



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION**

Programme National de lutte contre le Sida

**Déclaration d'engagement
sur le VIH/sida
Rapport de situation nationale,
Haïti mars 2016**



Global AIDS RESPONSE PROGRESS REPORT 2016

Coordination Technique du PNLS, mars 2016

Sommaire

Liste des abréviations.....	4
Liste des tableaux et des graphes	8
1. Introduction	10
2. Bref aperçu de la situation.....	11
2.1 Inclusion des différents intervenants dans le processus de rédaction du rapport.....	11
2.2 Statut de l'épidémie.....	12
2.3 Politiques et programmes de riposte.....	12
2.4.1 Prévention du VIH au sein de la population générale	17
2.4.2 Populations clés	17
2.4.3 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	20
2.4.4 Traitement Anti Rétroviral	21
2.4.5 Dépenses liées au sida	21
2.4.6 Genre.....	22
2.4.7 Stigmatisation et discrimination	22
2.4.8 Intégration des systèmes de santé	22
2.4.9 VIH et autres maladies	23
3. Description de l'épidémie.....	24
3.1 Situation épidémiologique de l'infection par le VIH dans la population générale	24
3.2 Situation épidémiologique de l'infection par le VIH dans des populations clés spécifiques.....	26
3.2.1 Femmes enceintes	26
3.2.2 Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes	27
3.2.3 Professionnelles du sexe	28
3.2.4 Détenus	29
3.3 Nouvelles infections.....	29
3.4 Nombre de personnes vivant avec le VIH et tendance évolutive.....	30
4. Riposte nationale au sida.....	31
4.1 Principaux résultats sur la prévention	31

4.2 Renforcement de la sécurité transfusionnelle.....	34
4.3 Contribution programmatique des agences onusiennes.....	35
4.4 Disponibilité de condoms en 2014 et 2015	39
4.5 Principaux résultats en soins et traitements	39
4.5.1 Soins pré ARV	39
4.5.2 Traitement antirétroviral	42
4.5.3 Co infection VIH/TB.....	43
4.5.4 Prévention de la transmission mère enfant.....	44
4.6 Lutte contre la stigmatisation et la discrimination	48
4.6.1 Analyse de la réponse nationale	49
4.6.2 Mesures correctives.....	50
4.6.3 Activités clés à entreprendre	50
4.7 Renforcement du système.....	51
5. Meilleures pratiques	52
5.1 Soutien du partenaire au sein du couple pour un meilleur suivi du traitement	52
5.2 Un conseil avisé d'un proche parent a sauvé une vie.....	54
5.3 Wide une adolescente courageuse.....	55
5.4 La force du mentorat dans la rétention et le suivi des patients sous ARV	56
6. Suivi et évaluation.....	57
6.1 Vue d'ensemble du système de management de données VIH/sida	57
6.2 Principaux défis.....	58
6.3 Solutions recommandées.....	58
7. Conclusion.....	58

Liste des abréviations

AES	Accidents d'exposition au Sang
ARV	Anti Rétro Viral
ASCP	Agents de Santé Communautaires Polyvalents
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDC	Center for Disease Control and prevention
CDI	Consommateur de Drogue Injectable
CDS	Centres pour le Développement et la Santé
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CMMB	Catholic Medical Mission Board
CNQD	Comité National sur la Qualité des Données en VIH/sida
CODEVI	Compagnie de Développement Industriel
CPN	Clinique Pré Natale
CPPEM	Conseil Proposé par le Personnel des Etablissements Médicaux
CRH	Croix Rouge Haïtienne
CT	Coordination Technique
CTX	Cotrimoxazole
DAP	Direction d'Administration Pénitencière
DDS	Direction Départementale Sanitaire
DSF	Direction de la Santé et de la Famille
DSNE	Direction Sanitaire du Nord Est
DSO	Direction Sanitaire de l'Ouest
EDS	Enquête Démographie et Services
EMMUS	Enquête Morbidité Mortalité et Utilisation des Services
ETME	Elimination de la Transmission Mère Enfant
EVITH	Eviter le VIH et sa Transmission
FESC	Femmes enrôlées en Soins Cliniques
FEESC	Femmes Enceintes Enrôlées en Soins Cliniques
FONDEFH	Fondation pour le Développement et l'Encadrement de la Famille Haïtienne
FM	Fonds Mondial
FOSREF	Fondation pour la Santé de la Reproduction et de la Famille
GARPR	Global AIDS Response Progress and Report

GHEKIO	Groupe Haïtien de Recherche sur le Sarcome de Kaposi et les Infections Opportunistes
HARSAH	Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
HASS	HIV AIDS Surveillance System
HESC	Hommes enrôlés en Soins Cliniques
HTW	Health through Walls
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Surveillance Survey
IAP	Indicateur d'Alerte Précoce
ICC	International Child Care
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
IHSI	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatiques
IHV	Institut on Human Virology
INH	Isoniazide
INHSAC	Institut Haïtien de Santé Communautaire
IO	Infections Opportunistes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITECH	International Training Education Center for Health
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MC	Mobilisation Communautaire
MESI	Monitoring Evaluation et Surveillance Intégrée
MINUSTAH	Mission des Nations Unies pour la Stabilisation d'Haïti
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NASTAD	National Alliance of State Territorial AIDS Directors
ND	Non Disponible
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OHMaSS	Organisation Haïtienne de Marketing Social pour la Santé
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS/OPS	Organisation Mondiale de la Santé / Organisation Panaméricaine de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PATFINDER	PATHFINDER International
PCR	Polymerase Chain Reaction

PEPFAR	President Emergency Plan For AIDS Relief
PMA	Pays Moins Avancés
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNST	Programme National de Transfusion Sanguine
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POZ	Promoteurs Objectifs Zéro sida
PPE	Prophylaxie Post Exposition
PPS	Point de Prestation de Service
PrEP	Prophylaxie Pré Exposition
PRISMA	Prise en charge Intégrée de la Santé de la Mère et de l'enfant dans l'Artibonite
PS	Professionnelles du Sexe
PSI	Programme Santé Information
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
REDES	Ressources et Dépenses relatives au Sida
SCMS	Supply Chain Management System
SDV	Services de Dépistage du VIH
SE	Suivi et Evaluation
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Humaine
SONAPI	Société Nationale des Parcs Industriels
SR	Sous Réciendaire
TAR	Traitement Anti Rétroviral
TB	Tuberculose
TME	Transmission Mère Enfant
TSO	Traitement de Substitution aux Opioides
UCP	Unité de Coordination de Programmes
UEP	Unité d'Etudes et de Programmation
UGP	Unité de Gestion de Projet
UM	Université de Miami
UNESCO	United Nation Educational Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Fund For Population Agency

UNICEF	United Nation Children’s Fund
URC	University Research Corporation
USAID	United State Agency for International Development
VBG	Violence Basée sur le Genre
VDH	Volontariat pour le Développement d’Haïti
VIH	Virus de l’Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux et des graphes

Figure 1. Schéma d'élaboration du rapport GARPR 2016.....	12
Tableau 1. Indicateurs de prévention du VIH au sein de la population générale. Haïti GARPR 2016.....	16
Tableau 2. Indicateurs de prévention du VIH au sein des PS. Haïti GARPR 2016.....	17
Tableau 3. Indicateurs de prévention du VIH au sein des HARSAH. Haïti GARPR 2016.....	18
Tableau 4. Indicateurs de prévention du VIH au sein des CDI. Haïti GARPR 2016.....	18
Tableau 5. Indicateurs de prévention du VIH au sein des détenus et des personnes transgenres. Haïti GARPR 2016.....	19
Tableau 6. Indicateurs de PTME. Haïti GARPR 2016.....	19
Tableau 7. Indicateurs du TAR. Haïti GARPR 2016.....	20
Tableau 8. Indicateurs de dépenses liées au sida. Haïti GARPR 2016.....	21
Tableau 9. Indicateurs de violence physique ou sexuelle. Haïti GARPR 2016.....	21
Tableau 10. Indicateurs de stigmatisation liée au VIH. Haïti GARPR 2016.....	21
Tableau 11. Indicateurs d'intégration du système de santé. Haïti GARPR 2016.....	22
Tableau 12. Indicateurs de co infection VIH/TB. Haïti GARPR 2016.....	22
Tableau 13. Indicateurs de co infection VIH/hépatite. Haïti GARPR 2016.....	23
Tableau 14. Indicateurs sur les autres IST. Haïti GARPR 2016.....	24
Figure 2. Distribution de la prévalence du VIH en 2012. EMMUS V.....	25
Graphe 1. Distribution de la prévalence du VIH en fonction de l'âge. EMMUS V. 2012.....	26
Tableau 15. Répartition de la prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes en visite prénatale suivant le groupe d'âges et le statut matrimonial. MSPP/IHE/NASTAD/LNSP, 2013.....	27
Graphe 2. Evolution de la seroprevalence chez les femmes enceintes. MSPP/IHE/NASTAD/LNSP, 2013.....	27
Figure 3. Cartographie de la prévalence du VIH chez les HARSAH en 2012 et 2014.....	28
Figure 4. Cartographie de la prévalence du VIH chez les PS en 2012 et 2014.....	28
Graphe 3. Représentation graphique des nouveaux cas d'infection à VIH entre 2007 et 2015 en Haïti. MSPP/PNLS, bulletin de surveillance épidémiologique. Décembre 2015.....	28
Graphe 4. Répartition des nouvelles infections par âge en 2013. MSPP/PNLS, ONUSIDA. Juillet 2014.....	29
Graphe 5. Estimation du nombre total de personnes décédées des causes liées au VIH/sida entre 2004 et 2014. MSPP/PNLS. Décembre 2015.....	30
Graphe 6. Répartition des cas VIH rapportés à la base de surveillance de 2008 à 2015. HASS/NASTAD. Premier trimestre 2016.....	32
Tableau 15. Répartition des cas VIH par année et par département. 2008 – 2015.....	32
Tableau 16. Bilan des activités de production de sang sur en 2014 et 2015, MSPP/PNST, Haïti, Avril 2016.....	33
Tableau 17. Répartition des nouveaux enrôlés en soins cliniques VIH/sida 2014 et 2015. WW.MESI.HT.....	33

Tableau 18. Activités liées au VIH réalisées par les Agences onusiennes en 2014 et 2015, Rapport des Agences, 2016.....	36
Tableau 18 a. Activités liées au VIH réalisées par les Agences onusiennes en 2014 et 2015, Rapport des Agences, 2016.....	37
Tableau 18 b. Activités liées au VIH réalisées par les Agences onusiennes en 2014 et 2015, Rapport des Agences, 2016.....	38
Tableau 18 c. Activités liées au VIH réalisées par les Agences onusiennes en 2014 et 2015, Rapport des Agences, 2016.....	39
Tableau 19. Disponibilité, vente et distribution de condoms en Haïti en 2014 et 2015. Rapport des Agences Onusiennes GARPR 2016.....	40
Tableau 20. Répartition des nouveaux enrôlés Répartition des nouveaux enrôlés en soins cliniques VIH/sida 2014 et 2015 par département. WWW.MESI.HT	41
Tableau 21. Répartition des nouveaux enrôlés sous CTX prophylaxie (pré ARV et ARV) en 2014 et 2015 par département.....	42
Tableau 22. Répartition des nouveaux enrôlés sous INH prophylaxique (pré ARV et ARV) en 2014 et 2015 par département.....	42
Tableau 23. Répartition des patients actifs sous ARV en 2014 et 2015. WWW.MESI.HT	43
Tableau 24. Répartition du total de co infectés VIH/TB en 2014 et 2015. WWW.MESI.HT	44
Tableau 25. Cumul patients VIH placés sous traitement anti TB en 2014 et 2015. WWW.MESI.HT	44
Tableau 26. Fréquentation des femmes en CPN au cours des années 2012, 2013, 2014 et 2015.....	45
Graphe 7. Représentation graphique du nombre de femmes enceintes vues en 1ere consultation prénatale entre 2012 et 2014 selon le département, MSPP-UEP, Rapport statistique annuel.....	46
Graphe 8. Représentation graphique du taux de séropositivité observée au niveau des cliniques prénatales entre 2008 et 2015.....	47
Tableau 27. Couverture de l'option B+ au niveau national entre 2012 et 2015, WWW.MESI.HT	48
Tableau 28. Couverture ARV chez les femmes enceintes séropositives en 2015. WWW.MESI.HT	48
Tableau 29. Couverture des tests de PCR et taux de TME pour les enfants exposés enregistrés en 2015. WWW.MESI.HT	49
Tableau 30. Répartition des ASCP en 2015.....	54
Tableau 31. Répartition des formations en 2014 et 2015. ITECH.....	54
Figure 5. Flux d'information du système de S&E du PNLS et du PNLT : Schémas de transmission des rapports du niveau périphérique au niveau central.....	58

1. Introduction

La République d'Haïti est située au niveau du tiers occidental de l'île d'Hispaniola qui est l'une des grandes Antilles de la mer des caraïbes. Elle est limitée au nord par l'océan atlantique, à l'est par la République Dominicaine, au sud par la mer des caraïbes et à l'ouest par le canal du vent qui la sépare de l'île de Cuba. Sa superficie est de 27,750 km² et sa population en 2015 est estimée à environ 10 911 819 habitants¹. Haïti est un pays à forte concentration démographique dont la densité de la population est estimée à 367 hab. /km². Le département de l'Ouest représente 37% de la population totale. Viennent ensuite, l'Artibonite 16% et le Nord 10%. Ces trois départements réunissent à eux seuls 60% de la population.

Sur le plan sanitaire, Haïti est le seul pays des Amériques dont la plupart des indicateurs de santé sont au rouge. Les taux de mortalité et de morbidité sont très élevés du fait d'une prédominance de maladies infectieuses comme le sida, la tuberculose, les diarrhées et les infections respiratoires aiguës chez l'enfant.

Sur le plan politique, Haïti est considérée comme un « Etat fragile » de par son incapacité à mettre en œuvre des politiques publiques axées sur le développement humain, sa mauvaise gouvernance, ses faiblesses institutionnelles chroniques, et sa faible capacité à faire face à différents types de catastrophes humanitaires, naturelles et autres. En d'autres termes, un « Etat incapable de répondre aux attentes de sa population ou de gérer l'évolution de ces attentes et des capacités disponibles par des processus politiques ». Aussi, ce qui peut paraître normal et faisable au niveau des autres Etats peut être in dans de pareils contextes. Les élections, par exemple, représentent un contexte très difficile en Haïti où les programmes de développement sont mis à rude épreuve. 2015, une année électorale, qui fait partie de l'une des années de l'objet de ce rapport n'a pas échappé à cette règle.

Sur le plan du développement humain, Haïti présente des caractéristiques qui sont celles des PMA :

- Un taux de chômage élevé associé à un sous-emploi chronique instituant une situation de misère extrême au sein de la population ;
- Un revenu moyen per capita inférieur à 905 dollars américains ;
- Un manque de ressources humaines qualifiées et compétentes, mesurées par des indicateurs relatifs à la nutrition, la mortalité infantile, l'enseignement secondaire et l'alphabétisation des adultes ;
- Une vulnérabilité économique élevée consécutive à l'instabilité et la faiblesse de la production et des exportations de marchandises et de services ;

La constitution haïtienne de mars 1987 confère à l'Etat l'obligation de garantir le droit à la vie, à la santé et au respect de la personne humaine à tous les citoyens sans distinction. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population est l'entité étatique qui a la responsabilité de la régulation et de la gestion du système de soins dans le pays. Trente pour cent (30%) des structures de prestations de services de santé du pays appartiennent à l'Etat haïtien. Le reste est sous la responsabilité d'un grand nombre d'Organisations Non Gouvernementales à vocation humanitaire, caritative ou religieuse.

