déperdition des cas dans la cascade PTME en Haïti conduite par la DSF et financée par l'OPS/OMS. Il partage avec le lectorat du bulletin ses réflexions sur une modélisation de la déperdition des cas dans la cascade PTME en Haïti.

décembre 2013. La revue de la littérature a été faite en utilisant Google.

Les données de l'enquête formelle auprès des femmes perdues de vue ont été collectées en mode électronique, en utilisant la technologie CAPI avec des tablettes et importées dans Stata pour analyse.

L'étude a été menée dans les quatre départements frontaliers d'Haïti partant de l'hypothèse que la majorité des cas de perdus de vue dans le programme VIH sont migrés en République Dominicaine. Ainsi 18 PPS des communes frontalières des départements dont 10 offrant la PTME et 8 n'offrant pas la PTME ont été sélectionnées pour faire partie de l'étude. L'analyse des données de MESI pour la cohorte 2013 a permis de projeter d'enquêter de manière exhaustive 104 femmes enceintes perdues de vue dans les 10 PPS offrant la PTME.

**Tableau 16. Répartition des PPS par département**

Départements	IS PTME	IS non PTME	Total
Centre	4	2	6
Nord-est	3	3	6
Ouest	2	2	4
Sud-est	1	1	2
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>18</b>

#### 4.1 Outils de collecte de données

Les outils de collecte de données ont été pré-testés afin de s'assurer qu'ils permettront de collecter les données nécessaires pour répondre aux objectifs de l'étude. Le tableau suivant présente les outils de collecte de données selon la méthode.

**Tableau 17. Outils de collecte selon la méthode**

Niveau	Méthode de collecte	Outils de collecte	Source de collecte	Total
Institutionnel	Revue des registres CPN/PTME	Grille de collecte (fichier Excel)	Registres	10
	Entrevue semi-structurée centre PTME	Guide d'entretien	Case manager et agents de santé communautaire	20
	Entrevue semi-structurée centre non-PTME	Guide d'entretien	Prestataire de soins	8
Communautaire	Enquête	Questionnaire structuré	Femmes séropositives perdues de vue	104
	Focus groupe	Guide focus groupe	Les femmes dans la communauté	8

Les données quantitatives ont été analysées avec Stata version 9.0 tandis que les qualitatives ont été faites par l'analyse de contenu. Les résultats de l'analyse descriptive se présentent sous

forme de simples tableaux de fréquences ou de graphiques. Les raisons données par les femmes pour l'arrêt du traitement sont décrites en termes de proportions parmi les femmes VIH+ enceintes perdues de vue.

#### 4.2 Revue de littérature

La prise des ARV par les femmes infectées par le VIH peut considérablement réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Des études antérieures ont démontré une réduction du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant de 25% à 2% chez les femmes enceintes VIH positives et chez les femmes allaitantes qui ont initié tôt les ARV (Connor et al. 1994; Cooper et al. 2002; Lallemand et al. 2004; Shapiro et al. 2010 cités par Tweya et al. 2014). Il est donc fondamental que les femmes enceintes se fassent dépister dès la première consultation prénatale pour réduire la transmission verticale.

Bien que les innovations biomédicales aient permis de prévenir la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant, le faible taux de rétention dans la cascade PTME continue de limiter l'impact des programmes, particulièrement dans les pays à ressources limitées. La grossesse et les soins de l'enfant constituent, pour les femmes dans le monde, les deux raisons majeures d'entrer en contact avec le système de santé (WHO, 2003). Les services proposant une démarche de PTME peuvent légitimement se poser comme un point d'entrée privilégié pour accéder aux services dont elles ont besoin à la fois pour améliorer leur santé et pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant (WHO, 2003). La rétention des patientes aux traitements ARV est un défi majeur pour les programmes PTME. Le taux de perdu de vue peut aller jusqu'à 68% dans certains pays (Sibanda et al. 2013).

Selon plusieurs études menées dans des programmes de prise en charge du VIH/sida, la perte de vue des patients sous traitement antirétroviral serait liée aux frais de consultation, aux coûts de transport, à la perte d'espoir dans le médicament, au manque de nourriture, à des atteintes psychiatriques et à une immunodéficience avancée (Brinkhof et al. 2009; Tuller et al. 2009; Maskew et al. 2007).

Plusieurs études ont illustré le problème de la déperdition des cas dans la cascade PTME. Les principales causes de déperdition des cas dans la cascade PTME identifiées dans une étude réalisée au Malawi (Tweya et al. 2014) sont : migration (38%), frais de transport (16%), effet secondaire (10%), manque de connaissance (éducation) sur l'initiation aux ART (10%) et effet secondaire (10%).

La déperdition des cas dans la cascade PTME est généralement très élevée et varie selon les pays. Dans une méta-analyse réalisée par Sibanda et al. (2013) dans 20 pays d'Afrique Sub-saharienne, 3 en Inde, 3 en UK et 1 multi-country, ils ont indiqué que le taux de perdu de vue varie de 11% à 68% entre la consultation prénatale et l'accouchement dépendamment du pays chez les adultes et de 4 % à 91% chez les enfants, trois mois après l'accouchement. C'est Malawi qui a eu le plus fort taux de perdu de vue (68%) tandis que l'Inde a accusé le plus faible taux (10.9%). Shetty et al. (2012) ont trouvé dans une étude réalisée

en Afrique du Sud en milieu urbain que le taux de perdu de vue chez les enfants après 6 mois est de 23%. Des études réalisées au Zimbabwe en milieu urbain (Shetty et al. 2012) et en Tanzanie dans un camp de réfugiés (Rutta et al. 2008) ont trouvé que 70% des femmes conseillées en pré-test ont accepté de se faire dépister pour le VIH et que seulement 65% ont reçu le résultat du test. Les auteurs ont estimé qu'environ 4% de patientes en soins prénatals étaient séropositives et non conscientes de leur séropositivité, soit parce qu'elles ne sont pas conseillées, ne sont pas testées ou n'ont pas reçu les résultats des tests. Cela se traduit par 22% du total des femmes séropositives qui bénéficient des soins prénatals qui ne sont pas notifiées de leur statut sérologique (Kasenga et al. 2008).

Il en résulte que toutes les femmes infectées au VIH vues en clinique prénatale ne reçoivent pas la prophylaxie antirétrovirale en prénatal. Il en est de même pour les enfants nés des mères VIH positives. Une étude réalisée en Haïti a indiqué que seulement 17% des nourrissons nés des femmes séropositives ont eu un suivi prénatal et reçu la prophylaxie antirétrovirale (Deschamps et al. 2009).

Plusieurs études ont identifié le manque de ressources humaines, matérielles, et les ressources financières (avec des ruptures de stock de kits de dépistage du VIH, ARV pour la prophylaxie ou le traitement à vie) comme un obstacle majeur à la mise en œuvre de soins intégrés dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Une étude réalisée en Zambie (Torpey et al. 2010.) a montré que des rémunérations données à des infirmières de façon supplémentaire parce qu'elles pourvoient des conseils aux femmes enceintes infectées, ont eu un impact négatif sur la PTME par rapport au boycott des infirmières sans rémunérations supplémentaires.

Certaines études (Moth et al. 2005 et Behets et al. 2009) ont indiqué que la confidentialité du conseil n'a pas toujours été atteinte en raison des portes qui sont restées partiellement ouvertes, des interruptions pendant le conseil et le manque d'espace. Plusieurs études (Rose et al. 2005) ont présenté des activités entreprises pour assurer la confidentialité de la consultation, par exemple la création d'espaces supplémentaires et la formation du personnel sur la confidentialité des patients.

Les normes sociales et la stigmatisation ont été décrites dans de nombreuses études comme une cause de moindre absorption des interventions en PTME, de refus du dépistage du VIH, et de préférence pour l'allaitement maternel, même lorsque les formules maternisées ont été fournies gratuitement.