C'est dans ce contexte macro et institutionnel qu'à évoluer le Programme haïtien de lutte contre le VIH au cours des années 2014 et 2015 et dont le pilotage est assuré par la CT du PNL. Le présent rapport fera état de l'avancement de la Riposte nationale face au VIH par rapport au suivi sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de l'Assemblée générale de l'ONU de juin 2011 au cours des années 2014 et 2015.

¹ http://www.ihsi.ht/produit_demo_soc.htm

2. Bref aperçu de la situation

Le processus d'élaboration du rapport GARPR 2016 a démarré un peu tard, au début du mois de mars 2016 à cause de circonstances atténuantes : difficultés logistiques, démarrage en même temps de l'enquête de rétention 2016. Les directives d'ONUSIDA Genève ont été émises cette année de manière tardive. Tenant compte de cette situation, la date de soumission a été reculée de 8 jours. Malgré le court délai, toutes les étapes dans le schéma ci-dessous ont été respectées.

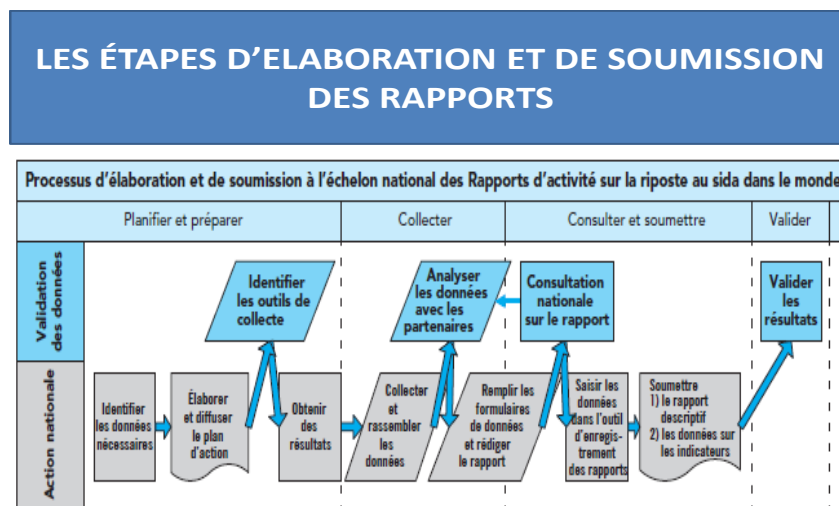


Figure 1. Schéma d'élaboration du rapport GARPR 2016

2.1 Inclusion des différents intervenants dans le processus de rédaction du rapport

Une note conceptuelle sur le développement du rapport GARPR 2016 a été préparée au niveau du service SE de la CT du PNLIS dans laquelle ont été identifiées les différentes tâches à exécuter, les délais, les responsables de l'exécution de ces tâches et un budget estimatif du coût de l'élaboration de ce rapport. En même temps, des échanges ont eu lieu avec ONUSIDA Haïti sur la faisabilité de cette note et la répartition/coordination du travail entre elle et la CT du PNLIS.

La rencontre de lancement du processus proprement dit a eu lieu à la salle de conférence de l'ONUSIDA le 8 mars 2016. Y ont pris part des représentants des institutions ombrelles de réseaux de soins, des ministères sectoriels, des associations de groupes, des agences des Nations Unies et des organisations de la société civile. Les échanges ont porté sur le contenu du rapport et leur contribution à son élaboration.

Deux types d'outils ont été conçus pour collecter les données non disponibles sur MESI et des informations sur la mise en œuvre de projets VIH au niveau des ministères sectoriels, des associations de groupes clés et des agences onusiennes impliquées dans la lutte contre le VIH en Haïti. Le premier a rapport à la collecte de données relatives à des domaines d'intervention de la liste d'indicateurs retenus pour le rapport GARPR et le second aux activités réalisées et aux résultats obtenus au niveau de certaines institutions, en particulier les ministères sectoriels.

Une rencontre de remplissage du formulaire « questions relatives aux politiques et aux programmes » a permis de faire le bilan des directives et des stratégies mises en œuvre au cours des années 2014 et

2016. Cela a mis en évidence les lacunes à combler en matière d'actualisation des normes, de directives et d'orientations stratégiques clés relatives à l'avancement de la Riposte nationale en fonction des nouvelles connaissances scientifiques, des directives combinées de l'OMS et des résultats programmatiques pays.

Le Comité Nationale de la Qualité des données CNQD a mobilisé ses ressources sur la validation de toutes les données incluses dans ce rapport GARPR 2016 et les réponses aux « questions relatives aux politiques et aux programmes » par les principaux acteurs de management en SE, des 3 plus grands réseaux de soins du pays et les agences onusiennes impliquées dans la lutte contre le VIH en Haïti. Suite à cette rencontre du CNQD, des modifications seront apportées sur les réponses déjà transmises à ONUSIDA sur les « questions relatives aux politiques et aux programmes » et des clarifications seront faites sur certaines données du tableau récapitulatif des indicateurs GARPR.

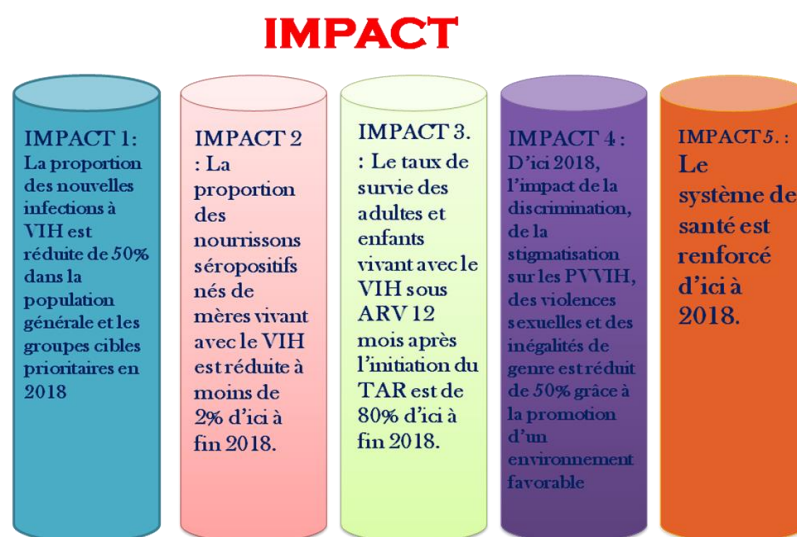
Ce rapport a été soumis aux Hautes Autorités du MSPP pour non objection et autorisation de son envoi à ONUSIDA Genève.

2.2 Statut de l'épidémie

L'épidémie à VIH en Haïti est toujours de type généralisé. Sa prévalence est de 2,2% [2,0%; 2,4%] chez les adultes de 15-49 ans, soit le même niveau de prévalence qu'en 2006². Cela est en faveur d'une stabilisation de l'épidémie en Haïti. On connaît actuellement les taux au niveau des groupes clés qui sont les HARSAH et les PS. Chez les HARSAH, elle est de 12,9%³ et chez les PS de 8,7%⁴.

2.3 Politiques et programmes de riposte

Haïti dispose d'un document majeur permettant de guider et d'orienter les parties prenantes sur les interventions à mettre en œuvre et les cibles à atteindre ; il s'agit du PSNM 2012 – 2015 révisé avec extension à 2018. Ce PSNM est articulé autour de cinq impacts qui sont :



² EMMUS V. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services. Haïti 2012.

³ Haïti VIH 2014 : surveillance biologique et comportementale utilisant la méthodologie *respondent driving sampling* auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. IBBS 2014. PSI/OHMaSS.

⁴ Haïti VIH 2014 : surveillance biologique et comportementale utilisant la méthodologie *respondent driving sampling* auprès des Professionnelles du sexe. IBBS 2014. PSI/OHMaSS.

- **Impact 1: La proportion des nouvelles infections à VIH est réduite de 50% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires en 2018.**

Il est important de noter que le premier impact couvre le champ de la prévention primaire et secondaire au travers de ces différents groupes d'interventions :

- **La communication pour la promotion de comportement à moindre risque et la promotion de l'utilisation des services de prévention;**
- Malgré la diminution massive des ressources financières relatives à cette activité, l'aspect prévention n'a pas été négligé. Des réunions de coordination ont été réalisées avec les dix Départements sanitaires qui ont reçu des Directives claires. Le programme a surtout travaillé avec les groupes clés.
- **Le dépistage volontaire institutionnel et communautaire;**
- Haïti dispose de directives actualisées sur les Services de dépistage du VIH qui s'adressent aux enfants, adolescents et populations clés. Les normes recommandent la priorisation des SDV et CPPEM. La dernière mise à jour date de mai 2015 et un addendum y a été introduit en septembre 2015 sur les groupes clés et les ASCP.
- **La promotion et la distribution ou vente de préservatifs masculins et féminins ainsi que des lubrifiants;**
- Environ 68.000 millions de préservatifs ont été distribués au cours de l'année 2015.
- **La circoncision masculine médicalisée**
- Malgré qu'elle soit indiquée dans le PSNM, il n'existe pas encore de programme de circoncision masculine en Haïti, ce qui constitue une lacune.
- **L'approvisionnement en sang sûr**
- Au niveau de cette intervention le financement a lui aussi été sujet à de profondes coupures car PEPFAR ne finance plus cet aspect de la réponse. La CT du PNL5 a dû accepter que l'on transfère une partie des fonds prévus pour la gouvernance pour supporter partiellement ce dossier.
- **La lutte contre le sida en milieu du travail**
- **La prévention de la transmission accidentelle par du matériel ou du sang contaminé en milieu médical, paramédical, et autres milieux professionnels et la prophylaxie post exposition (prévention de l'infection) en cas de viol.**
- La PREP n'est pas une stratégie d'intervention en Haïti présentement. Par contre la PPE existe et est proposée dans les cas d'AES et de violence sexuelle. Les médicaments recommandés par le manuel de normes dans la prise en charge des AES et de violence sexuelle sont pour les adultes le TDF/3TC/EFV et pour les enfants l'ABC/3TC.
- Concernant la santé reproductive, la majorité des PPS disposent de « premiers secours psychologiques ». La contraception d'urgence y est offerte. Mais conformément à la législation nationale, on ne fait pas d'avortement sans risque si une femme est enceinte suite à un viol.
- **La prise en charge des IST.**

- La dernière version du manuel de prise en charge des IST date de 2007. Des dispositions vont être prises avec l'OMS Haïti pour une révision prochaine de ce manuel.
- Haïti ne fait pas de suivi sur la résistance gonococcique et n'a pas encore inclus dans la définition de la syphilis congénitale les mortinaissances.

Les groupes cibles de ces différentes interventions sont Les jeunes de 15-24 ans, les couples stables de 15-49 ans, les LGBTI et particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les PS et leurs clients, les OEV.

Impact 2 : La proportion des nourrissons séropositifs nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 2% d'ici à 2018.

Globalement 4 champs d'action sont envisagés dans le cadre du PSNM pour s'assurer que cet impact soit atteint :

La prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer;

En ce qui a trait à ce volet, des campagnes de sensibilisation particulièrement chez les jeunes avec l'initiative ALL IN ont été réalisées

La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives par l'utilisation de méthodes contraceptives;

La planification familiale est une priorité pour le MSPP qui a mis en place depuis déjà plusieurs années un programme offrant des contraceptifs aux femmes en général et aux femmes infectées en particulier

La mise sous traitement ARV de toutes les femmes enceintes séropositives fréquentant les CPN pour diminuer le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et garder la mère en vie, telle qu'actuellement défini dans l'option B plus (B+) adoptée par Haïti;

L'option B+ est de mise en Haïti depuis 2012 à date. Le pays a choisi comme traitement de première intention chez les femmes enceintes séropositives le TDF/3TC(FTC)/EFV.

Le diagnostic précoce du VIH et la prise en charge précoce du nouveau-né né d'une mère séropositive.

Depuis 2008, le pays a introduit le PCR dans la prise en charge de l'enfant exposé au VIH. Le test se fait au niveau de deux institutions du pays :

Laboratoire National de Santé Publique et les Centres GHESKIO.

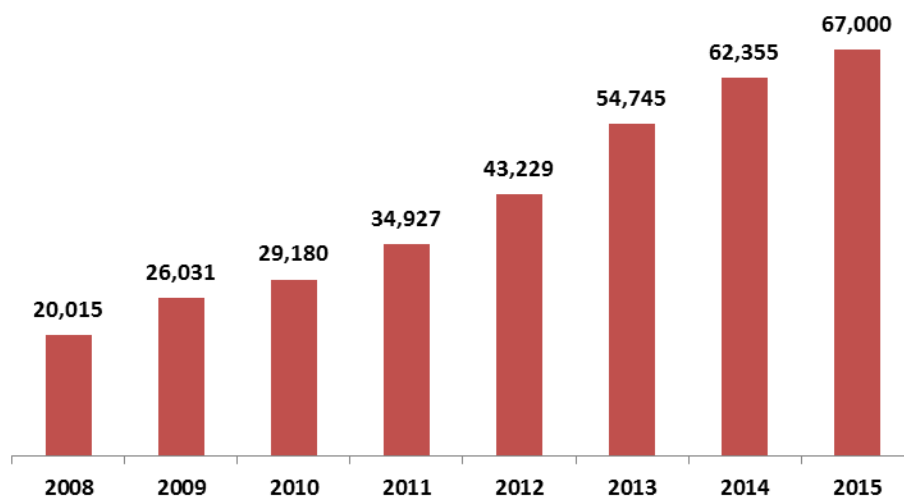
Les enfants exposés sont pris en charge avec de la ZT / ou névirapine suivant que la mère allaite ou n'allait pas. Si la mère arrive tardivement ou n'avait pas été suivie en clinique prénatale l'enfant sera placé sous trithérapie prophylactique jusqu'à la confirmation de son statut

Impact 3. : Le taux de survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TAR est de 90% d'ici à 2018.

Cet impact englobe les interventions portant sur :

La prise en charge médicale et psychologique des personnes infectées par le VIH dont l'assistance conseil individuel, l'assistance conseil pour les partenaires sexuels, la prise en charge des infections opportunistes, la prise en charge à l'ARV pour toutes les personnes éligibles, le suivi biologique de qualité.

NOMBRE DE PATIENTS SOUS TRAITEMENT DE 2008 A 2015



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

En matière de TAR, la dernière révision du manuel de prise en charge des adolescents et des adultes a eu lieu en novembre en fonction des directives combinées de l'OMS de juin 2013, celle relative à la PTME en mars 2012 et le guide pédiatrique en novembre 2015.

Au niveau des schémas thérapeutiques, Haïti privilégie les associations à dose fixe. Le D4T a été entièrement éliminé au cours de l'année 2015. L'association AZT/3TC (ou FTC)/ATV/r (ou LPV/r) est le TAR de 2^e ligne privilégié. L'abacavir (ABC) est le INTI privilégié pour commencer le TAR chez les enfants de plus de 3 ans (ABC+3TC) tandis que pour les 10 ans minimum c'est le (TDF+3TC(ou FTC).

L'évaluation de la charge virale n'est pas encore systématisée en Haïti et ce sont les femmes enceintes qui en ont la priorité pour l'instant. Ceci va être modifié complètement car les dispositifs sont en cours pour que la charge virale soit disponible au niveau des lieux de soins à partir d'octobre 2016.