Les perdus de vue constituent donc l'une des limitations les plus cuisantes dans la prise en charge des femmes enceintes VIH positives et demeurent un défi de taille dans la provision des services de PTME à chaque point de sa cascade.

Dans des études réalisées respectivement en Malawi (Manzi et al. 2005 et Kasenga 2008) et en Haïti (Deschamps et al. 2009), les auteurs ont affirmé que des femmes enceintes séropositives ne reviennent pas au centre parce qu'elles n'ont pas l'argent pour payer les frais de transport. Selon une étude réalisée en

Mozambique (Philip et al. 2011), 75 % des enfants exposés au VIH nés dans deux hôpitaux du pays n'ont pas bénéficié du test virologique de dépistage précoce : le PCR. Selon l'auteur, trois (3) causes expliquent cette déperdition : manque de connaissance des femmes sur la nécessité du test PCR ou de l'emplacement des services, manque d'intimité que ressentent les femmes au cours des séances de conseil (éventuellement stigmatisation et discrimination) et l'efficacité de la consultation et la capacité de suivre les nourrissons exposés au VIH et la pratique consistant à reporter l'initiation du dossier médical jusqu'au moment de la réalisation du PCR.

Une étude réalisée en milieu rural en Malawi (Bwirire et al. 2008) a permis de mettre à nu de nombreuses limitations culturelles, opérationnelles et communautaires susceptibles de compromettre l'acceptabilité de la PTME dans les structures de santé. Les trouvailles de cette étude qui ont amélioré les services de PTME en Malawi nous ont permis de mieux comprendre les causes majeures de perdu de vue chez les femmes enceintes séropositives dans les zones rurales de ce pays d'Afrique. Les femmes enceintes VIH positives en milieu rural en Malawi ne reviennent pas parce qu'elles ne se sentent pas préparées pour se faire dépister dès la première visite prénatale et sont obligées de le faire de manière coercitive, celle-ci a poussé les acteurs à intégrer les leaders religieux et communautaires dans les séances d'information, d'éducation et de communication visant à sensibiliser les femmes enceintes à se faire dépister; n'ont pas le soutien de leurs partenaires qui ne veulent pas se faire dépister et trouvent le temps d'attente trop long ajouté aux problèmes de frais de transport. Selon les auteurs, en Malawi, les femmes pensent que la PTME est bénéfique seulement à leur enfant car les ARV n'étaient pas disponibles pour elles. C'est ce qui a poussé les décideurs des régions subsahariennes à introduire les ARV depuis 2004 dans la prise en charge des femmes enceintes VIH positives. Le tableau suivant résume la revue de la littérature.



**Tableau 18. Résumé des causes de la déperdition des cas dans la PTME identifiées**

Auteurs	Pays	Population	Causes identifiées
<b>Bwirire et al. 2008</b>	Malawi (rural)	Femmes enceintes dans 25 cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas prêtes pour l'enrôlement au TART</li> <li>• Peur de stigmatisation et de discrimination</li> <li>• Manque de support nutritionnel</li> <li>• Allaitement artificiel</li> <li>• Temps d'attente</li> <li>• Frais de transport</li> </ul>
<b>Deschamps et al. 2009</b>	Haïti	650 femmes en PTME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais de transport</li> <li>• Proximité (distance)</li> </ul>
<b>Kalembo et Zgambo 2012</b>	Afrique Subsaharienne (9 pays)	Femmes enceintes en PTME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteur institutionnel</li> <li>• Peur du test VIH</li> <li>• Stigma et discrimination</li> <li>• Accouchement à l'hôpital</li> <li>• Facteur socioéconomique</li> </ul>
<b>Kasenga et al. 2008</b>	Malawi	75 femmes VIH+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais de transport</li> </ul>
<b>Manzi et al. 2015</b>	Malawi	3136 femmes en CPN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais de transport</li> </ul>
<b>Moth et al. 2005</b>	Kenya	133 femmes en PTME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confidentialité</li> <li>• Manque d'espace pour consultation</li> </ul>
<b>Philipp et al. 2011</b>	Mozambique	791 femmes VIH+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissance des femmes sur l'importance du test PCR</li> <li>• Confidentialité lors des séances de counseling</li> <li>• Efficacité de la consultation</li> </ul>
<b>Rose et al. 2015</b>	Afrique du Sud	7500 femme en postnatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confidentialité</li> <li>• Manque d'espace pour consultation</li> </ul>
<b>Torpey et al. 2010</b>	Zimbabwe	38 institutions PTME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incitatif données aux infirmières PTME</li> </ul>
<b>Tweya et al. 2014</b>	Malawi	229 femmes enceintes et allaitantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migration</li> <li>• Frais de transport</li> <li>• Effet secondaire</li> <li>• Sensibilisation et éducation sur le traitement</li> <li>• Etat de santé (très malade)</li> </ul>

### 4.3 Résultats

Un total de 58 femmes perdues de vue (PDV) en PTME a été retracé et enquêté avec succès sur 104 attendues, soit un taux de traçage de 56%. De plus, dix (10) cases managers, dix (10) agents de santé communautaire, neuf (9) responsables de PPS n'offrant pas les services PTME (7 médecins et 2 infirmières) ont été également interviewés avec succès et 83 femmes (tout statut confondu) ayant au moins un enfant ont participé aux groupes de discussion dans la communauté.

Le tableau 19 affiche la répartition des femmes enceintes perdues de vue enquêtées par institution sanitaire et par département. Les données ont été collectées du 2 au 20 mars 2015 par dix (10) enquêtrices formées sur l'utilisation de tablettes, la méthodologie et le questionnaire de l'enquête.

**Tableau 19. Répartition des enquêtées par PPS et par département**

Département	Institutions sanitaires	Nombre de PDV attendues	Nombre de PDV enquêtées	% retracé
<b>Centre</b>	Hôpital Universitaire de Mirebalais	14	14	100
	Centre de santé de Thomonde	4	2	50
	Hôpital Ste Thérèse de Hinche	11	2	18
	Hôpital la Colline de Lascahobas	12	2	17
<b>Nord-Est</b>	Cal de Trou Du Nord	9	2	22
	Hôpital de Fort-Liberté	13	3	23
<b>Ouest</b>	Centre Médico-social de Ouanaminthe	9	13	144
	CS de la Croix Des Bouquets	19	7	37
<b>Sud-est</b>	Maternité Isaïe Jeanty	11	9	82
	Centre de santé Thiotte	2	4	150
<b>Total</b>		<b>104</b>	<b>58</b>	<b>56</b>

La revue des dossiers consistait à consulter les registres CPN/PTME pour identifier le nombre de femmes enceintes perdues de vue pour la période janvier-décembre 2013 et pour constituer la liste des femmes à enquêter. Nous avons également consulté les rapports mensuels PTME (Janvier-décembre 2013) en vue d'avoir une idée de la performance des institutions sanitaires en PTME.

La collecte de données au niveau des registres PTME a permis d'avoir le nombre de cas de perdues de vue dans chaque institution sanitaire. En effet, un total de 179 femmes enceintes étaient perdues de vue pendant la période janvier-décembre 2013 dans les dix institutions sanitaires de l'étude.

Le tableau suivant donne la distribution des femmes enceintes perdues de vue en 2013 pour les institutions sanitaires retenues pour l'étude.