En matière de prestation de services en Haïti, et particulièrement sur la rétention et l'observance, on utilise surtout des dispositifs de rappel, des SMS, des pairs-conseillers, des associations à dose fixe. Le suivi communautaire est en cours de systématisation. Faute de personnels formés, les thérapies cognitivo-comportementales ne sont pas encore en usage au profit de la rétention/observance

La prise en charge de la coinfection VIH/TB;

Le taux de patients séropositifs est de l'ordre de 20% et l'intégration TB VIH reste encore un défi. Le pays a implémenté cette stratégie à savoir:

- La prévention à l'INH pour tous les patients VIH+ ;
- L'intensification de la détection de tous les cas de TB ;
- Le contrôle de l'infection TB dans les structures sanitaires.

La prise en charge des OEV;

Ce groupe est pris en charge par les projets PEPFAR et FONDS Mondial.

La prise en charge psychosociale et l'intégration prioritaire des PVVIH et des familles affectées en difficulté dans les programmes sociaux et d'assistance publique supportés par l'État Haïtien et ses Partenaires Nationaux et Internationaux;

Quoique réalisée, cette prise en charge est limitée. Le programme est en train de préparer des normes qui permettront de mieux gérer les patients. Concernant les programmes seules les institutions comme PIH et FEBS se sont impliquées pour avoir une prise en charge globale de la personne infectée.

La communication pour la promotion et l'utilisation adéquate des services de prise en charge thérapeutique

Cette activité se réalise avec les départements sanitaires et avec les partenaires en communication.

La lutte contre la discrimination et la stigmatisation;

Malgré les efforts réalisés dans ce domaine, la stigmatisation et la discrimination demeurent très fortes au niveau de certains départements. Ce qui constitue un obstacle à l'avancement du programme.

Le soutien socioéconomique aux PVVIH et les actions de renforcement de l'autonomie des femmes et filles;

Avec la rareté des fonds le pays se trouve dans l'impossibilité de mettre sur pied des programmes sociaux permettant de soutenir les PVVIH et les groupes vulnérables.

Le support nutritionnel aux PVVIH.

Avec la nouvelle politique menée par les organismes comme le PAM les PVVIH sont de moins en moins supportés au niveau nutritionnel. Ce qui cause un problème d'adhérence au traitement

Impact 4 : d'ici à 2018, l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur les PVVIH, des violences sexuelles et des inégalités de genre est réduit de 50% grâce à la promotion d'un environnement favorable.

Au niveau de cet impact on observe très peu de résultats à cause du manque d'implication des autres secteurs.

Impact 5. : Le système de santé est renforcé d'ici à 2018.

Un cadre légal a été soumis au parlement par le gouvernement Martelly /Lamothe sans aucune suite Le MSPP dispose d'un document de politique et d'un plan directeur qui fixe les grandes orientations.

En matière de SE, Haïti dispose d'un plan combiné VIH/TB 2015 -2017 et un examen du système SE a été fait avant son élaboration.

La surveillance sérosentinelles se fait uniquement pour les femmes enceintes chaque 2 ou 3 ans. Elle n'est pas encore effectuée au niveau des groupes clés.

Au cours de la période 2014- 2015 aucune action n'a été menée en matière de pharmacorésistance et de toxicité. Cependant l'étude sur l'évaluation des indicateurs d'alerte précoce a été réalisée au cours de la dernière enquête de rétention des patients sous TAR en 2014.

Concernant la capacité réelle du système à agir de manière concertée en tenant compte de tous les déterminants de santé concernée dans la problématique du sida, de nombreux efforts doivent encore être faits.

Les autres ministères et entités sectorielles, devront désigner des points focaux actifs pour assurer la coordination et le développement des interventions sectorielles en matière de lutte contre le sida. L'évolution du programme vers les trois 90, 90, 90 en dépend.

La liste des indicateurs GARPR retenus par ONUSIDA sera présentée dans l'ordre tel qu'indiqué par les directives 2015 de l'ONUSIDA dans le « RAPPORT D'ACTIVITES 2015 SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE ».

2.4.1 Prévention du VIH au sein de la population générale

Ces indicateurs sont au nombre de 9. On n'a pas de valeur pour ceux sur la circoncision masculine puisqu'il n'y a pas d'interventions dans ce domaine en Haïti.

Tableau 1. Indicateurs de prévention du VIH au sein de la population générale. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Catégorie	Source de données
1.1	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	34,6	2012	F	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		27,6	2012	H	
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	13,4	2012	F	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		35,5	2012	H	
1.3	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	2,3	2012	F	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		24,8	2012	H	
1.4	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	43,2	2012	F	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		43,3	2012	H	
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	20,6	2012	F	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013
		12,5	2012	H	
1.6	Prévalence du VIH selon les données des cliniques prénatales	1,14	2015 (jan - déc)	F	www.mesi.ht
1.20	Incidence du VIH : Nombre de nouvelles infections pour 1000 personnes	0,83	2015 (jan - déc)	population gle	PNLS/ONUSIDA Estimations 2015
1.22	Prévalence de la Circoncision masculine			ND	
1.23	Nombre d'hommes circoncis selon le standard national en 2015			ND	

2.4.2 Populations clés

Ces indicateurs concernent les PS, les HARSAH, les consommateurs de drogues injectables et les détenus.

2.4.2.1 Professionnelles du sexe

4 indicateurs sont présentés dans le tableau ci-dessous. La population des PS est estimée au niveau des 5 plus grands départements du pays à 70 300 et la prévalence du VIH est de 8,7%.

Tableau 2. Indicateurs de prévention du VIH au sein des PS. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Catégorie	Source de données
2.1	Estimation de taille des Professionnelles du sexe	70 300	2014	PS	PSI-Haïti/OHMASS, 2014
2.2	Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	70,9	2014	PS	PSI-Haïti/OHMASS, 2014
2.3	Pourcentage de professionnelles du sexe ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	78,8	2014	PS	PSI-Haïti/OHMASS, 2014
2.4	Pourcentage de professionnelles du sexe vivant avec le VIH	8,7	2014	PS	PSI-Haïti/OHMASS, 2014

2.4.2.2 Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes

De même que pour les PS, 4 indicateurs sont retenus pour ce groupe. La population des PS est estimée au niveau des 5 plus grands départements du pays à 30 853 et la prévalence du VIH est de 8,7%.

Tableau 3. Indicateurs de prévention du VIH au sein des HARSAH. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Catégorie	Source de données
2.5a	Estimation de taille de la population des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	30 853	2014	HARSAH	PSI-Haïti/OHMASS, 2014
2.5	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel male	71,8	2014	HARSAH	PSI-Haïti/OHMASS, 2014
2.6	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	69,8	2014	HARSAH	PSI-Haïti/OHMASS, 2014
2.7	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	12,9	2014	HARSAH	PSI-Haïti/OHMASS, 2014

2.4.2.3 Consommateurs de drogues injectables

Aucune donnée n'est disponible sur ce groupe.

Tableau 4. Indicateurs de prévention du VIH au sein des CDI. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Catégorie	Source de données
2.8	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programme de distribution d'aiguilles et de seringues	Indicateur pertinent, mais cette catégorie en question n'a pas fait l'objet d'aucune étude importante en Haïti durant les deux dernières années.			
2.9	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel				
2.10	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection				
2.11	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH et qui en connaissent le résultat				
2.12	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH				
2.13	Pourcentage de personnes s'injectant des drogues qui reçoivent un traitement de substitution aux opioïdes (TSO)				

2.4.2.4 Détenus et personnes transgenres

Le tableau ci-dessous a le même reflet que le précédent.

Tableau 5. Indicateurs de prévention du VIH au sein des détenus et des personnes transgenres. Haïti GARPR 2016

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Catégorie	Source de données
2.14	Pourcentage de détenus qui vivent avec le VIH	Même remarque que pour les consommateurs de drogues injectables			
2.15	Pourcentage de personnes transgenres qui vivent avec le VIH				

2.4.3 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Les indicateurs PTME sont au nombre de 7. Le pourcentage déclaré de séropositivité d'enfants par le VIH par des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois est de 4,38%.

Tableau 6. Indicateurs de PTME. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Source de données
3.1	Nombre de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant	4 576	2015	MSP/PNLS, Rapport des sites PTME Estimations et Projections mises à jour en 2016
3.2	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs 2 premiers mois de vie	2 007	2015	MSP/PNLS, Rapport des sites PTME/ www.mesi.ht
3.3a	Pourcentage déclaré d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois (niveau programmatique)	4,38	2015	MSP/PNLS, Rapport des sites PTME/ www.mesi.ht
3.4	Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique	90,6	2015	MSP/PNLS, Rapport des sites PTME/ www.mesi.ht Estimation IHSI
3.5	Pourcentage de femmes enceintes fréquentant des cliniques prénatales (ANC) dont le partenaire a fait l'objet d'un dépistage du VIH pendant la grossesse		ND	
3.7	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH qui ont débuté une prophylaxie antirétrovirale à leur naissance (Programme)	90	2015	www.mesi.ht
3.9	Pourcentage de nourrissons exposés au VIH qui ont débuté une prophylaxie CTX dans les deux mois suivant leur naissance (Programme)	32	2015	www.mesi.ht

2.4.4 Traitement Anti Rétroviral

La couverture du TAR est de 45,9%. Cet indicateur sera amélioré quand Haïti aura actualisée ses normes de prise en charge par rapport aux directives de l'OMS de juin 2015. La rétention sous TAR à 12 mois est de 73,1%.

Tableau 7. Indicateurs du TAR. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Source de données
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et les enfants vivant avec le VIH	45,9	2015	www.mesi.ht MSPP/PNLS, Mise à jour Estimations 2015
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	73,1	2014	MSPP/PNLS, enquête sur la rétention des patients sous ARV, 2015 bulletin de surveillance épidémiologique VIH/sida numéro 11
4.2a	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 24 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	68	2014	MSPP/PNLS, rapport enquête sur la rétention des patients sous ARV, 2014
4.2b	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 60 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	54	2014	MSPP/PNLS, rapport enquête sur la rétention des patients sous ARV, 2014
4.3	Pourcentage de personnes recevant actuellement des soins liés au VIH			ND
4.4	Pourcentage d'établissements en rupture de stock de médicaments antirétroviraux	18,4	2015	Supply Chain Management System (SCMS Haïti)
4.5	Pourcentage de personnes infectées par le VIH chez qui le premier test de numération montre un nombre de CD4 < 200 cellules/ μ L en 2015	31,7	2015	NASTAD Haïti, 2016
4.6	Pourcentage d'adultes et d'enfants sous traitement antirétroviral dont la charge virale a été supprimé en 2015			Service non encore disponible dans le système
4.7	Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida en 2015	3 500 [2600 – 4500]	2015	MSPP/PNLS-ONUSIDA, révision 2015

2.4.5 Dépenses liées au sida

Le rapport sur le flux de dépenses liées au sida pour les années 2014 et 2015 est en cours d'élaboration. Il sera disponible à la fin du mois de Juin 2016.

Tableau 8. Indicateurs de dépenses liées au sida. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Source de données
6.1	Dépenses relatives au sida (en millions de \$ US).	A venir	2014	Rapport REDES en cours d'élaboration
			2015	

2.4.6 Genre

Un seul indicateur est retenu sur le genre ; il s'agit de la violence faite par un partenaire masculin sur une femme.

Tableau 9. Indicateurs de violence physique ou sexuelle. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Source de données
7.1	Proportion de femmes âgées de 15-49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	20,0	2005-2006	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2007
		14,7	2012	IHE, Macro Intl, EMMUS V, Haïti, 2013

2.4.7 Stigmatisation et discrimination

C'est un seul indicateur qui a été sélectionné et a rapport à la stigmatisation au sein de la population générale. Une enquête est en cours de réalisation sur la stigmatisation dans les milieux de soins auprès des prestataires de services. Les résultats préliminaires seront connus au début de juin 2016.

Tableau 10. Indicateurs de stigmatisation liée au VIH. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Source de données
8.1	Pourcentage de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Non » à la question : « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un épicier ou d'un vendeur si vous saviez que cette personne est atteinte du virus du SIDA ? »	57,7	2012	IHE, Macro Intl, EMMUS IV, Haïti, 2013

2.4.8 Intégration des systèmes de santé

On n'a pas de valeur pour le seul indicateur qui a été retenu.

Tableau 11. Indicateurs d'intégration du système de santé. Haïti GARPR 2016.

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Source de données
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre		ND	

2.4.9 VIH et autres maladies

2.4.9.1 Tuberculose

Tableau 12. Indicateurs de co infection VIH/TB. Haïti GARPR 2016

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Source de données
11.1	Nombre d'adultes et d'enfants atteints du VIH qui ont reçu une association d'antirétroviraux en accord avec le protocole de traitement approuvé au niveau national (ou les normes OMS/ONUSIDA) et qui ont commencé un traitement pour la TB (en accord avec les instructions du programme national pour la TB)	1 835	2015	www.mesi.ht
11.2	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en tant que pourcentage des nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH (pré-ARV et ARV)	8,9 (1895/21317)	2015	www.mesi.ht
11.3	Nombre de patients ayant débuté un traitement de l'infection tuberculeuse latente, exprimé en tant que pourcentage du nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH	86,6	2015	www.mesi.ht

2.4.9.2 Hépatite

Tableau 13. Indicateurs de co infection VIH/hépatite. Haïti GARPR 2016

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Source de données
11.4	Proportion de personnes recevant des soins liés au VIH qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B			
11.5	Proportion de personnes présentant une coinfection VIH/VHB qui reçoivent un double traitement	Services non disponibles dans le programme de soins et traitement		
11.6	soins liés au VIH qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite C (VHC)			
11.7	Proportion de personnes présentant une coinfection VIH/VHC diagnostiquée qui ont débuté un traitement contre le VHC			

2.4.9.3 Infections Sexuellement Transmissibles

Tableau 14. Indicateurs sur les autres IST. Haïti GARPR 2016

No	Indicateurs	Valeur	Période de collecte	Source de données
11.8	Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage de la syphilis (lors de n'importe quelle consultation)	88,5	2015	www.mesi.ht
11.9	Pourcentage de femmes fréquentant des cliniques prénatales qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis dont le résultat est positif	2,96	2015	www.mesi.ht
11.10	Pourcentage de femmes fréquentant des cliniques prénatales et porteuses de la syphilis qui ont reçu un traitement	88,1	2015	www.mesi.ht
11.11	Pourcentage de cas de syphilis congénitale déclarés			
11.12	Nombre d'hommes ayant souffert d'un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois			ND
11.13	Nombre de cas d'ulcération génitale déclarés chez des adultes au cours des 12 derniers mois			

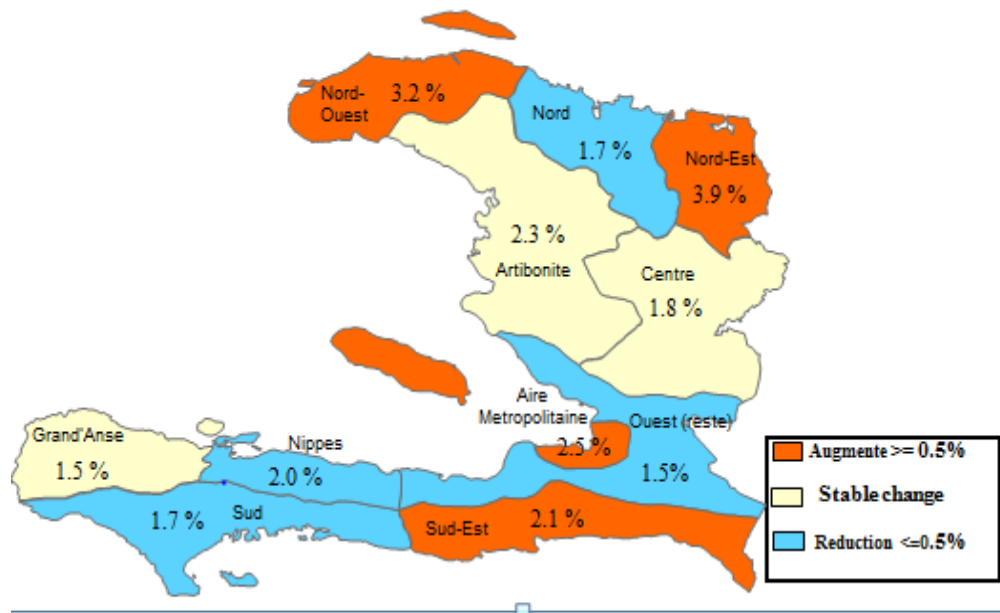
3. Description de l'épidémie

3.1 Situation épidémiologique de l'infection par le VIH dans la population générale

Haïti connaît une épidémie de type généralisée avec un taux de prévalence de 2.2% dans la population générale (EMMUS V, 2012). Ce niveau de prévalence chez la population générale est comparable à celle rapporté par l'EMMUS 4 en 2006 de l'ordre de 2.2% [1.8%; 2.6%] (EMMUS IV, 2006). Toutefois, une relative concentration de l'épidémie est observée dans les populations clés telles que les Hommes Ayant des Rapports Sexuels avec d'autres Hommes et les Professionnels du Sexe correspondant à une épidémie mixte.