**Tableau 20. Répartition des femmes perdues de vues par PPS**

Département	Institutions sanitaires	Femmes enceintes PDV en 2013
<b>Centre</b>	Hôpital Universitaire de Mirebalais	31
	Centre de santé de Thomonde	4
	Hôpital Ste Thérèse de Hinche	9
	Hôpital la Colline de Lascahobas	15
<b>Nord-Est</b>	Cal de Trou Du Nord	27
	Hôpital de Fort-Liberté	29
	Centre Médico-social de Ouanaminthe	30
<b>Ouest</b>	CS de la Croix Des Bouquets	10
	Maternité Isaïe Jeanty	16
<b>Sud-est</b>	Centre de santé Thiotte	8
<b>Total</b>		<b>179</b>

Source : registre PTME des PPS.

### 4.3.1 Résultats des entrevues avec les institutions non PTME

Les institutions sanitaires non-PTME sont des institutions sanitaires qui n'offrent pas la prise en charge des femmes enceintes VIH positives. Nous avons interviewé les responsables de neuf (9) institutions sanitaires non-PTME pour avoir leur attitude vis-à-vis d'une femme enceinte vue en CPN suivant qu'il offre ou non le dépistage du VIH. Les prestataires des institutions sanitaires non PTME ont en général une attitude positive envers les femmes enceintes reçues en clinique prénatale par rapport à la PTME. Là où il y a le CDV (3/9), le dépistage est fait de façon systématique après counseling et tous les cas positifs sont référés dans une institution PTME pour la prise en charge. En absence de CDV (6/9), les femmes sont conseillées et référées dans une institution PTME pour le dépistage du VIH et de la syphilis.

### 4.3.2 Résultats des entrevues avec les institutions PTME

Au niveau des institutions PTME, nous avons interviewé le Case-Managers (pilier de la PTME) et un agent de santé communautaire. Les case-managers ainsi que les agents de santé communautaire sont conscients que la déperdition des cas est un problème majeur pour la PTME. Ils ont constaté que le taux de déperdition des cas dans la cascade PTME est plus élevé après accouchement surtout quand le premier test de diagnostic (virologique) précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson est négatif et après le dépistage par peur de stigma et discrimination. Les principales causes de déperdition des cas dans la cascade PTME selon les case-managers sont :

- Problèmes économiques ;
- Migration ;
- Effets secondaires ;
- Déni par peur de stigmatisation ;
- Déni du au résultat négatif du premier test de diagnostic (virologique) précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson.

Les case-managers interviewées ont réduit les faiblesses du programme PTME à deux problèmes : insuffisance de fonds et manque de ressources humaines affectées à la PTME

Les agents de santé communautaire ne sont pas nombreux à être formés en PTME. Seulement Quatre (4) d'entre eux sur neuf (9) ont reçu une formation en PTME. Ils sont rarement impliqués dans le système de référence et contre référence bien que ce système est rudimentaire et non standardisé, ils ne savent pas comment le système est organisé. Ils interviennent surtout dans la recherche des perdues de vue, dans l'éducation et la sensibilisation. Ils évoquent plusieurs difficultés rencontrées dans la recherche des patientes perdues de vue. Citons entre autres :

- Réticence des patientes à cause des effets secondaires et de manque de nourriture ;
- La distance et les frais de transport ;

- Confidentialité par rapport à leurs partenaires qui ne connaissent pas leur statut ;
- Adresse et numéro de téléphone erronés ;
- Manque de ressource pour la recherche de perdus de vue.

Selon les agents de santé les raisons évoquées par les femmes enceintes perdues de vue pour ne pas continuer le traitement sont :

- Effets secondaires des médicaments ;
- Déni et certaine croyance;
- Stigmatisation et discrimination ;
- Test négatif des conjoints et des enfants nés de mères VIH positives;
- Faible ou absence de frais de transport.

Les agents de santé ont constaté que les femmes enceintes sont perdues de vue surtout après le test de dépistage majoritairement puis après l'accouchement et enfin après le test PCR négatif de l'enfant ou le test négatif du conjoint.

### 4.3.3 Résultats des groupes de discussion

Nous avons réalisé huit groupes de discussions à raison de deux par département. Il y avait en moyenne dix participantes par groupe de discussion. Le tableau 7 affiche la distribution des participantes des groupes de discussion par département.

Tableau 21. Répartition des participants des focus groupes par département

Départements	Nombre de Focus Groupe	Nombre de participantes
Centre	2	30
Nord-est	2	19
Ouest	2	16
Sud-est	2	18

La plupart des participantes aux groupes de discussion sont des marchandes. Elles ont déclaré qu'elles ne vont pas régulièrement aux rendez-vous à cause du temps d'attente. Elles trouvent le temps d'attente trop long et accordent la priorité à leurs activités de commerce pour subvenir aux besoins de leurs familles.

Elles ont également critiqué le comportement négatif de certains prestataires qui ont l'habitude de faire passer en premier leurs amis et proches qui arrivent très tard à la clinique alors qu'elles ont fait le sacrifice de venir tôt pour prendre les premières places. Dès fois elles ont dû repartir sans voir le médecin. Elles ont expliqué qu'en général les médecins arrivent très tard et n'ont pas eu le temps de voir toutes les patientes. Quand nous les avons questionnées sur les raisons des visites prénatales, elles ont répondu que c'est pour protéger le bébé. La minorité des

participantes qui ne fréquente pas une clinique prénatale au moment d'une grossesse a évoqué les raisons suivantes:

- Peur d'être stigmatisée ;
- Peur du toucher vaginal ;
- Pour éviter de faire grossir le bébé (pour éviter césarienne) ;
- Pour cacher la grossesse (surtout les très jeunes).

Selon plusieurs participantes les services prénataux ne sont pas accessibles. Elles ont cités : temps d'attente trop longue, référence vers d'autres institutions sanitaires pour certains services (sonographie par exemple) et coût des services comme goulot d'étranglement de l'accès aux services de soin de santé maternelle. Selon les participantes des groupes de discussion les principales causes de pertues de vue pour la PTME sont :

- Stigmatisation et discrimination ;
- Déni ;
- Confidentialité ;
- Distance ;
- Temps d'attente ;
- Disponibilité des services ;
- Accueil ;
- Coût de transport.

#### 4.3.4 Résultat de l'enquête avec les femmes perdues de vue

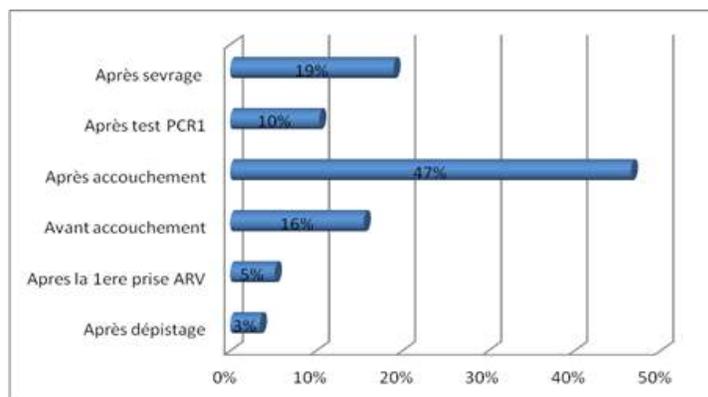
L'âge des femmes perdues de vue en PTME interviewées au cours de l'enquête varie de 18 à 50 ans. Leur âge moyen est de 29.6 (27.8 31.5) ans tandis que l'âge médian est de 30 [25 33]. Un pourcentage assez substantiel de femmes perdues de vue en PTME ne sait pas lire. En fait, 26% d'entre elles déclarent qu'elles ne peuvent pas lire une lettre. Environ 57% ont atteint le niveau primaire et seulement 5% d'entre elles ont terminé le cycle primaire. Les femmes perdues de vue en PTME sont majoritairement protestantes (45%). Elles sont catholiques seulement à 43%.

43% des femmes qui étaient perdues de vue en PTME ont l'habitude d'accoucher dans une institution sanitaire et 41% à domicile assisté par une matrone. En moyenne, 79% (46 sur 58) de ces femmes ont eu un test VIH dans le passé desquels 83% (39 sur 46) ont eu un résultat positif. Dès 39 femmes qui ont eu un résultat du test VIH positif, 97% étaient enrôlées en PTME pour la dernière grossesse.

Parmi les femmes enquêtées, 57% (33) connaissaient leur statut sérologique avant la dernière grossesse. De ces dernières vingt-six (26), soit 79%, savaient qu'elles étaient VIH positives. Paradoxalement, seulement 12 (46%) des 26 femmes qui connaissaient leur statut positif pour le VIH utilisaient une méthode de planning familial (PF).

La figure 3 affiche la proportion des femmes enceintes perdues de vue à chaque étape de la cascade PTME. Elle indique que la

plus forte proportion de la déperdition des cas dans la cascade PTME (47%) est faite après accouchement. Près d'un quart (19%) des cas de pertues de vue est enregistré après le sevrage tandis que 16% des cas sont observés avant l'accouchement.



Graph 9.- Pertues de vue dans la cascade PTME, Haïti 2013

Les résultats de l'analyse des données indiquent qu'une femme sur 5 (50%) n'a déclaré aucune raison spécifique d'arrêt du traitement ARV alors que 9% n'ont pas voulu répondre à cette question. Après avoir arrêté les visites cliniques, 55% des femmes qui ont abandonné le suivi clinique avaient reçu la visite d'un agent de santé communautaire ou une matrone. Il est important de souligner qu'une femme perdue de vue sur 5 (21%) a été à une autre institution sanitaire pour poursuivre la PTME. De plus, une forte proportion (71%) des femmes enceintes qui étaient perdues de vue durant la dernière grossesse en PTME confirment qu'elles sont actuellement actives sous ARV dans une institution de santé.

Tableau 22. Causes de pertues vu citées par les femmes

Causes de perte de vue dans la cascade PTME	
Institutionnelles	Communautaires
Déni	Frais de transport
Effets secondaires	Distance
Temps d'attente	Croyance
Confidentialité	Manque de nourriture
Accueil	Migration

Le tableau 23 ci-dessus affiche les raisons d'arrêt du suivi du traitement ARV exprimées par les 41% de femmes perdues de vue en PTME enquêtées. Les raisons citées par celles-ci ont été regroupées en deux catégories : institutionnelle et communautaire. Les femmes perdues de vue enquêtées ont cité plus d'une cause d'arrêt du traitement. Ce qui fait qu'on n'arrive pas à mettre un pourcentage de femmes par cause.

Le tableau 23 suivant présente les justifications d'arrêt du suivi clinique données par les femmes perdues de vue en PTME enquêtées. Il permet de voir que les problèmes économiques (frais de transport lié à la distance entre l'institution sanitaire et le lieu de résidence, nourriture) et le déni (dû à l'inefficacité du

counseling, éducation sur le traitement, croyance) sont les causes dominantes de d'arrêt du suivi clinique citées par les enquêtées.

Les causes de perte de vue identifiées par les case-managers, les agents de santé communautaires, les femmes dans la communauté et les femmes perdues de vue enquêtées ne sont pas différentes. Le tableau 23 donne les causes de perte de vue selon la source de collecte de données.

**Tableau 23. Causes de pertes de vues en PTME selon la source de collecte de données**

Source de données	Causes de PDV identifiées
Entrevues Case-managers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes économiques ;</li> <li>• Migration ;</li> <li>• Effets secondaires ;</li> <li>• Déni par peur de stigmatisation ;</li> <li>• Déni après test PCR négatif</li> </ul>
Entrevues Agents de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effets secondaires des médicaments ;</li> <li>• Déni et certaine croyance;</li> <li>• Stigmatisation et discrimination ;</li> <li>• Test négatif des conjoints ;</li> <li>• PCR négatif des enfants nés de mère VIH positives;</li> <li>• Faible ou absence de frais de transport.</li> </ul>
Focus Groupes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisation et discrimination ;</li> <li>• Déni ;</li> <li>• Confidentialité ;</li> <li>• Distance ;</li> <li>• Temps d'attente ;</li> <li>• Disponibilité des services ;</li> <li>• Accueil ;</li> <li>• Cout de transport.</li> </ul>
Enquête Femmes PDV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisation et discrimination ;</li> <li>• Déni et Confidentialité ;</li> <li>• Distance ;</li> <li>• Temps d'attente ;</li> <li>• Disponibilité des services ;</li> <li>• Accueil ;</li> <li>• Cout de transport ;</li> <li>• Déni après PCR négatif.</li> </ul>

35% de perte. Des 9.734 femmes enceintes VIH positives espérées, seulement 44% étaient identifiées, soit 4.283 femmes enceintes testées VIH+ en 2013. De ces dernières 3.634 étaient mises sous TAR. Il en résulte une perte avant l'enrôlement de 15%.

La figure suivante résume le modèle conceptuel. Elle affiche certaines réalisations en 2013 basées sur les projections de la DSF/MSPP et identifie les causes de la déperdition des cas dans la cascade PTME. Elle indique, selon les projections du MSPP de 2013, que 423.169 femmes enceintes étaient attendues (DSF/MSPP). La proportion de femmes qui a effectué au moins une visite prénatale est de 90% ; ce qui correspond à une estimation de 380.852 (EMMUS V, 2012). En comparant les données projetées pour 2013 et celles réalisées, les données de la figure montrent que 65% (248.605) des femmes enceintes vues en CPN ont été dépistées (MESI, 2013). Ainsi, 132.247 femmes enceintes vues en CPN n'étaient pas dépistées pour le VIH, soit