Aussi, les résultats de l'EMMUS V (2012) ont montré des disparités de la séroprévalence du VIH d'un département à l'autre, oscillant entre 1,5% dans la Grande Anse et 3,9% dans le Nord-est. Outre le Nord-est, les prévalences les plus élevées sont observées dans le département du Nord-Ouest (3,2%), dans la zone métropolitaine du département de l'Ouest (2,5%) et le département de l'Artibonite (2,3%).

La figure 2 ci-dessous présente la distribution de la prévalence du VIH par département en 2012 avec un gradient de couleur selon le niveau de variation de la prévalence entre 2006 et 2012.



Source: EMMUS 2012

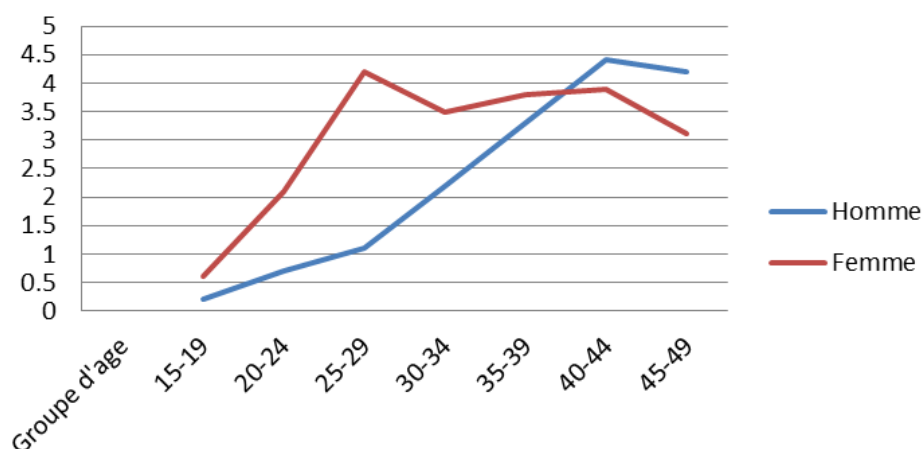
Figure 2. Distribution de la prévalence du VIH en 2012. EMMUS V.

Chez les adultes de 15-49 ans, la prévalence du VIH est significativement plus élevée chez les femmes 2,7% [2,2% ; 3,1%] que chez les hommes 1,7% [1,3% ; 2,1%] (EMMUS 5, 2012). Cela se traduit par un ratio d'infection femmes hommes de 1,59 mettant en évidence la plus grande vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH. De plus, il s'avère important de noter que le sexe ratio d'infection ne cesse de progresser à travers les années passant de 6 femmes : 1 homme (1988) ; de 1 femme : 1 homme (2010) ; de 1 homme : 1.4 femme (MESI.ht, 2015).

Cette différence liée au genre est aussi observée chez les jeunes de 15-24 ans avec un taux de prévalence de 1,3 % chez les jeunes femmes et 0,4% chez les jeunes hommes et parmi les 25 à 29 ans où le taux de prévalence des femmes (4,2%) représente presque 4 fois celui des hommes (1,1%)⁵.

⁵ Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti, numéro 11. Décembre 2015.

Distribution de la prévalence du VIH par groupe d'âge



Graph 1. Distribution de la prévalence du VIH en fonction de l'âge. EMMUS V. 2012

Par conséquent, les données présentées ci-dessus confirment une tendance à la féminisation de l'infection au VIH dans le pays : i) prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes à tous les groupes d'âge jusqu'à 40 ans, ii) croissance très rapide du taux de prévalence chez les jeunes filles, iii) prévalence nettement plus élevée (5,7%) – plus que le double de la moyenne nationale, parmi les femmes vivant dans les camps de déplacés. De plus, la comparaison des données des EMMUS IV et V montre que la prévalence du VIH chez les femmes est passée de 2,4% à 2,7% tandis qu'elle a régressé de 2% à 1,7% chez les hommes.

3.2 Situation épidémiologique de l'infection par le VIH dans des populations clés spécifiques

3.2.1 Femmes enceintes

Selon les données de surveillance sérosentinelles en 2012⁶, la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes était de l'ordre de 2,3%. En général, la prévalence de l'infection au VIH observée dans cette population augmente graduellement avec l'âge et ce schéma est quasi constant pour la totalité des sites. Elle passe de 1,8% pour les femmes de 15-19 ans pour atteindre les 3,2% parmi les 35-39 ans et pour redescendre à 2,35% pour les plus de 39 ans (EMMUS V, 2012).

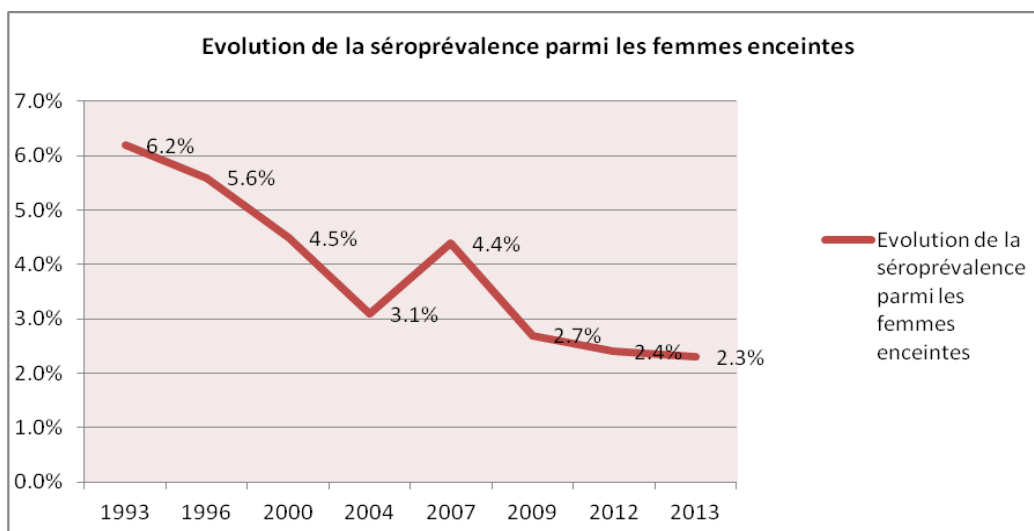
Par contre, elle est significativement plus élevée chez les femmes en union rompue (18,8%) que chez celles en union (2,2%) ou sans cohabitation (2,4%). Selon la même étude de surveillance sérosentinelles de 2012, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes est estimée à 5,8% [5,15% ; 6,48%].

⁶ MSPP, IHE, NASTAD, LNSP. Etude de séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence au VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en 2012. Février 2013.

Tableau 15. Répartition de la prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes en visite prénatale suivant le groupe d'âge et le statut matrimonial. MSPP/IHE/NASTAD/LNSP, 2013

CARACTERISTIQUES	Prévalence (%)	Nombre de femmes infectées	Nombre de femmes testées
Groupe d'âges			
15 – 19 ans	1,75	19	1 083
20 – 24 ans	2,28	44	1 928
Subtotal < 15-24 ans	2,09	63	3 011
25 – 29 ans	2,31	44	1 901
30 – 34 ans	2,45	32	1 306
35 – 39 ans	3,18	20	628
39 ans	2,35	5	213
Subtotal > 25-49 ans	2,50	101	4 048
Statut Matrimonial			
En union avec cohabitation	2,22	106	4 779
En union sans cohabitation	2,52	58	2 298
Ensemble	2,32	164	7 077

Par ailleurs, au cours de ces dernières années, les enquêtes sérosentinelles réalisées ont montré une diminution progressive du taux de séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes de 6.0% en 1996 à 2.3% en 2013⁷.



Graph 2. Evolution de la seroprevalence chez les femmes enceintes. MSPP/IHE/NASTAD/LNSP, 2013

3.2.2 Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes

Selon les résultats de l'étude de surveillance comportementale et biologique (IBBS-HARSAH, 2014), réalisée par PSI-OHMaSS/PNLS auprès de 1 446 participants repartis dans 5 départements

⁷ MSPP, IHE, NASTAD, LNSP. Etude de séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence au VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en 2012. Février 2013.

géographiques, la prévalence nationale de l'infection au VIH chez les HARSAH et transgenres est estimée à 12,9% [9,6% ; 14,9%]). Comme la première étude IBBS-HARSAH de 2012 où la prevalence était estimée à 18,1 % [15,6% ; 20,6%], les prévalences des deux (2) études présentent des fortes disparités d'un département à l'autre comme le montre la figure ci-dessous :

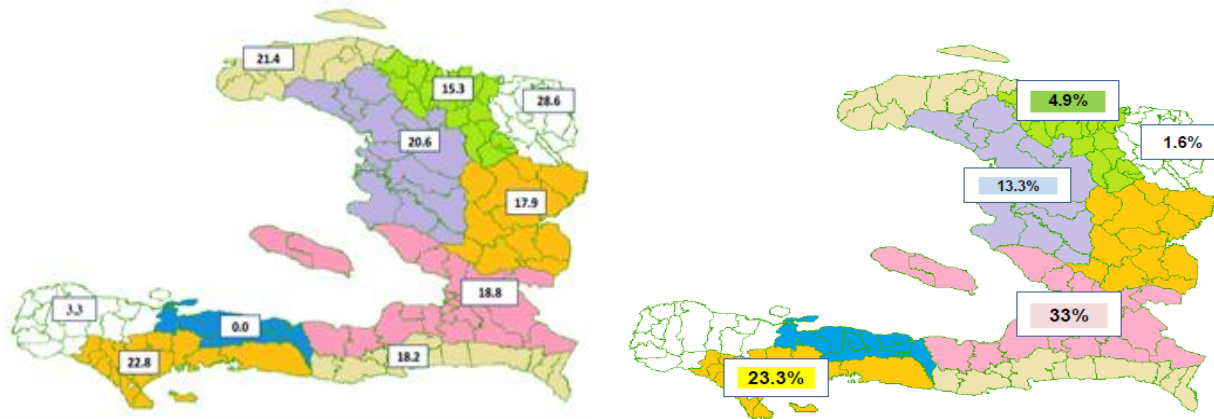


Figure 3. Cartographie de la prévalence du VIH chez les HARSAH en 2012 et 2014

3.2.3 Professionnelles du sexe

Selon les résultats de l'étude de surveillance comportementale et biologique (IBBS-PS, 2014) réalisée par PSI-OHMaSS/PNLS en 2014 auprès de 1. 780 participants répartis dans 5 départements géographiques, la prévalence nationale de l'infection au VIH chez les PS est estimée à 8,7% [6,4% ; 10,0%]. Il est important de noter que cette prévalence observée en 2014 diffère très peu de la prévalence estimée en 2012 qui était de 8,4% [6,8% ; 10,0%].

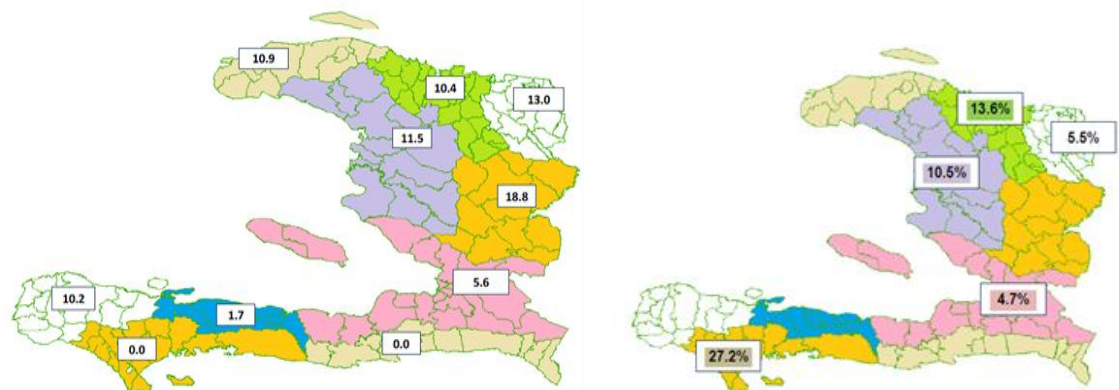


Figure 4. Cartographie de la prévalence du VIH chez les PS en 2012 et 2014

Si en 2012 l'enquête a été menée au niveau national , en raison du besoin exprimé par la CT du PNLS de disposer de données sur la prévalence du VIH et des IST pour les 2 groupes de populations moteurs de l'épidémie en l'occurrence les HARSAH et les TS ; en 2014, les études IBBS se sont focalisées sur les départements où des activités ont été menées auprès des HARSAH et des TS par certains partenaires du Ministère de la Santé Publique comme la PSI/OHMaSS, la Sérovie, la FOSREF, le VDH et POZ.

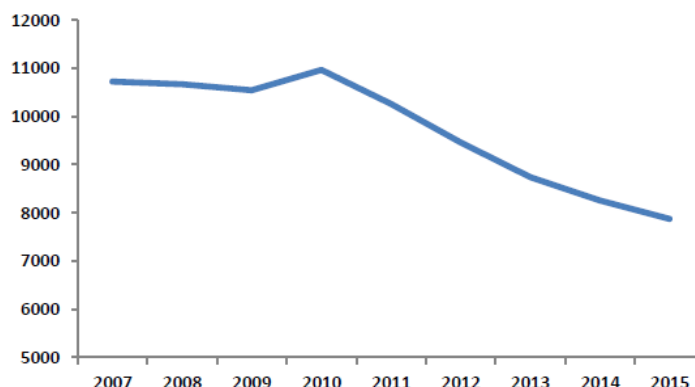
3.2.4 Détenus

La population carcérale s'élève à plus de 15.000 prisonniers avec plus de 50% de résidents au niveau de la prison civile de Port-au-Prince. Depuis 2014, la HTW couvre plus de 90% des interventions réalisées en santé au niveau des prisons à côté de la DAP et le CICR et détient le mandat national de la mise en œuvre du programme de la coïnfection TB/VIH dans 23 centres carcéraux du pays. Au cours de la période d'Octobre 2014 à Septembre 2015, 17 938 détenus ont été dépistés volontairement pour le VIH et 823 cas ont été testés positifs au niveau de 17 centres carcéraux⁸ soit un pourcentage de séropositivité à 4.6% (Rapport Annuel HTW Déc. 2015).