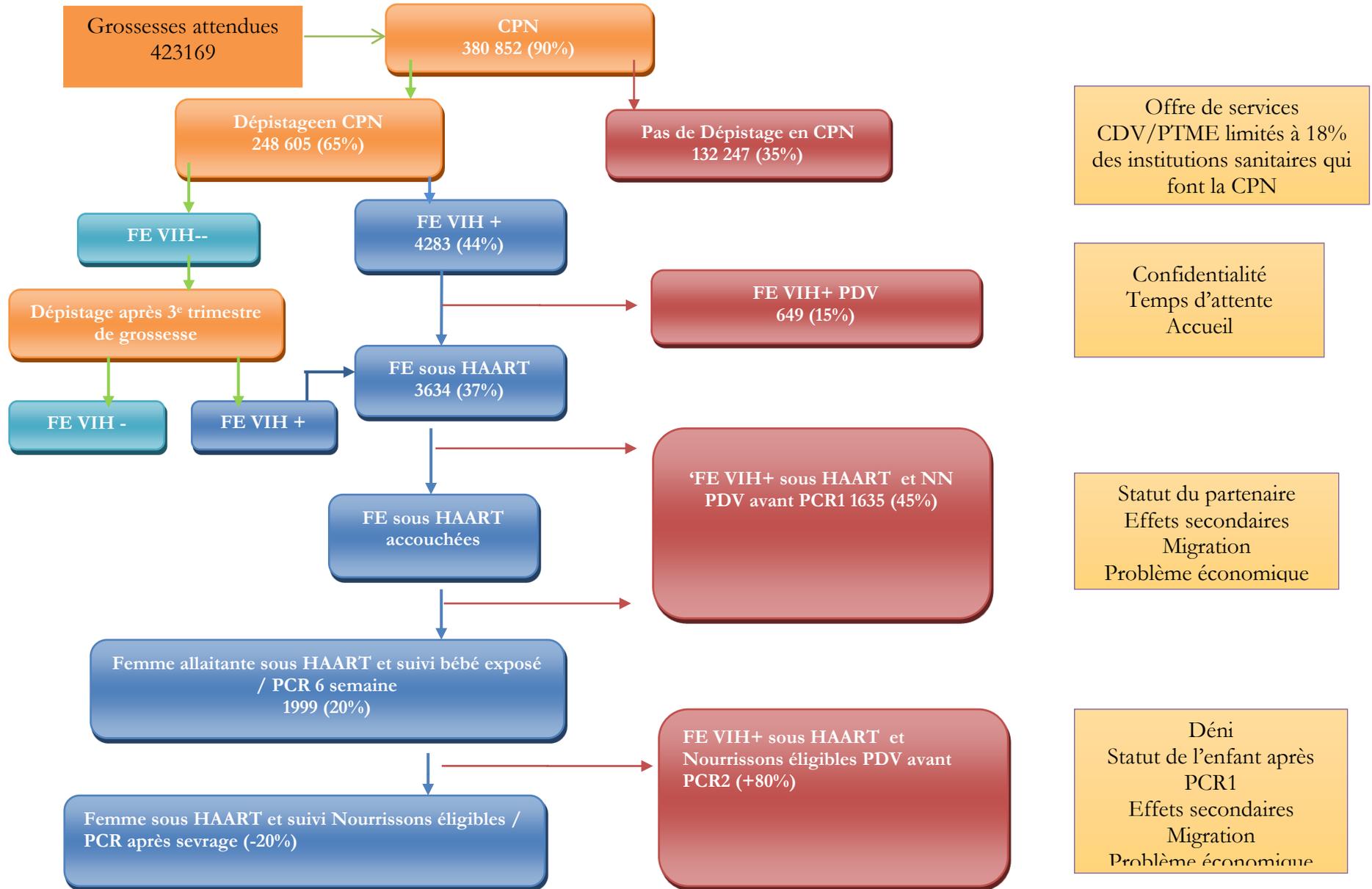


Figure 2. Cascade PTME

## 4.4 Conclusions et recommandations

L'analyse des données recueillies a permis d'identifier six causes de déperdition dans la cascade PTME. Il s'agit de problèmes économiques, éducation/sensibilisation, déni, effets secondaires, migration et facteurs institutionnels qui regroupent : temps d'attente, accueil et efficacité de la prophylaxie pédiatrique. Cette dernière, paradoxalement, est une cause de perdue de vue chez les femmes enceintes séropositives qui ont donné naissance à des enfants VIH négatifs. Des lors, elles pensent qu'elles ne sont pas réellement infectées (déni). Ces résultats ne sont pas différents des études sur les causes de pertues de vue dans la cascade PTME réalisées dans d'autres pays, particulièrement de l'Afrique. L'analyse des résultats obtenus nous a permis de formuler les recommandations appropriées pour la prise de décision.

### 4.4.1 Recommandation générale

Assurer une prise en charge holistique des femmes enceintes séropositives en leur offrant un paquet de services incluant, en plus de la prise en charge médicale, un accompagnement psychosocial et un appui dans la mise œuvre de petits projets générateurs de revenus.

De ce fait, nous regroupons les recommandations selon deux approches: une approche holistique et une approche multisectorielle :

#### Approche holistique

- Renforcer le counseling de ces femmes pendant le suivi prénatal ;
- Revoir leur plan de naissance à chaque visite ;
- Encourager l'accouchement des femmes en milieu hospitalier ;
- Renforcer le support psychosocial des femmes enceintes ;
- Diminuer le temps d'attente ;
  - Concevoir et mettre en application un plan de suivi des femmes enceintes infectées hors zone ;
  - Faciliter la référence puis le dépistage des partenaires des femmes enceintes infectées par le VIH ;
  - Renforcer la stratégie de relance de pertues de vue avec une emphase sur des visites domiciliaires ciblées ;
  - Renforcer le counseling postnatal avec un focus sur nouveau-né (Prophylaxie ARV, PCR1 et PCR2) ;
- Encourager le suivi post natal des femmes séropositives ;
  - Offrir les méthodes de planification familiale à toutes les femmes infectées en âge de procréer ne désirant pas devenir enceinte ;

- Encourager l'utilisation des méthodes PF de longue durée pour réduire le nombre de grossesse non désirée ;
- Offrir un paquet de soins intégré aux enfants nés de mères séropositives : vaccination, suivi de l'état clinique, du développement psychomoteur et de l'évolution staturo-pondérale ;
- Assurer le suivi des enfants nés de mères séropositives pendant 24 mois ;
  - Accentuer le dépistage des femmes enceintes pour le VIH et la syphilis au niveau institutionnel : les cliniques prénatales et les salles de travail et au niveau communautaire : des cliniques mobiles ciblées ;
  - Promouvoir la mise en place d'un programme de suivi des couples séropositifs qui désirent avoir des enfants pour leur permettre d'avoir des grossesses dans les meilleures conditions afin de réduire la transmission verticale ;
  - Initier un programme d'accompagnement des couples sérodifférents dans leur choix de désir de grossesse pour réduire la transmission du VIH. Le risque de TME étant corrélé à l'importance du déficit immunitaire et à la charge virale de la mère, il est important et nécessaires d'informer le couple des différentes solutions possibles, de leur risque de transmission virale, évalué au cas par cas en fonction de la situation médicale et psychologique de chacun.

### 4.4.2 Mobilisation communautaire

- Encourager les femmes enceintes à avoir un suivi prénatal (au moins 4 visites) ; à se faire dépister pour le VIH et pour la syphilis pendant leur grossesse et à accoucher en milieu institutionnel ;
- Encourager les matrones à référer et accompagner les femmes enceintes en milieu hospitalier pour leur accouchement ;
- Conseiller aux femmes enceintes de référer leur partenaire sexuel pour dépistage (VIH et syphilis) ;
- Réaliser des cliniques mobiles ciblées pour dépister beaucoup plus de femmes enceintes ;
- Avoir des clubs de pères pour mieux sensibiliser les hommes sur l'importance de la santé materno-infantile ;
- Faire l'approvisionnement communautaire des ARV aux femmes enceintes qui ne peuvent pas venir aux rendez-vous ;
- Intégrer les agents de santé communautaire polyvalents dans la relance des femmes enceintes pertues de vue et

aussi dans le renouvellement de l'approvisionnement communautaire des ARV.

#### 4.4.3 Approches multisectorielles

- Promouvoir une approche multisectorielle de l'eTME incluant tous les secteurs, étatiques et privés, concernés par la problématique du VIH/sida: santé, éducation, finances, transport, jeunesse, culture, condition féminine, justice, presse, droits humains, religieux etc. ;
- Avoir des activités innovatrices de microcrédit pour renforcer les capacités économiques des femmes VIH positives ;
- Avoir des associations de femmes séropositives avec des fonds mutuels susceptibles de supporter des activités génératrices de revenus (cantines communautaires, foires, micro entreprises) ou pour payer les frais de transport.

#### 4.4.4 Recommandations sur le rapportage des informations

- Assurer la complétude des dossiers sur l-santé ;
- Assurer la concordance des données sur MESI et celles des rapports mensuels envoyés au MSPP ;



## 5. Le saviez vous qu'il existe différents types d'épidémie sur la malaria?

Par Dr Edieu Louissaint<sup>16</sup>

**Alerte à Ferrace.** Ferrace est une localité de la commune de Beaumont dans le département de la Grande Anse. Ferrace, cette communauté isolée du pays a fait la une de l'actualité fin août et septembre 2015. En effet, Le samedi 22 août dans une émission radiophonique, sociopolitique très puisée au niveau du pays et de la diaspora haïtienne (émission ranmase, radio caraibesfm), le maire de la commune de Beaumont alerta l'opinion publique sur une situation sanitaire alarmante se développant dans la localité de Ferrace. Il fait état de plusieurs cas de décès dans un tableau clinique fait de fièvre, vomissements et d'autres signes cliniques non explicités. Situation que la population de la zone associe à la sorcellerie. Il y aurait une « Dame » dans la localité qui « mange les gens pour s'enrichir ».