3.3 Nouvelles infections

En Haïti à la fin de 2015, le nombre de PVVIH était estimé à 159 000 [140 000 – 178 000]. 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. Un total de 8 200 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, soient un recul de 27% sur la période. Ce chiffre suit sa pente descendante pour 2015 pour arriver à 7 500 de cas incidents⁹.

Selon les données présentées dans le graphe ci-dessous, 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.



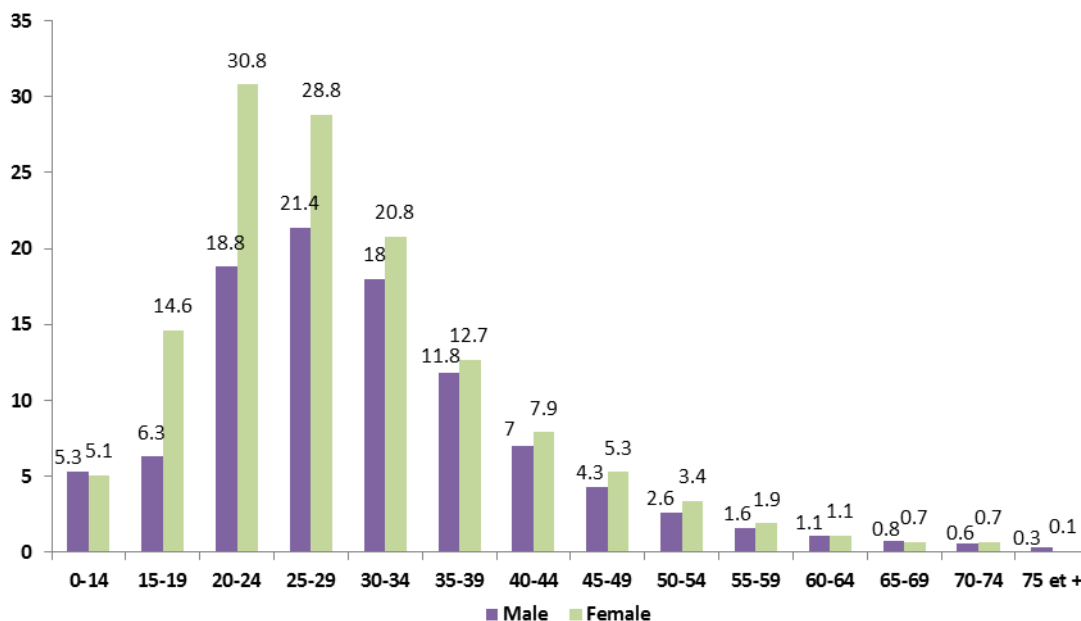
Graphe 3. Représentation graphique des nouveaux cas d'infection à VIH entre 2007 et 2015 en Haïti. MSPP/PNLS, bulletin de surveillance épidémiologique. Décembre 2015

Par ailleurs, les groupes d'âges les plus touchés par les nouvelles infections sont les jeunes de 15-24 ans et les adultes de 25-29 ans avec respectivement plus de 30% et 25% des nouveaux cas. En fonction de cette situation, les adolescents représentent un groupe prioritaire dans la lutte contre l'épidémie du VIH en Haïti. Aussi, le groupe d'âge de 0-14 ans représente 9% des nouvelles infections ce qui montre l'importance de l'ETME dans la mise en œuvre du programme haïtien¹⁰.

⁸ Rapport annuel de la HTW. Décembre 2015.

⁹ MSPP/PNLS. Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Numéro 11. Décembre 2015.

¹⁰ MSPP/PNLS. Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Numéro 11. Décembre 2015.

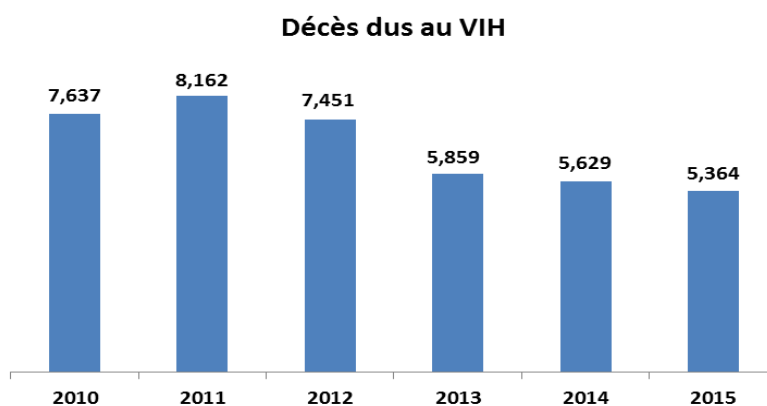


Graph 4. Répartition des nouvelles infections en % par âge en 2013. MSPP/PNLS, ONUSIDA¹¹
Juillet 2014

3.4 Nombre de personnes vivant avec le VIH et tendance évolutive

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.

Selon les estimations de la CT du PNLS de 2015¹², 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% cours de la période.**

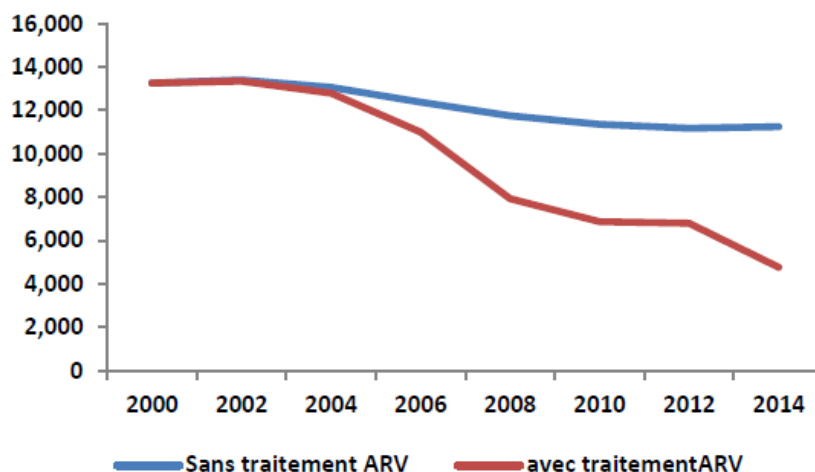


A l’instar des pays de l’Afrique subsaharienne, de l’Asie du Sud et du Sud-est, ainsi que dans les Caraïbes, la mortalité liée au sida a commencé à diminuer véritablement vers les années 2005 et 2006 en Haïti. Cette période correspond à l’intensification de l’offre des services de soins et traitement envers les

MSPP/PNLS ONUSIDA. Document de priorisation des investissements dans le domaine du VIH/sida en Haïti. Rapport final. Juillet 2014.

¹² MSPP/PNLS. Bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/sida en Haïti. Numéro 11. Décembre 2015.

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 nombre de décès évité par année.



Graph 5. Estimation du nombre total de personnes décédées des causes liées au VIH/sida entre 2004 et 2014. MSPP/PNLS. Décembre 2015

4. Riposte nationale au sida

4.1 Principaux résultats sur la prévention

Des progrès considérables ont été accomplis dans la lutte contre le VIH/sida en Haïti depuis ces trente dernières années. En décembre 2015, le nombre de sites offrant des SDV était de 170 (CDV et PTME inclus)¹³. Parmi ces 170 CDV, 135 au niveau desquels on a comptabilisé environ 70 000 PVVIH (cumul de patients actifs) offrent le TAR¹⁴. Quoique les patients infectés au VIH accèdent plus facilement au TAR, les obstacles et les défis à surmonter restent de taille pour la mise en œuvre des interventions relatives aux différentes composantes de la prévention tels que : la réduction des ressources financières allouées à la prévention, la faible intégration des ASCP dans le programme VIH haïtien, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et le faible niveau d'adhérence des patients en soins.

Renforcement et extension des services de Communication et de Mobilisation communautaire CCC/MC.

Au cours des années 2014-2015, l'emphase a été mise sur le ciblage des populations clés (les HARSAH et les PS) et sur les dialogues communautaires avec la participation des OCB et les associations de PVVIH.

Dans la population générale. Avec l'appui du Projet EVIHT financé par USAID et celui du fonds Mondial pour les dialogues communautaires, les coordinations départementales VIH ont pu réaliser certaines activités de prévention au cours des deux dernières années. Ces activités se répartissent comme suit :

¹³ WWW.mesi.ht Aller sur dépistage du VIH (CDV et PTME) entre décembre 2015 et décembre 2015.

¹⁴ WWW.mesi.ht Aller sur patients actifs sous ARV entre décembre 2015 et décembre 2015.

-Organisation de 55 rencontres de planification avec des intervenants des différents secteurs tant au niveau central que départemental.

-Elaboration de 7 plans sectoriels de prévention du VIH consolidés

-Réalisation de 14 sessions de formation à l'intention de 230 prestataires en Communication Interpersonnelle (CIP) et sur le respect des droits de la personne et des clients.

-Réalisation de 44 missions d'encadrement technique aux équipes départementales et périphériques dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action découlant de la Stratégie Nationale de Communication pour la Prévention du VIH/sida Mars 2013 -Sept 2015.

-Organisation de 80 Dialogues Communautaires sur la stigmatisation avec une couverture de 43 communes et 123 sections communales.

La réalisation de dialogues communautaires constitue une stratégie innovante permettant de mieux comprendre les perceptions des membres de la communauté, les opinions des jeunes, d'identifier les vrais besoins des différents strates de la population générale et une meilleure articulation des réponses à donner face à la problématique du VIH/sida surtout dans les zones d'accès difficiles¹⁵. (Draft Rapport d'évaluation de la Stratégie Nationale de Communication pour la Prévention du VIH/sida 2013-2015).

Chez les populations clés ; HARSAH et PS.

Au cours des 3 dernières années, Haïti a intensifié les actions de prévention du VIH chez les PS et les HARSAH tant dans le cadre des subventions du Fonds mondial que celles de PEPFAR. Les ONG FOSREF et PSI pour les PS, la Fondation SEROVIE, KOURAJ et Arc-en-ciel pour les HARSAH/Transgenres ont été les principaux intervenants. Les activités suivantes ont été réalisées au profit de ces groupes de populations :

-Organisations des descentes nocturnes de sensibilisation des propriétaires de bars et boîtes de nuit et de mobilisation des PS ;

-CCC en faveur des PS en utilisant l'approche d'éducation par les pairs avec des focus-group (50 participants en moyenne) et des séances de sensibilisation sur le « safer sex »

-CCC en faveur des HSH en utilisant également l'approche d'éducation par les pairs : formation des pairs-éducateurs, séances de sensibilisation pour un comportement sécuritaire responsable (par groupes de 40 participants)

- Distribution de condoms et de lubrifiants au cours des séances de sensibilisation et au niveau des sites CDV destinés aux PS et HARSAH.

Ces activités ont permis d'atteindre 5 790 PS en 2013 et 26 748 HSH en 2013. Les activités mises en œuvre par le biais du projet LINKAGES/USAID ont quasi doublé la couverture des services au profit des HARSAH à la fin de 2015.

Chez les jeunes. Les jeunes âgés de 15-24 ans représentent plus d'un tiers de tous les nouveaux cas d'infection au VIH. Fort de cela et dans le but de mieux répondre à la problématique du VIH chez les adolescents, l'emphase a été mise sur le renforcement du conseil et dépistage du VIH et de la syphilis auprès des jeunes au niveau des Centres Jeunes de FOSREF et de VDH repartis au niveau de 7 départements géographiques du pays : Nord'Est, Grande-Anse, Ouest, Cayes, Sud, Nord et Nord-Ouest .

¹⁵ MSPP/PNLS. Draft du rapport d'évaluation de la Stratégie Nationale de Communication pour la Prévention du VIH/sida 2013-2015.

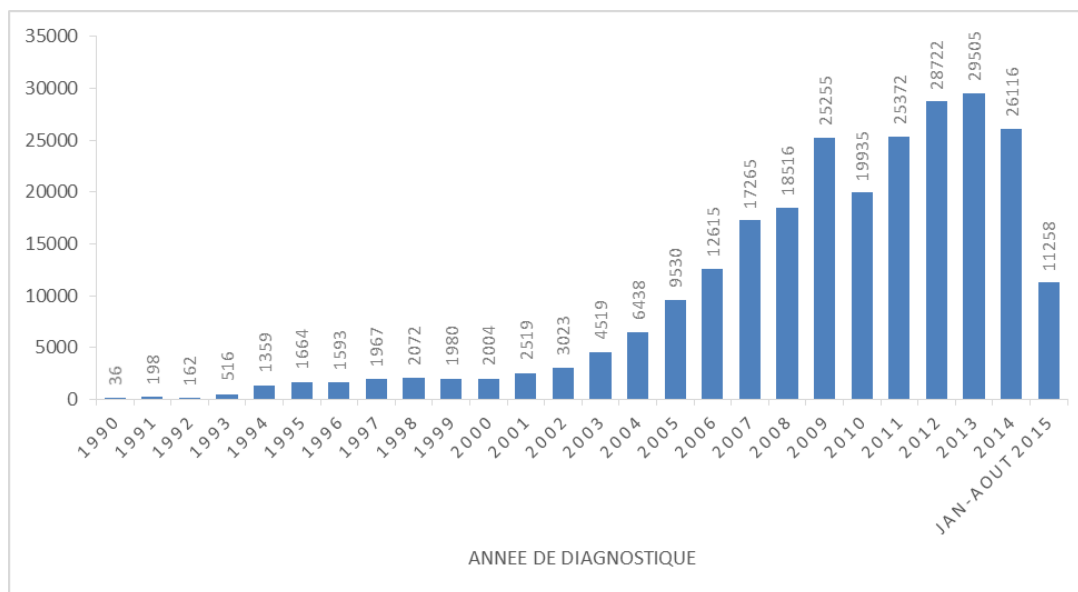
Les activités suivantes ont été réalisées :

- CCC chez les jeunes en milieu scolaire en utilisant les approches d'éducation par les pairs et de développement des compétences de vie courante: formation des pairs-éducateurs parmi les élèves et sensibilisation des jeunes par les pairs (sessions avec 8 à 25 participants).
- CCC chez les jeunes en milieu extrascolaire en utilisant l'approche d'éducation par les pairs : formation des pairs-éducateurs, sensibilisation des jeunes par les pairs.
- Distribution de condoms au cours des séances de sensibilisation et au niveau des sites CDV destinés aux jeunes ainsi que des maisons de jeunes ;
- Offre de services adaptés aux jeunes au niveau de sites de CDV et prise en charge des IST au niveau de 2 sites de VDH et 13 sites de FOSREF.

Au total par le biais de ces activités en 2014, 22 810 jeunes ont été testés pour le VIH dont 465 cas positifs et en 2015, 21 107 jeunes testés pour le VIH avec 365 cas positifs.

Malgré une réduction du financement alloué aux interventions dans les programmes jeunes au cours de 5 dernières années le nombre de jeunes (y compris des doublons) ayant fait le test de dépistage du VIH ne cesse d'augmenter comme témoignent le tableau ci-dessous.

Néanmoins, on connaît à l'heure actuelle, et ce, grâce à HASS qui est la base de surveillance épidémiologique du VIH en Haïti, le nombre de cas dé dupliqués (cas unique VIH) depuis 2008 à fin août 2015. Le graphe ci-dessous démontre la progression de l'effort effectué par les SDV en Haïti.



Graph 6. Répartition des cas VIH rapportés à la base de surveillance de 2008 à 2015. HASS/NASTAD, Premier trimestre 2016

De 2003 à 2009, on constate une augmentation linéaire du nombre de cas rapportés par année (2003 à 2008 – période d'implémentation du système HASS à travers le pays) et un pic assez important en 2009 suite au lancement national du système de surveillance de cas en Haïti. On remarque une baisse en 2010 qui peut être expliquée par la survenue du tremblement de terre du 12 Janvier 2010 et la reprise de cette tendance en 2011. Pour l'année 2015, le nombre de cas rapportés a diminué. Ceci est dû au fait a des données manquantes et à la dernière période de rapportage qui date d'Aout 2015. Il faut souligner qu'une complétude des données de l'année 2015 apportera certainement une augmentation du nombre de cas rapportés

Le tableau ci-dessous fournit la répartition des cas de VIH par département. Les 3 départements où l'on retrouve le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH sont par ordre décroissant l'Ouest, le Nord et l'Artibonite. Le département ayant le moins de cas diagnostiques pour le VIH est celui des Nippes.

Tableau 16. Répartition des cas VIH par année et par département. 2008 – 2015.

Départements	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Artibonite	668	1258	1238	1482	1991	2145	1979	924
Centre	769	747	535	495	617	798	267	229
Grand 'Anse	354	610	619	554	712	586	588	324
Nippes	322	423	355	513	571	602	310	174
Nord	2153	2898	2791	3286	3678	3649	3031	1678
Nord Est	611	878	605	887	1151	1476	1403	744
Nord-Ouest	965	1223	1034	1215	1245	1134	893	537
Ouest	7380	9431	6439	8106	9464	9457	7893	2996
Sud	358	710	805	922	912	881	910	380
Sud Est	290	483	402	460	518	448	530	282

4.2 Renforcement de la sécurité transfusionnelle

En 2014 et 2015, les activités liées à la production de sang ont pu se poursuivre grâce à l'appui de PEPFAR. Malgré la baisse des fonds alloués à ce domaine, la coordination du PNST a pu poursuivre ses activités de collecte et de distribution de sang au niveau national.

La liste suivante présente les principales réalisations et activités réalisées en 2015.

- Réalisation de 8 réunions de coordination avec les partenaires du programme ;
- Production d'un protocole standardisé sur la collecte de sang sûr ;
- Production et distribution de 15 000 matériels de sensibilisation pour la collecte de sang ;
- Production de 20 000 t-shirts pour dynamiser la sensibilisation auprès des donneurs ;
- Acquisition d'une vingtaine d'équipements pour les établissements de transfusion sanguine ;
- Réception de 300 000 réactifs pour les postes de transfusion sanguine ;
- Réalisation de plus de 700 campagnes de collecte de sang au niveau communautaire.

Les efforts déployés en 2015 ont permis de collecter 27 752 pochettes de sang au niveau du pays, soit une baisse de près de 4% par rapport à 2014. Un effectif de 220 pochettes a été révélé positif au VIH, soit une prévalence de 0.8%. L'hépatite B semble être plus répandue chez les donneurs en 2015 puisque la prévalence s'établit à 3,7% ; alors que le taux de positivité relatif à l'hépatite C avoisine celui du VIH. La prévalence de ces pathologies a entraîné une perte de 9% de pochettes collectées. En conséquence, les opérations réalisées en 2015 ont permis à la Croix-Rouge Haïtienne de mettre 25 234 pochettes de sang sûr à la disposition du système sanitaire national.

Tableau 17. Bilan des activités de production de sang sur en 2014 et 2015, MSPP/PNST, Haïti, Avril 2016

Indicateurs	2014	2015
Nombre de pochettes de sang collectées	28 867	27 752
Nombre de pochettes de sang validés	26 494	25 234
Nombre de pochettes de sang collectées testées positives pour le VIH	282	220
Nombre de pochettes collectées testées positives pour l'hépatite B	987	1 020
Nb de pochettes collectées testées positives pour l'hépatite C	247	235

4.3 Contribution programmatique des agences onusiennes

Les agences de l'ONU appuient le PNLS techniquement et financièrement mais elles font des interventions en coordination avec d'autres organisations de la société civile et des PPS en VIH/sida. Le tableau ci-dessous fournit une vue synoptique de leurs réalisations en 2014 et 2015.

Tableau 18. Activités liées au VIH réalisées par les Agences onusiennes en 2014 et 2015, Rapport des Agences, 2016.

Agences onusiennes	Intervention	Principaux extraits obtenus		Partenaires
		2014	2015	
UNESCO	Prévention du VIH dans les institutions éducatives et dans les communautés	600 jeunes médecins ont été formés sur la prévention du VIH pour le service social dans leur communauté		MSPP et INHSAC
	Education de qualité et promotion des droits humains et lutte contre les VBG		50 formateurs ont produit des recommandations pour l'introduction des contenus liés à la santé dans le curriculum du 3eme cycle fondamental 100 jeunes du Réseau des Ecoles Associées de l'UNESCO sensibilisés sur la santé, la prévention du VIH et la VBG.	
OIT	Réduction des risques / sensibilisation sur le lieu du travail	8 activités de sensibilisation en faveur des travailleurs de la construction et du textile (11,000 ouvriers ont participé)	Elaboration de matériels de formations	MSPP / DSO
		Formation de 109 pairs éducateurs	Formation des formateurs à CODEVI	
	Dépistage du VIH auprès des travailleurs	Elaboration des plans de travail sur le VIH avec les usines de SONAPI	Elaboration d'une politique sur le VIH et le sida pour les usines de CODEVI	
		Elaboration et diffusion d'une campagne d'information et sensibilisation sur le VIH pour CODEVI et les communautés de Ouanaminthe		
		1 clinique : 377 personnes ont été testées dans le secteur privé formel	8 cliniques : 276 personnes testées dans le secteur privé formel (SONAPI et CODEVI)	

Tableau 18 a. Activités liées au VIH réalisées par les Agences onusiennes en 2014 et 2015, Rapport des Agences, 2016.

Agences onusiennes	Intervention	Principaux extraits obtenus		Partenaires
		2014	2015	
MINUSTAH	Réduction de risques	Sensibilisation de 5 945 participants en incluant le personnel de la mission et les associations externes aussi bien les cadets à l'académie de police	Sensibilisation de 3 528 participants en incluant le personnel de la mission et les associations externes aussi bien les cadets à l'académie de police	MJSP/PNH
UNICEF	Renforcement des capacités de la DSF dans ses objectifs d'Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant		Evaluation Nationale du programme PTME du 9 au 17 Novembre, au cours de laquelle, les domaines d'interventions suivants ont été mis à l'index : Programmes et services, laboratoire, gestion de données, droits humains	MSPP/DSF
			Développement d'un curriculum de formation en PTME, principalement pour la mise en réseau des institutions en vue d'augmenter la couverture et l'offre de service	
			Activités de suivi et évaluation et de renforcement de la communication en PTME dans 15 institutions sanitaires	
		Organisation de rencontres institutionnelles de sensibilisation au niveau de 5 institutions sanitaires offrant les services de PTME dans le département du Nord		MSPP/DSN
		Formation en counseling et PTME de 20 prestataires de soins / et à l'orientation de 99 ASCP en normes de PTME au niveau du département de l'Artibonite		MSPP/DSA
	Riposte au SIDA en faveur des adolescents de 10 à 19 ans à travers l'Initiative ALL IN		Formation du comité technique ALL IN	MSPP/PNLS
			Deux ateliers de sensibilisation des acteurs intervenant avec les adolescents et les adolescents eux-mêmes	FOSREF VDH
		Création du Conseil Consultatif des Adolescents (CCA)	Konesans Fanmi	
		Lancement officiel de All IN le 10 Septembre 2015		

Tableau 18 b. Activités liées au VIH réalisées par les Agences onusiennes en 2014 et 2015, Rapport des Agences, 2016

Agences onusiennes	Intervention	Principaux extraits obtenus		Partenaires
		2014	2015	
PNUD	SDV et prévention	51 979 cas d'IST diagnostiqués et traités	37 321 cas d'IST diagnostiqués et traités	MSPP/PNLS
		18 266 contacts de professionnelles du sexe réalisés au cours d'activités de prévention avec de petits groupes ou à partir de séances individuelles		
		48 024 HARSAH sensibilisés au cours d'activités de prévention	48 024 HSH sensibilisés au cours d'activités de prévention	SR du Fonds Mondial
	Support aux OEV	4 303 OEV de familles de PVVIH recevant des frais scolaires		
	Support psychologique aux patients et appui nutritionnel aux patients			
	Renforcement des capacités	10 985 séances de support psychologique pour les PVVIH	Un plan de renforcement des capacités a été élaboré avec l'ensemble des partenaires du projet en mettant l'accent sur le MSPP	MSPP/PNLS
OPS-OMS	Appui au PNLS dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de prévention, de soins et traitement du VIH dans la coordination et l'évaluation du programme	Recherche opérationnelle sur les causes de déperdition de cas dans la cascade PTME	Conduite de l'évaluation du programme de PTME	PNLS
			Elaboration de la note conceptuelle intégrée TB/VIH	
			Ateliers régionaux sur la coinfection TB/VIH	
			Atelier de formation sur la TB/VIH	
		Elaboration et impression des Directives et Normes		

Tableau 18 c. Activités liées au VIH réalisées par les Agences onusiennes en 2014 et 2015, Rapport des Agences, 2016

Agences onusiennes	Intervention	Principaux extraits obtenus		Partenaires
		2014	2015	
UNFPA	Santé de la Reproduction et mobilisation de ressources	Les fonds UBRAF fournissent un support financier pour l'appui technique du Point focal VIH au bureau-pays en 2014.	Les fonds UBRAF fournissent un support financier pour l'appui technique du Point focal VIH au bureau-pays en 2015	DSF et PNLS
		20 responsables VIH et Communication des 10 départements du MSPP sont informés des résultats de l'étude sur les « déterminants du désir de grossesses ou non chez les femmes vivant avec le VIH et sous ARV en Haïti. »	Environ 13 000 jeunes de 15-24 ans sensibilisés	DSO
		Appui à la Coalition Haïtienne sur les Femmes et la Santé (CHFSanté) pour la Production Spot "Kanaval 2014 San Kadejak »	25 000 jeunes de plus de 25 sensibilisés sur le Planning Familial, incluant le VIH.	DSA
	Genre et VIH		300 manuels et 300 CD des résultats de l'étude « Etude sur les déterminants du désir ou non des femmes vivant avec le VIH et sous ARV en Haïti produits et disséminés.	DSF et PNLS
			200 jeunes des écoles secondaires ont renforcé leurs capacités autour de la prévention de la violence faites aux femmes pour réduire leur vulnérabilité au VIH	
	PTME		Appui à la conduite de l'évaluation nationale de la PTME	

4.4 Disponibilité de condoms en 2014 et 2015

Le financement pour l'achat des condoms est assuré par des ressources en provenance de l'USAID et du FM. La vente de condoms « pantè » a été assurée par PSI/OHMaSS. Les condoms « no logo » sont distribués par les PPS, les réseaux de soins, la CT du PNLS et les DDS lors des grands rassemblements de foule.

Tableau 19. Disponibilité, vente et distribution de condoms en Haïti en 2014 et 2015. Rapport des Agences Onusiennes GARPR 2016

Indicateurs	2014	2015	Sources
Disponibilité et Distribution de Condoms	24 366 000	58 176 000	USAID
Condoms vendus	2 813 040	2 066 400	PSI/OHMASS
Total distribués et vendus	27 179 040	68 089 983	

4.5 Principaux résultats en soins et traitements

Au cours des années 2014 et 2015, le Programme haïtien de lutte contre le VIH/sida, tel qu'il est configuré actuellement a été mis en œuvre par 25 réseaux. Parmi eux, 14 offrent tout le paquet à savoir les services de prévention, diagnostics, de soins et traitement. Ce sont : GHESKIO, PIH, UGP/MSPP/PEPFAR, URC, PATHFINDER, CDS, CMMB, ICC, ITECH, World Vision, FOSREF, POZ, UM et HTW. HTW intervient uniquement dans les prisons. D'autres comme VDH, PRISMA, Sérovie, PSI/OHMaSS, FONDEPH ont leur champ essentiel d'intervention au niveau de la prévention ; SCMS au niveau des intrants (test de dépistage, médicaments ARV et IO) ; LNSP et IHV pour les intrants de laboratoire et le contrôle des tests, PNST et CRH sur la sécurité transfusionnelle. La gestion des tests PCR est assurée par CARIS Fondation. Il faut signaler l'importance des acteurs de management en SE tels que NASTAD pour la base de surveillance épidémiologique du VIH, HASS ; ITECH la gestion de l-santé et Solutions pour la gestion de la base nationale de rapportage de données statistiques mensuels en ligne qui est MESI.

L'ensemble des réseaux et les 10 DDS ont la responsabilité de s'assurer que les soins, qui sont offerts au niveau des 170 CDV/PTME dont 135 ARV, soient de qualité et doivent faire de leur mieux pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins aux patients de leurs aires de desserte.

Le Programme a 2 principaux bailleurs : PEPFAR et le FM. PEPFAR est géré au plus haut niveau par les CDC et la USAID, tandis que le FM par le PNUD et le PSI/OHMaSS. A noter la contribution également des acteurs onusiens comme la MINUSTAH, ONUSIDA, OMS/OPS, UNICEF et UNFPA.

4.5.1 Soins pré ARV

Les soins pré ARV sont de 3 ordres :

- Soins cliniques globaux ;
- Prévention des Infections opportunistes ;
- Prévention de la tuberculose.

4.5.1.1 Soins cliniques globaux

Le tableau ci-dessous donne des informations sur le nombre de nouveaux patients VIH enrôlés en soins cliniques. La capacité de tous les départements à capter de nouveaux patients en soins cliniques est stable. En 2014, ils ont offerts des soins cliniques à 21 208 nouveaux patients et en 2015 à 21 304.

Tableau 20. Répartition des nouveaux enrôlés en soins cliniques VIH/sida 2014 et 2015 par département
WW.MESI.HT¹⁶

Département	HESC VIH/sida 2014	HESC VIH/sida 2015	FESC VIH/sida 2014	FESC VIH/sida 2015	FEESC VIH/sida 2014	FEESC VIH/sida 2015	Enfants 2014	Enfants 2015	Total 2014	Total 2015
Artibonite	1112	1111	1341	1378	418	393	124	123	2995	3005
Centre	380	386	445	445	91	120	54	49	970	1000
Grande Anse	225	315	259	437	60	67	16	40	560	859
Nippes	194	181	211	189	60	61	21	16	486	447
Nord	1011	1076	1252	1422	317	360	83	106	2663	2964
Nord est	379	395	469	449	182	186	40	40	1070	1070
Nord ouest	339	353	399	465	75	112	56	55	869	985
Ouest	3443	3221	5191	4926	918	853	492	411	10044	9411
Sud	491	499	568	540	62	110	43	34	1164	1183
Sud est	143	150	188	185	44	32	12	13	387	380
Grand Total	7717	7687	10323	10436	2227	2294	941	887	21208	21304

Le département de l’Ouest arrive en tête à 47,35% de l’enrôlement de nouveaux patients en soins cliniques et à 44,17% en 2015.