**Interventions des Autorités sanitaires du MSPP.** À partir de ces informations la Direction sanitaire du département de la Grand'Anse s'est mobilisée. Une équipe s'est déplacée vers Ferrace, allant sur le terrain pour diagnostic et intervention. Et, déjà, le lundi 24 août dans l'émission « premyè okasyon, 5H00 AM » de la radio caraibesfm, le Directeur Général du Ministère de la santé, Docteur Georges Dubuche, parla d'une épidémie de malaria avec environ une centaine de cas et six (6) décès attribuables à cette pathologie. La coordination technique du Programme National de Contrôle de la malaria (PNCM), en pleine réflexion sur la stratégie d'élimination de la malaria dans le pays, s'est sentie troublée, interpellée, perplexe et se demande qu'est-ce qui peut se passer dans cette localité?

**Intervention d'urgence du PNCM et de ses partenaires.** Ce même lundi 24 août, la coordination technique du PNCM et ses partenaires décident de l'envoi d'une mission spéciale dans la Grande Anse en vue procéder à l'évaluation de la situation sur le terrain, d'en faire des recommandations et au mieux d'en apporter la réponse opportune. Les troubles sociaux découlant des résultats du premier tour des dernières élections législatives au pays ont retardé le déplacement de la mission vers la Grand'Anse. Ce qui a pu se faire en fin de semaine. Le premier septembre 2015, le coordonnateur du PNCM rejoint l'équipe de mission sur le terrain. Les niveaux techniques central et départemental conjuguent toutes leurs expertises. Les actions se multiplient, se renforcent,

L'épidémie ayant été confirmée, circonscrite (ferrace); des interventions d'envergure faites, la tendance de l'épidémie tend plutôt à se stabiliser, pas à disparaître.

<sup>16</sup> Dr Edieu Louissaint est coordonnateur technique sur la malaria à l'UGP/MSPP/PEPFAR. Il est l'interlocuteur de première ligne du PNCM au sein de l'UGP. Avant d'occuper ce poste, il a dirigé pendant longtemps en tant que chef de service de service suivi et évaluation de la CT du PNLS. C'est sous son leadership que le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida a été édité sous le format actuel un 1<sup>er</sup> décembre 2012. Nous lui disons du succès dans ce nouveau poste et un grand merci pour cet article. Nous espérons qu'il y en aura d'autres dans l'optique d'une franche et sincère collaboration entre les 3 programmes malaria, tuberculose et VIH/sida.

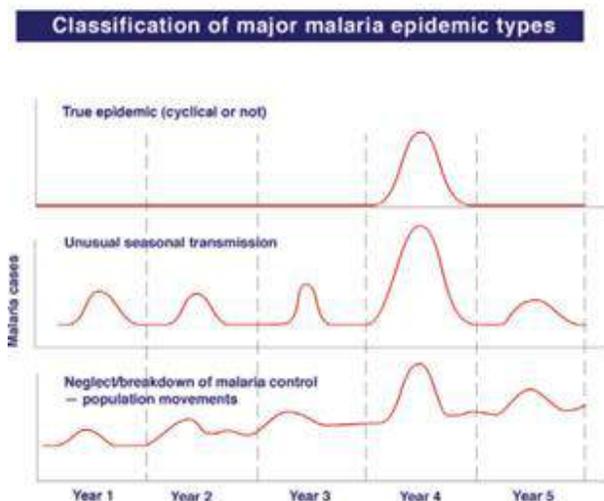
L'équipe du niveau central est revenue à la capitale aux termes d'une semaine d'investigation et d'action. Maintenant nous devons nous poser certaines questions autour de cette épidémie. Quelles en sont les potentielles causes? **Quel type d'épidémie est-ce?**

#### Présentation brève des différents types d'épidémie de malaria.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé OMS (page 130, Approche épidémiologique de la lutte contre le paludisme, guide des instructeurs, 2<sup>éd</sup>, organisation mondiale de la santé 2015), Il y a différents types selon la forme sous laquelle les épidémies se présentent. Les principaux types sont les suivants :

1. Véritables épidémies – flambées rares/cycliques dans des populations relativement peu immunes, liées à des anomalies météorologiques (principalement dans les zones arides et semi-arides);
2. Transmission saisonnière accrue - transmission variable mais relativement prévisible influencée par des variations dans les facteurs climatiques. Population vivant à une certaine altitude (et dépendant de l'éloignement par rapport à l'Équateur);
3. Interruption de la lutte – là où le paludisme est réapparu suite à une interruption des activités de lutte (non liée nécessairement à une situation d'urgence humanitaire) avec pour conséquence une augmentation de la transmission sur un mode épidémique.

Urgences humanitaires - transmission du paludisme exacerbée par des mouvements de population et une instabilité politique dans le pays. Peut inclure (1) et (2).



Graphique 10.- Types d'épidémie de malaria. Source : OMS, 2015

Les questions qui se posent :

- À quelle(s) figure(s) s'apparente(nt) l'épidémie de Ferrace?
- À Quel type d'épidémie sommes-nous en présence à Ferrace?

#### Un extrait du travail de terrain :

« L'équipe de la DSGA a décidé d'organiser un cordon sanitaire à Ferrace le 23/8/15 avec la participation de l'épidémiologiste départemental, de la coordonnatrice du programme malaria, de la responsable du programme de communication, brigadiers, techniciens sanitaires, médecins, infirmières ». Une intervention d'envergure majeure ou l'on a quadrillé la zone, tester toutes les personnes fébriles et leurs contacts non fébriles, puis traiter tous les cas positifs, même ceux n'ayant pas un tableau clinique de malaria. On a aussi entrepris des actions de sensibilisation sur la malaria dans la communauté, de prélèvements d'eau dans les gîtes et du traitement de certains gîtes larvaires. D'un autre côté la mission du niveau central a eu dans un premier temps à évaluer l'état des stocks d'intrants et « Un important lot de médicaments a été acheminé en urgence vers Jérémie (100 flacons de dextrose, 50 cathéter IV 18, 50 cathéter IV 20, 50 cathéter IV 24, 2000 comprimés de paracétamol 500mg, 200 flacons de paracétamol sirop) ».

Une fois arrivée au niveau du département, la mission centrale a choisi de regarder la situation malarique dans d'autres localités de la Grand 'Anse qui dans un passé récent ont connu une flambée de cas de malaria, en plus du focus systématique sur la localité de Ferrace. « Une vérification de données sur site (VDS) a également été faite. Elle consistait à vérifier les niveaux de concordance entre les données transmises à la DSGA et les données des registres de ces institutions. ».

En termes de synthèse du travail réalisé l'équipe du niveau central nous rapporte ceci avec ce tableau de référence

Tableau 23.- Situation des cas de malaria du 23 août au 02 septembre 2015 dans les zones d'épidémie (DDA)

Date	Localité	Nbre de cas testés	Nbre de cas positifs	Nbre de décès	Observations
23/8/2015	Ferrace	255	93	06	3 cas graves/93
28/8/2015	Lacadonie	93	1	0	
30/8/2015	Casanette	119	7	0	
31/8/2015	Au Centre	181	9	0	
01/9/2015	Casanette	120	8	0	1 cas grave/8
02/9/2015	Nan plaine	29	21	0	2 cas graves/21
	Lacombe	146	18	0	1 cas grave/18
	<b>Total</b>	<b>943</b>	<b>157</b>	<b>06</b>	<b>7 cas graves/157</b>

« Au total, du 23 Août au 02 Septembre, 943 patients ont été testés par les équipes mobiles du département. Parmi eux, 157 ont été trouvés positifs dont 7 graves. Un cas de décès a été noté ; il s'agit d'une femme enceinte âgée de 20 ans décédée pendant

son transfert à l'hôpital. D'autres cas de décès (5 au total) ont été rapportés à Ferrace. Nous n'avons pas été en mesure de confirmer les liens de causalité avec la malaria, mais le contexte ainsi que le tableau clinique fait de fièvre avec troubles de la conscience à type d'hallucinations voire coma, milite en faveur de cette affection, ... Les malades ne sont pas en mesure de se déplacer vers les équipes mobiles du fait de leur état de santé et du relief très accidenté dans la zone. ... L'équipe mobile n'est pas en mesure de faire du porte à porte du fait de la dispersion de l'habitat, du relief très accidenté et du nombre réduit d'agents qui la composent ».... Les zones visitées sont très isolées, d'accès difficile, sans infrastructure sociale et sanitaire de base. Les populations sont très pauvres et dépourvues de tout confort matériel. Il n'existe pas d'eau courante, pas d'électricité, ni école, ni dispensaire.... Les malades ne sont pas en mesure de se déplacer à cause du relief très accidenté avec des sentiers rocailloux, des pistes très étroites tracées entre des ravins de plus de 500 m de profondeurs.... ..L'intervention de l'équipe semble avoir endigué l'épidémie pour le moment. Toutefois, ce constat cache mal, la situation réelle ».

## Conclusion

Globalement au-delà de l'épidémie réelle de malaria diagnostiquée à Ferrace, il y a une situation frappante de pauvreté, de dénuement dans la zone. C'est une localité éloignée et enclavée avec absence de services sociaux, elle se trouve à plus de 600 mètres de hauteur, selon les dires des enquêteurs fraîchement revenus sur le terrain. Alors en attendant les résultats de l'analyse épidémiologique systématique et plus poussée pour discuter des hypothèses sur les causes de cette

épidémie, ne pouvons-nous pas risquer cette hypothèse que « **l'ignorance, la pauvreté, le phénomène el niño ne sont -ils en train d'influencer (design) la situation de la malaria en Haïti ?** ».

Ce sont là des pistes certaines de réflexion et de recherche pour le PNCM qui veut s'engager résolument vers l'élimination à partir de 2016 et que nous invitons le lectorat du bulletin de surveillance épidémiologique à nous aider à approfondir ces réflexions dans une optique de collaboration et de synergie pour l'amélioration de la santé du peuple haïtien!



## Chiffres nationaux

Tableau 24.- Indicateurs clés concernant l'épidémie d'infection à VIH de 2010 à 2015

Indicateurs	Source	Valeur
Prévalence du VIH	EMMUS V, 2012	2.20%
Nombre de PVVIH	Profil estimations / PNLs, 2015; ONUSIDA, 2015	150 000 [130 000 – 170 000]
Prévalence du VIH chez les TS	PSI, 2015 (rapport définitif)	8.70%
Prévalence du VIH chez les HARSAH	PSI, 2015 (rapport définitif)	12.90%
Nombre de PVVIH âgés de 15 ans et plus	Profil estimations / PNLs, 2015; ONUSIDA, 2015	140 000 [120 000 – 160 000]
Nombre estimé d'adolescents vivant avec le sida	Profil estimations / PNLs, 2015; ONUSIDA, 2015	10 100
Nombre de personnes recevant un TAR au 30 sept 2015	MESI (www.mesi.ht)	67 000
Nombre d'enfants recevant un TAR	MESI (www.mesi.ht)	2 800
Couverture des ARV pour la PTME (%)	MESI (www.mesi.ht)	78
Nombre estimé d'orphelins du sida	Profil estimations / PNLs, 2015; ONUSIDA, 2015	70 000 [50 000 – 120 000]
Nombre de nouvelles infections à VIH	Profil estimations / PNLs, 2015; ONUSIDA, 2015	7 800 [6 500 – 9700]
Nombre de structures fournissant un TAR au 30 sept 2015	MESI (www.mesi.ht)	129
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, 2015; ONUSIDA, 2015	45.00%
Taux de rétention ARV à 6 mois	PNLS, 2015	84.00%
Taux de rétention ARV à 12 mois	PNLS, 2015	73.10%
Proportion de TME en 2014	MESI (www.mesi.ht)	4.73%
Nombre de décès causés par le sida	Profil estimations / PNLs, 2015	3 500 [2600 – 4500]

# Coin des nouvelles

## Evaluation de l'ETME

Du 9 au 17 novembre 2015, Haïti, sous l'impulsion du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), a eu la chance de réaliser un diagnostic d'évaluation sur **l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH et de la syphilis congénitale**. Coordonnée par la Direction de la Santé de la Famille (DSF) et appuyée par la CTPNLS et le LNSP ; cette activité a été conduite grâce à l'appui technique de l'OPS/OMS et de l'UNICEF, en collaboration avec des partenaires, tels que: NASTAD, FNUAP, PIH, POZ, GHESKIO, CARRIS, ONUS/SIDA, et des Organisations de la Société Civile telles que ODELPA.

Il ne s'agissait pas d'une évaluation des effets et de l'impact, mais plutôt d'une évaluation programmatique à mi-parcours qui s'est basée sur un échantillon de 23 Institutions à travers 6 départements en vue de dégager des éléments permettant de faire le point sur l'élimination de la transmission verticale du VIH.

La méthodologie utilisée comporte quatre modules : 1) la vérification des données et l'évaluation de l'impact, 2) l'évaluation en laboratoire, 3) l'évaluation des programmes et services et 4) l'évaluation des droits de l'homme, de la parité hommes-femmes et de la participation des communautés. Les données y relatives ont été collectées par des équipes multidisciplinaires à l'aide de formulaires utilisés préalablement dans d'autres pays et adaptés au contexte national.

Une présentation des résultats avec les points forts et les points faibles ainsi que les recommandations a été faite suite à la mission à tous les acteurs du système, en particulier, en présence d'un représentant du cabinet du Ministre et d'autres Directions Centrales. En attendant la soumission du rapport final par les consultants. Engagés sur le volet, on est heureux de savoir que sur le plan des progrès, à l'instar des autres pays caribéens, Haïti est sur la bonne voie. Néanmoins, on doit poser les bases pour que dans les prochaines années, on atteindra les objectifs visés dans le Plan Stratégique National de l'Élimination de Transmission Mère-Enfant.

## Consultation nationale pour l'élimination de la stigmatisation et la discrimination

Les 23 et 24 Novembre 2015 à l'Hôtel " le Ritz Kinam de Pétiyon Ville Haïti a eu lieu la consultation nationale convoquée par le programme Justice pour tous de PANCAP, qui a le plein appui du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Cette consultation a été menée par l'Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour le VIH / SIDA dans la Caraïbe comme un moyen d'accélérer une réponse significative qui contribuera vers une "génération sans sida".

Trois rencontres ont eu lieu, avec les parlementaires, le secteur religieux et la société civile en vue de soutenir les efforts déployés par Haïti pour réduire la stigmatisation et la discrimination et à accroître l'accès à la justice pour tous dans la riposte au VIH dans le pays.

Parmi les objectifs plus spécifiques du programme Justice pour tous sur lesquels les échanges nationaux et régionaux ont été axés, citons:

1. Améliorer l'esprit de famille sous la forme de la solidarité nationale et régionale pour soutenir et prendre soin des personnes dans le besoin.
2. Améliorer l'accès au traitement, y compris aux médicaments abordables.
3. Réduire les inégalités entre les sexes, y compris la violence contre les femmes, les filles et les enfants.
4. Promouvoir la santé et les droits sexuels et de reproduction, dans le contexte de l'estime de soi.
5. Réaliser des réformes législatives pour modifier et abroger les lois répressives qui violent les droits de l'homme.
6. Fournir des objectifs et des indicateurs de suivi des progrès.
7. Se mettre d'accord sur une feuille de route dans les Caraïbes.
8. Préparer une déclaration qui devra être approuvée par les chefs de gouvernement des Caraïbes.