4.5.1.2 Prévention des infections opportunistes

On analyse le niveau de rendement de la fourniture en cotrimoxazole aux patients en pré ARV et en ARV.

¹⁶ www.mesi.ht. Aller sur nouveaux enrôlés en soins pré ARV (janvier – décembre 2014) et (janvier – décembre 2015).

Tableau 21. Répartition des nouveaux enrôlés sous CTX prophylaxie (pré ARV et ARV) en 2014 et 2015 par département. WWW.MESI.HT¹⁷.

Département	Adultes sous CTX 2014	Adultes sous CTX 2015	Enfants sous CTX 2014	Enfants sous CTX 2015	Total Personnes sous CTX 2014	Total Personnes sous CTX 2015
Artibonite	472	2890	38	152	510	3042
Centre	9709	1042	397	51	10106	1093
Grande Anse	791	1048	53	31	844	1079
Nippes	953	433	39	24	992	457
Nord	2595	3056	83	138	2678	3194
Nord est	1264	1169	46	47	1310	1216
Nord ouest	533	940	16	63	549	1003
Ouest	3262	8554	199	320	3461	8874
Sud	397	1338	19	99	416	1437
Sud est	1498	395	56	15	1554	410
Grand Total	21474	20865	946	940	22420	21805

Les résultats sont mitigés par rapport au tableau 15. C'est le département du centre qui occupe la première place en 2014 et l'Ouest pour 2015.

4.5.1.3 Prévention de la tuberculose

Il s'agit de mettre sous INH tous les patients VIH en fonction des normes sous INH prophylactique pour prévenir la TB. Le tableau ci-dessous fournit des données sur les nouveaux patients à qui on a administré de l'INH.

Tableau 22. Répartition des nouveaux enrôlés sous INH prophylaxique (pré ARV et ARV) en 2014 et 2015 par département. WWW.MESI.HT¹⁸

Département	Total Personnes 2014	Total Personnes 2015
Artibonite	4392	2935
Centre	1755	973
Grande Anse	509	262
Nippes	408	374
Nord	3758	3370
Nord est	804	991
Nord ouest	1058	863
Ouest	7951	7563
Sud	853	997
Sud est	599	122
Grand Total	22087	18450

¹⁷ www.mesi.ht. Aller sur nouveaux patients VIH+ placés sous cotrim prophylaxie (pré ARV et ARV) (janvier – décembre 2014) et (janvier – décembre 2015).

¹⁸ www.mesi.ht. Aller sur nouvelles personnes VIH+ placées sous prophylaxie à l'INH (pré ARV et ARV) (janvier – décembre 2014) et (janvier – décembre 2015).

On a placé sous INH beaucoup plus de nouveaux enrôlés sous INH en 2014 qu'en 2015 alors que les nouveaux enrôlés en 2015 sont supérieurs à ceux de 2014.

4.5.2 Traitement antirétroviral

La mise de patients sous TAR est une intervention stratégique de la plus haute importance. C'est une intervention névralgique dans le cadre de la stratégie de l'élimination du VIH à l'horizon 2030. Si on tient compte du fait que le PNLs aura bientôt à actualiser son manuel de normes de prise en charge sous ARV pour aller vers la stratégie tester et traiter, la couverture sous TAR est faible. Elle est de 43,31%

Tableau 23. Répartition des patients actifs sous ARV en 2014 et 2015. WWW.MESI.HT¹⁹

Département	Hommes actifs 2014	Hommes actifs 2015	F. enceintes actives 2015	F. enceintes actives 2015	Femmes actives 2015	Femmes actives 2015	Total 2015	Total 2015
Artibonite	2993	3291	372	285	4941	5733	8306	9309
Centre	1527	1484	155	102	2210	2234	3892	3820
Grande Anse	590	625	40	37	909	931	1539	1593
Nippes	711	737	86	36	1082	1071	1879	1844
Nord	2801	3150	240	240	4601	5307	7642	8697
Nord est	530	725	118	140	1079	1347	1727	2212
Nord ouest	1065	1108	73	71	1853	2003	2991	3182
Ouest	10939	11733	2332	833	16460	19942	29731	32508
Sud	1701	1747	57	60	2626	2703	4384	4510
Sud est	593	484	43	20	784	697	1420	1201
Grand Total	23450	25084	3516	1824	36545	41968	63511	68876

La progression sous TAR entre 2014 et 2015 est faible, elle est de 7,78% ce qui représente une augmentation en valeur absolue de 5 365 patients. La majorité des patients sous TAR réside au niveau du département de l'Ouest, soit environ 1 sur 2 patients.

¹⁹ www.mesi.ht. Aller sur patients actifs sous ARV (janvier – décembre 2014) et (janvier – décembre 2015).

4.5.3 Co infection VIH/TB

Tableau 24. Répartition du total de Co infectés VIH/TB en 2014 et 2015. WWW.MESI.HT²⁰

Département	Patients TB testés VIH+ 2014	Patients TB testés VIH+ 2015	PVVIH diagnostiqués TB+ 2014	PVVIH diagnostiqués TB+ 2015	Total Co-infectés TB/VIH 2014	Total Co-infectés TB/VIH 2015
Artibonite	18	28	27	51	45	79
Centre	785	1288	787	770	1572	2058
Grande Anse	56	42	110	102	166	144
Nippes	60	84	96	92	156	176
Nord	66	107	135	199	201	306
Nord est	49	71	160	142	209	213
Nord ouest	33	44	43	57	76	101
Ouest	366	395	347	392	713	787
Sud	26	28	54	70	80	98
Sud est	148	183	139	223	287	406
Grand Total	1607	2270	1898	2098	3505	4368

Le total des Co infectés VIH/TB en 2014 est de 3 508 et en 2015 de 4 368. Les 2 programmes VIH et TB ont au cours de 2 ateliers réalisés en 2015 l'un dans le Sud et l'autre dans le Nord ont recommandé la mise en œuvre du modèle partiellement intégré en matière de collaboration VIH/TB. Les directives y relatives seront publiées au cours du deuxième trimestre de 2016.

Tableau 25. Cumul patients VIH placés sous traitement anti TB en 2014 et 2015. WWW.MESI.HT²¹

Département	Total adultes 2014	Total adultes 2015	Total enfants 2014	Total enfants 2015	Total 2014	Total 2015
Artibonite	611	609	13	13	624	622
Centre	311	333	31	31	342	364
Grande Anse	2237	2279	93	94	2330	2373
Nippes	939	988	39	41	978	1029
Nord	9497	9781	564	585	10061	10366
Nord est	1052	1030	69	72	1121	1102
Nord ouest	558	552	22	22	580	574
Ouest	2497	2586	107	112	2604	2698
Sud	383	400	11	12	394	412
Sud est	2150	2194	70	69	2220	2263
Grand Total	20235	20752	1019	1051	21254	21803

Les patients qui prennent des médicaments ARV et anti TB en 2015 sont de 21 803. Ils représentent par rapport aux 68 876 patients placés sous TAR une proportion de 31,65%.

²⁰ www.mesi.ht. Aller sur total de patients Co infectés (janvier – décembre 2014) et (janvier – décembre 2015).

²¹ www.mesi.ht. Aller sur cumul patients VIH placés sous traitement anti TB (janvier – décembre 2014) et (janvier – décembre 2015)

4.5.4 Prévention de la transmission mère enfant

4.5.4.1 Fréquentation de la clinique prénatale

En se basant sur les estimations de l'IHSI selon lesquelles 273 000 femmes devraient devenir enceintes en 2014, la DSF et ses partenaires avaient adéquatement dynamisé l'accueil au niveau des 780 établissements sanitaires nationaux. Selon les données rapportées par l'UEP du MSPP, 9 femmes sur 10 (soit 92%) avaient été vues en première consultation prénatale²². Une variation plus ou moins considérable a été observée suivant le département. Avec plus de 150 000 femmes enceintes, la fréquentation prénatale a légèrement augmenté (6%) entre 2013 et 2014.

Tableau 26. Fréquentation des femmes en CPN au cours des années 2012, 2013, 2014 et 2015²³

Département	2012	2013	2014	Variation 2014/2015
Artibonite	42 678	41 818	41 004	-1,9
Centre	28 959	27 345	29 825	9,1
Grande Anse	12 791	11 692	10 427	-10,8
Nippes	7 633	7 173	5 832	-18,7
Nord	22 163	24 841	21 875	-11,9
Nord est	11 693	12 646	13 014	2,9
Nord ouest	7 876	13 764	14 073	2,2
Ouest	74 236	69 278	90 469	30,6
Sud	17 321	17 361	14 634	-15,7
Sud est	12 042	10 341	10 650	3,0
Total	237 392	236 529	251 802	6,5

Selon les données représentées sur le graphique ci-dessous, un nombre restreint de département a connu une augmentation de la fréquentation au cours de ces trois dernières années. Cette performance observée entre 2013 et 2014 a été supportée seulement par le Centre avec ses 9% d'augmentation et l'Ouest avec plus de 30% qui a lui seul couvre plus de 35% de l'offre de service prénatal au niveau national.

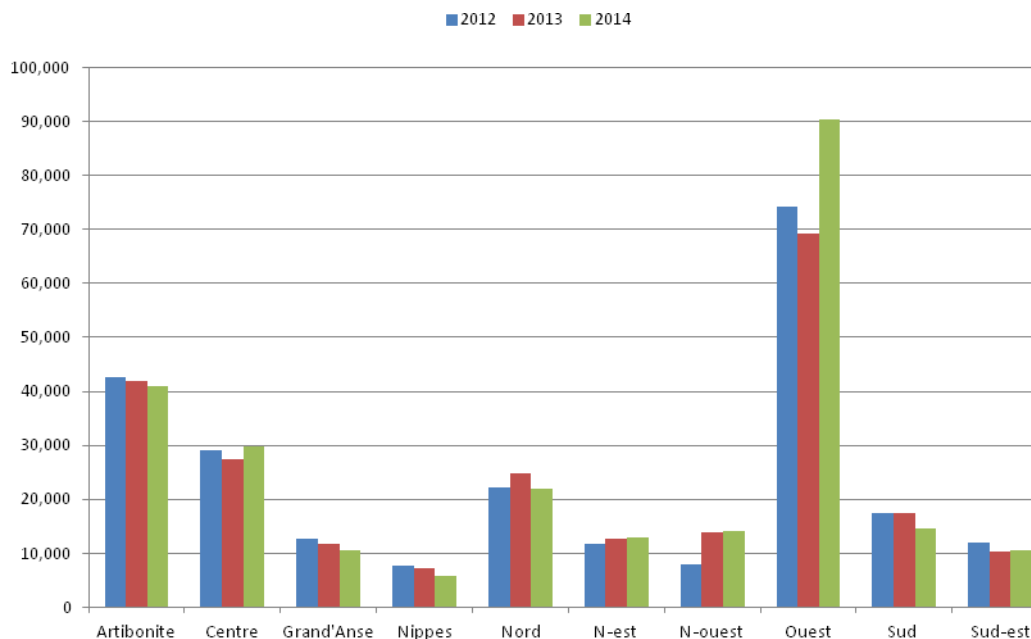
Selon les professionnels de la DSF, ces résultats résulteraient des facteurs suivants :

- Renforcement mobilisation sociale ;
- Gratuité des soins aux femmes enceintes ;
- Accompagnement des femmes enceintes séropositives
- Mobilisation des groupes communautaires organisées et de PVVIH pour encourager les femmes à utiliser les services PTME.
- Promotion de la PTME à travers la communication de masse
- Renforcement des capacités des acteurs communautaires pour une meilleure participation de la réponse.

Ce sont des leçons apprises qui doivent être analysées pour être répliquées dans d'autres départements.

²² MSPP, UEP. Rapport statistiques 2013. Mai 2014.

²³ MSPP, UEP. Rapport statistiques 2013. Mai 2014.



Graph 7. Représentation graphique du nombre de femmes enceintes vues en 1ere consultation prénatale entre 2012 et 2014 selon le département, MSPP-UEP, Rapport statistique annuel.

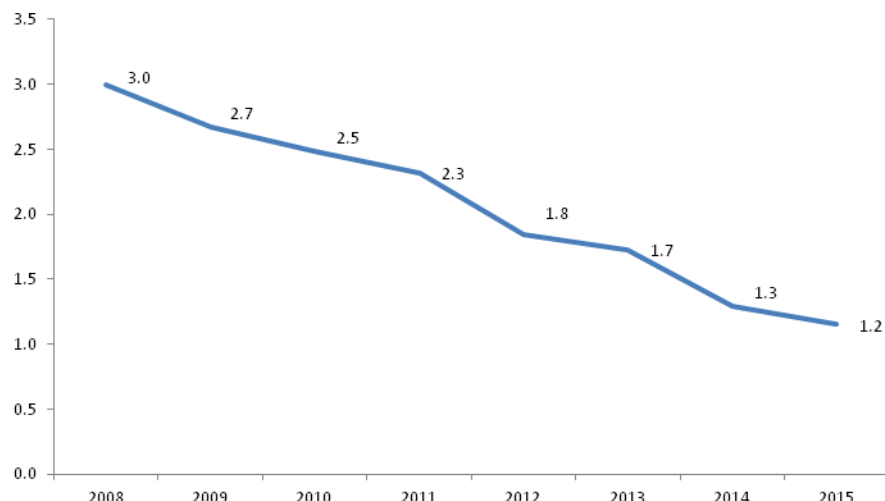
4.5.4.2 Dépistage du VIH et retrait des résultats chez les femmes enceintes

Le service de conseil et dépistage du VIH a été offert au niveau de 145 institutions sanitaires PTME. Cet effectif est en baisse par rapport à 2014, qui faisait état de plus de 160 sites. A l'inverse, le nombre de femmes enceintes ayant fait l'objet du dépistage du VIH entre 2014 et 2015 a légèrement augmenté (moins de 5%).

Sur les 256 366 tests réalisés au niveau des cliniques prénatales en 2015, un effectif de 2 929 femmes enceintes était positif, soit un taux de séropositivité de 1,1%. Selon les données rapportées sur la base nationale de rapportage de données de statistiques de service en VIH/sida qu'est MESI, 96% des gestantes avaient été conseillées en post-test. Cette performance est plus importante car toutes les femmes testées positives ont reçu des conseils après avoir effectué le test. Si on se base sur le résultat de l'indicateur 3.4 de GARPR, les données programmatiques globales révèlent que 91%²⁴ de femmes enceintes, vues en CPN et en salle de travail associées avec celles placées sous ARV, connaissent leur statut sérologique.

Selon les données présentées sur le graphique ci-dessous, 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%), passant de 3,0% à 1,1% à la fin de 2015. Toutefois cette tendance à la baisse varie selon le département.

²⁴ Selon les données de MESI 245 553 femmes enceintes en CPN / travail et 1 754 femmes sous ARV devenues enceintes ont reçu le counseling post test sur un effectif de 273 000 estimées par l'IHSI pour 2015.



Graphique 8. Représentation graphique du taux de séropositivité observée dans les cliniques prénatales entre 2008 et 2015.