### Rencontre à Trinidad & Tobago

Du 28 au 30 Octobre 2015, a eu lieu à Trinidad & Tobago la troisième Conférence Régionale des Managers de Programme National de VIH/Sida des Caraïbes et de leurs Partenaires Clés. Cette Conférence fait suite au deuxième Forum Amérique Latine et Caribéen tenu à Rio de Janeiro, Brésil du 18 au 20 août 2015, où des stratégies ont été proposées pour atteindre les « **Cibles de 90-90-90** » en **prévention et discrimination** » sur le thème : « **Renforcement de la prévention du VIH pour renforcer le Continuum de soins et de prévention** »

Cette Conférence fait suite aussi au premier Forum Amérique Latine et Caribéen sur le « continuum de soins VIH/Sida » tenu à Mexico du 26 au 28 mai 2014, sur le thème : "**Du diagnostic au traitement efficace : optimiser les étapes du continuum des soins**".

L'objectif général de la réunion était de mettre à jour les directeurs de programme et leurs partenaires clés sur des engagements nationaux et régionaux, les progrès sur des stratégies mondiales actuelles, les nouvelles directives et identifier des moyens novateurs pour renforcer la riposte au VIH au niveau des Caraïbes. La réunion a permis le partage des informations et des meilleures pratiques, l'apprentissage par les pairs et la coopération technique entre pays pour renforcer l'appropriation, la meilleure harmonisation et la durabilité de la réponse au VIH dans les Caraïbes.

### Notes sur la Rencontre à Marrakech

Au cours de la semaine s'étendant du 17 au 20 Novembre 2015, s'est tenu à Marrakech au Maroc le premier Atelier international sur la Cascade de soins organisé par l'OMS/Genève.

Cette réunion de quatre jours, a réuni des représentants de 26 pays à travers diverses régions de l'OMS, identifiées selon leur charge de morbidité et pays prioritaires, en coordination avec les points focaux d'Information Stratégique (SI) régionaux de l'OMS eux-mêmes. En outre, le personnel de bureau de l'OMS des pays, les points de contact régionaux de SI du VIH, les M & E experts et praticiens ainsi que des partenaires clés comme l'ONUSIDA et GFATM et d'autres intervenants y ont pris part pour discuter de questions importantes sur le Suivi et l'Évaluation des soins et traitement du VIH, la cascade des soins du VIH et formuler des recommandations pour le développement continu des systèmes S & E des pays, l'amélioration et la planification du programme VIH.



## Références

1. Behets F et al. 2009. Reducing vertical HIV transmission in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: trends in HIV prevalence and service delivery. *AIDS Care* 21: 583–590.
2. Brinkhof MW et al. 2009. Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2009;4(6):e5790.
3. Bwirire L.D. et al. 2008. Reason for loss to follow up among mothers registered in a prevention of mother to child transmission program in rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 102(12):1195-200.
4. 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.
5. Chikonde J. R. 2009. The prevention of mother-to-child HIV transmission programme in Lilongwe, Malawi: why do so many women drop out. *Reproductive Health Matters* 2009; 17 (33): 143-151
6. Connor et al. 1994. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med* 1994; 331:1173-1180 [November 3, 1994](#) DOI: 10.1056/NEJM199411033311801
7. Deschamps MM et al. 2009. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Haiti. *Rev Panam Salud Publica* 25: 24–30.
8. Kasenga F et al. 2007. Home deliveries: implications for adherence to nevirapine in a PMTCT programme in rural Malawi. *AIDS Care* 19: 646–652.
9. Lallemand et al. 2002. Single-Dose Perinatal Nevirapine plus Standard Zidovudine to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Thailand. *N Engl J Med* 2004; 351:217-228 [July 15, 2004](#) DOI: 10.1056/NEJMoa033500
10. Manzi M et al. (2005) High acceptability of voluntary counseling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting. *Trop Med Int Health* 10: 1242–1250.
11. Marcos Y et al. 2012. Community strategies that improve care and retention along the prevention of mother-to-child transmission of HIV cascade : a review. *Journal of the International AIDS Society* 2012, 15(Suppl. 2): 17394
12. Maskew M et al. 2007. Lost to follow up: contributing factors and challenges in South African patients on antiretroviral therapy. *S Afr Med J*. 2007 Sep;97(9):853-7.
13. Moth IA et al. 2005. Assessment of utilisation of PMTCT services at Nyanza Provincial Hospital, Kenya. *SAHARA J* 2: 244–250.
14. OMS. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la Santé. Genève. Mai 2015.
15. OMS. 2015. Approche épidémiologique de la lutte contre le paludisme, guide des instructeurs, 2<sup>éd</sup>, organisation mondiale de la santé 2015.
16. OMS. Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes qui commencent un traitement antirétroviral - Document analytique (résistance du VIH aux ARV prétraitement). Genève. Juillet 2014.
17. PNCM. Septembre 2015. Rapport de mission : MISSION D'INVESTIGATION DE L'ÉPIDÉMIE DE MALARIA DANS LE DÉPARTEMENT DE LA GRAND'ANSE, septembre 2015 : Cadet, R. et Thior, M.

18. Rutta E et al. 2008. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in a refugee camp setting in Tanzania. *Glob Public Health* 3: 62–76.
19. Shetty AK et al. 2005. The feasibility of voluntary counseling and HIV testing for pregnant women using community volunteers in Zimbabwe. *Int J STD AIDS* 16: 755–759.
20. Sibanda E.L. et al. 2013. The magnitude of loss to follow-up of HIV-exposed infants along the prevention of mother-to-child HIV transmission continuum of care: a systematic review and meta-analysis. [AIDS](#). 2013 Nov 13;27(17):2787-97.
21. Torpey K. et al. 2010. Increasing the uptake of prevention of mother-to-child transmission of HIV services in a resource-limited setting. *BMC Health ServRes* 10: 29.
22. Tuller DM et al. 2009. Transportation Costs Impede Sustained Adherence and Access to HAART in a Clinic Population in Southwestern Uganda: A Qualitative Study. *AIDS Behav*. 2009 Mar 13.
23. Tweya et al. 2014. Understanding factors, outcomes and reason for loss to follow up among women in option B+ programme PMTCT in Lilongwe, Malawi. *Tropical Medicine and International Health*; volume 19 number 11 pp 1360 – 1366 November 2014.
24. WHO, 2003. Antenatal care in developing countries - promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. [Internet]. Geneva: WHO.2003 [cité 2010 Jun 16].
25. Rapport Mondial: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida en 2013, Genève, 2014
26. Rapport IBBS, MSPP/OHMaSS, Haïti, 2015
27. Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel, Rapport de situation, OMS 2011
28. EMMUS IV 2005-2006, MSPP-IHE et Macro International, Haïti, 2007
29. EMMUS V, MSPP-IHE et Macro International, Haïti, 2013
30. Rapport Mondial: Rapport de situation, OMS, 2011
31. Profil des Estimations et Projections en matière de VIH-sida en Haïti, MSPP/PNLS, Haïti, 2014
32. PSNM 2012-2015 avec extension à 2018, MSPP/PNLS, Haïti, 2015
33. Rapport de l'enquête de séroprévalence auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles, MSPP-IHE, Haïti, 2008
34. Rapport final de l'enquête de séroprévalence auprès des femmes enceintes dans les sites sentinelles en 2012, MSPP-IHE-NASTAD, Haïti, 2013
35. [www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)
36. <https://www.aidsinfo.unaids.org>

**Pour tous commentaires ou suggestions prière de** contacter l'unité M&E du PNLS à l'adresse e-mail suivante : [suivievaluation\\_ucp@yahoo.fr](mailto:suivievaluation_ucp@yahoo.fr)