4.5.4.3 Prise en charge des femmes enceintes VIH

Selon les dernières directives de l'OMS adoptées par la DSF en 2013²⁵, toute femme enceinte dépistée séropositive pour le VIH doit être systématiquement mise sous traitement et le plus tôt possible quelle que soit sa classification clinique ou son taux de CD4. En se basant sur les données des 3 dernières années, l'extension de l'option B+ s'est faite rapidement. On est passé d'une proportion de 54% de femmes enceintes placées sous ARV à vie à 95% en 2013. Au cours de ces deux dernières années, moins de 1% des gestantes séropositives ont reçu un protocole antirétroviral différent de l'option B+. Au niveau de sept régions sur dix, la couverture de l'option B+ a atteint 100%. Le département de l'Ouest a montré une performance relativement plus faible en 2015 où on a pu enrôler moins de 9 femmes enceintes sur 10 sous ARV à long terme.

Tableau 27. Couverture de l'option B+ au niveau national entre 2012 et 2015, WWW.MESI.HT.

Année	Total FE traitées	FE placées sous B+	% Option B+
2012	4795	2572	53.6
2013	5228	4975	95.2
2014	4504	4451	98.8
2015	4570	4535	99.2

4.5.4.4 Couverture ARV chez les femmes enceintes

Au cours de l'année 2015, les 140 sites offrant les services de PTME ont pu traiter un effectif de 4,570 femmes enceintes, soit une légère augmentation par rapport à l'année antérieure (1,5%). Plus de deux tiers (72%) de ces cas ont été enregistrés au niveau de trois départements sanitaires les plus importants : à lui seul, l'Ouest représente un peu plus de 40% de l'effectif, puis viennent l'Artibonite (19%) et le Nord (13%).

Dans l'ensemble, le système a pu identifier 5 050 femmes enceintes séropositives. Elles proviennent pour la plupart des activités de testing réalisées au niveau des établissements offrant les services de santé maternelle. Mais la proportion de femmes suivies en soins et traitement, enceintes représente

²⁵ La lettre circulaire relative à la mise en œuvre de l'option B+ a été signée en mars 2013 par la Haute Direction du MSPP.

une large part de cet effectif, 42%. Selon les données présentées sur le tableau ci-dessous, plus de 90% des femmes enceintes ont été enrôlées sous traitement en 2015. La moitié des départements a pu atteindre une performance supérieure à la moyenne nationale.

Tableau 28. Couverture ARV chez les femmes enceintes séropositives en 2015, WWW.MESI.HT

Département	Effectif de FEC testées VIH+ (y compris celles testées en salle de travail)	Effectif de FE VIH+ tombées enceintes	Total FE VIH+	% FE VIH+ sous ARV
Artibonite	639	350	989	93.0
Centre	145	151	296	87.5
Grande anse	60	52	112	87.4
Nippes	65	49	114	100.0
Nord	375	265	640	99.8
Nord est	200	88	288	86.6
Nord ouest	133	137	270	93.8
Ouest	1150	880	2030	86.5
Sud	129	109	238	93.2
Sud est	33	40	73	89.5
TOTAL	2929	2121	5050	90.5

4.5.4.5 Test PCR et transmission mère enfant au niveau programmatique

L'objectif clé du Plan Stratégique d'Élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant est de réduire le taux de TME à moins de 2% d'ici 2018. Pour y parvenir, il est indispensable que les acteurs développent des stratégies pour assurer la prise en charge intégrale du binôme mère-enfant. Dans cette démarche, le testing des enfants exposés devient un impératif. A cet effet, les prestataires des établissements sanitaires impliqués dans la PTME reçoivent une formation adéquate pour procéder au prélèvement de spécimens des nouveaux nés. Ensuite la Fondation CARIS se charge de récupérer les échantillons de sang en vue de les acheminer vers les Centres GHESKIO et le LNSP pour le dépistage. Jusqu'ici seules ces deux institutions sont dotées d'appareils et d'équipements appropriés pour effectuer ces opérations pour le compte du MSPP.

Tableau 29. Couverture des tests de PCR et taux de TME pour les enfants exposés enregistrés en 2015, WWW.MESI.HT.

Département	Enfants exposés enregistrés	Enfants exposés testés par PCR avant 8 semaines	% enfants exposés testés avant 8 semaines	Total tests PCR	% TME	% enfants exposés places sous prophylaxie ARV avant 72 heures
Artibonite	524	396	75.6	560	3.21	99.4
Centre	163	108	66.3	160	8.75	90.2
Grande Anse	81	60	74.1	96	9.38	88.9
Nippes	60	32	53.3	81	4.94	91.7
Nord	408	238	58.3	507	5.92	94.9
Nord est	124	80	64.5	148	5.41	96.8
Nord ouest	165	102	61.8	186	9.14	94.6
Ouest	1230	856	69.6	1781	5.78	82.0
Sud	143	103	72.0	158	1.27	95.8
Sud est	35	32	91.4	53	7.55	100.0
TOTAL	2933	2007	68.4	3730	5.60	90.0

Au cours de l'année 2015, les sites offrant la PTME au niveau des dix départements ont enregistré un effectif de 2 933 enfants nés de mères séropositives. Ce qui représente 56% des femmes enceintes traitées pour la période. Globalement deux tiers des enfants exposés (68%) ont pu bénéficier d'un test PCR dans les deux premiers mois de naissance. Des écarts considérables sont observés entre les départements. Le département des Nippes serait relativement moins pourvu en tests PCR dans les délais avec seulement un enfant exposé sur deux, soit 53%. En revanche au niveau du Sud est (91%), de l'Artibonite (76%) et de la Grande anse (74%) la plupart des nourrissons exposés ont été testés.

Cependant, en tenant compte de l'ensemble des tests effectués en 2015, une proportion plus importante d'enfants exposés aurait bénéficié de ces examens. Un total de 3 730 tests a été réalisé au cours de la période. Les résultats indiquent un taux de séropositivité qui avoisinerait le taux de transmission verticale de l'ordre de 5,60%. Au niveau régional, ce taux varie dans une fourchette allant de 1,27% dans le Sud à 9,38% dans la grande anse. Selon les données affichées dans le tableau ci-dessus, seulement trois départements ont un taux inférieur à la moyenne nationale.

Des enfants exposés enregistrés, neuf sur dix (90%) ont pu être enrôlés sous prophylaxie ARV dans les délais requis en vue de réduire les risques de transmission. Mais en rapportant ce résultat au nombre de femmes enceintes séropositives qui ont accouché en 2015, la performance sera moins importante.

4.6 Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Depuis le début de l'épidémie de SIDA, la stigmatisation et la discrimination constitue des barrières à la réponse à donner au VIH et ont largement aggravé les répercussions négatives de l'épidémie. En effet, La stigmatisation et la discrimination associées au VIH continuent à se manifester dans tous les pays et dans toutes les régions du monde et constituent des obstacles majeurs à la prévention de nouvelles infections, à l'atténuation de l'impact et à la fourniture d'une prise en charge, d'un soutien et d'un traitement adéquats.

La stigmatisation associée au VIH a coupé court aux débats concernant tant les causes que les réponses à donner. La visibilité et l'ouverture sur le problème du sida sont des conditions préalables à la mobilisation efficace des ressources gouvernementales, communautaires et individuelles susceptible à changer l'épidémie. Le fait d'occulter le problème peut conduire à nier son existence et à refuser de reconnaître que des mesures doivent être prises rapidement. Cela peut conduire à considérer à tort les personnes vivant avec le VIH comme une sorte de problème plutôt qu'une solution pour contenir et gérer l'épidémie.

La stigmatisation associée au sida est provoquée par toutes sortes de facteurs, notamment une mauvaise compréhension de la maladie, les mythes concernant la transmission du VIH, l'insuffisance de l'accès au traitement, la manière irresponsable dont les médias parlent de l'épidémie, le fait que le sida soit incurable, ainsi que les préjugés et les craintes liés à un certain nombre de questions sensibles d'ordre social comme la sexualité, la maladie et la mort ainsi que la consommation de drogues.

Dès le démarrage insidieux, silencieux vers la fin des années 70, le début des années 80 de cette pandémie qui allait en peu de temps devenir le mal du siècle, ses manifestations, sa morbidité et sa mortalité fortement liées aux difficultés de découvrir son agent causal, ses modes de transmission et son origine ont construit durablement les fondements de cette trame de stigmatisation et de discrimination qui allait causer tant de tort aux personnes infectées et/ou affectées et surtout à la poursuite d'une réponse mondiale aux dimensions de cet épineux problème de développement.

Ainsi, partout dans le monde, particulièrement en Haïti à des degrés et niveaux très variés, l'on a observé et on observe hélas encore, des cas bien documentés de personnes vivant avec le VIH/sida qui

subissent ostracisme et discrimination et qui se voient refuser l'accès aux services en raison de leur statut sérologique, sur le lieu de travail, dans les domaines de l'éducation et des soins de santé et même dans les communautés avoisinant les PVVIH.

Elles diminuent aussi les efforts de prévention car les individus ont peur de découvrir qu'ils sont ou non infectés, afin de chercher à se faire soigner, par crainte des réactions des autres. Elles poussent ceux qui sont exposés au risque d'infection et certains de ceux qui sont affectés à continuer à pratiquer une sexualité sans protection parce qu'ils pensent qu'en changeant de comportement, ils susciteront des doutes sur leur statut sérologique.

4.6.1 Analyse de la réponse nationale

Fort heureusement, sous l'égide des Nations Unies (ONUSIDA) et d'autres partenariats multi et bilatéraux, cette dynamique négative, restrictive (La stigmatisation, et son corollaire la discrimination), pénalisant les efforts aux niveaux mondial, continental, régional, national, communautaire, familial et individuel a été progressivement et correctement prise en compte, de façon à ce que de nos jours les effets et impacts commencent à être perçus et surtout vécus par les personnes directement pénalisées.

Ainsi, dans de nombreux pays, la situation est en train de changer avec la disponibilité du traitement antirétroviral et des approches dynamiques de communication, corrigeant adroitement les déficits d'informations et les perceptions erronées.

Aujourd'hui, on assiste en effet, à un certain changement au niveau des attitudes et des préjugés bien ancrés au préalable, dans l'environnement immédiat des PVVIH, à cause des bienfaits de la trithérapie et des retombées des campagnes et approches de communication. Très positivement certaines personnes infectées et/affectées et leur entourage considèrent le Sida comme une affection chronique gérable. Elles arrivent à sortir de la clandestinité, gérant leur statut à visage découvert dans un contexte d'accès régulier aux traitements, de soutien psycho-social, de communication positive, tout ceci avec l'appui des équipes de soins œuvrant dans les communautés.

En Haïti des efforts considérables ont été consentis et une politique nationale définie et appliquée. Elle se traduit au niveau de la réponse nationale face à la dynamique de l'infection à VIH, par l'élaboration du Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) donnant les grandes lignes directrices pour les interventions à tous les niveaux. A titre d'exemple, la prise en charge des PVVIH qui était assurée par deux institutions qui disposaient des ARV en 2004 est actuellement couverte au niveau de 140 sites qui offrent des services ARV à travers le territoire national a plus de soixante mille patients .

Comme évoqué précédemment, cette disponibilité et cet accès aux traitements, renforcés par une stratégie de communication constitue sans nulle doute, une manière de lutter contre la discrimination et la stigmatisation. Des groupes de support se sont multipliés dans les sites de prise en charge afin d'assurer une meilleure acceptation de la maladie et de diminuer le déni, autre effet pervers de la stigmatisation et de la discrimination.

L'un des principaux obstacles sur la voie d'un recul de la stigmatisation et la discrimination est le manque de données de suivi et d'évaluation. Au niveau national, comprendre quelles sont les causes et conséquences de la stigmatisation et la discrimination est fondamental pour bien « connaître l'épidémie ». Au niveau des programmes, évaluer les progrès et l'impact des interventions visant à faire reculer la stigmatisation est essentiel pour identifier les meilleures pratiques et élargir les activités de lutte contre la stigmatisation/discrimination. Or, si les données de suivi et d'évaluation des efforts entrepris au niveau national comme au niveau des programmes revêtent une importance cruciale pour enrayer la propagation du VIH et accroître le recours aux services de soins et de traitement, elles sont bien souvent négligées dans les cadres nationaux de suivi et d'évaluation. Le programme national de

lutte contre le Sida a, intégré la stigmatisation et la discrimination dans ses activités et se propose de renforcer la capacité des conseillers et responsables nationaux en matière de mesure des résultats obtenus concernant ces deux facteurs et d'établissement de rapports.

4.6.2 Mesures correctives

Depuis déjà plusieurs années, les experts, les chercheurs et les personnes vivant avec le VIH identifient la stigmatisation et la discrimination comme étant des facteurs majeurs de propagation de l'épidémie de VIH. En 1987, Jonathan Mann, alors directeur du Programme mondial de Lutte contre le Sida de l'Organisation Mondiale de la Santé, identifiait trois composantes à l'épidémie de VIH : la première était le virus VIH, la deuxième le Sida, et la troisième la stigmatisation, la discrimination et le déni. Il prédisait alors que la stigmatisation, la discrimination et le déni prendraient une importance comparable à celle de la maladie elle-même. Trente ans plus tard, il est tragique de constater que la stigmatisation et la discrimination demeurent des problèmes cruciaux, à un moment où le traitement est de plus en plus accessible, et où la prévention du VIH est non seulement de plus en plus possible, mais avant tout essentielle.

Pour que le pays mette sur pied une campagne efficace contre le VIH, il faut que les autorités nationales de coordination cernent précisément la dynamique de leur épidémie ou de leurs sous-épidémies. La plupart des pays collectent des données et établissent des rapports sur l'incidence et la prévalence du VIH dans le but de comprendre leur épidémie. Cependant, ces données ne constituent qu'une seule pièce du puzzle.

En effet, outre les données épidémiologiques, il est fondamental de connaître les causes et impacts de l'épidémie. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH représentent un moteur majeur de l'épidémie. Les autorités nationales de coordination doivent donc reconnaître la pertinence des données nationales relatives à la stigmatisation et la discrimination et intégrer activement les indicateurs s'y rapportant dans leurs efforts annuels de suivi et d'établissement de rapports.

4.6.3 Activités clés à entreprendre

- Fourniture d'un appui psychologique et d'un conseil juridique aux personnes vivant avec le VIH pour lutter contre la stigmatisation internalisée (sentiment d'inutilité, honte et dépression associés au diagnostic) et entamer une action de persuasion ;
- Mise en place d'une campagne fondée sur les droits avec les médias et les pouvoirs publics pour sensibiliser à la question de la stigmatisation liée au VIH ;
- Fourniture de services sanitaires complets (dépistage et conseils volontaires, prise en charge des IST et services sanitaires de prévention) le long des frontières, dans les zones douanières, de façon à combattre la stigmatisation associée au fait d'obtenir ces services, et donc d'accroître le recours à ces services ;
- Fourniture d'une information, d'une éducation et de conseils aux employés vivant avec le VIH ;
- Fourniture de services de traitement et de soins aux employés vivant avec le VIH ;
- Implication de célébrités, responsables politiques, sportifs et autres personnalités influentes dans la promotion des attitudes et comportements non stigmatisants ;
- Invitation des dirigeants religieux et traditionnels à reconsidérer et réformer les habitudes favorisant les attitudes et comportements stigmatisants ;
- Promotion de l'interaction directe et indirecte entre les personnes vivant avec le VIH et les publics clés pour combattre les idées fausses sur les personnes affectées par le VIH ;

- Lutte contre l'homophobie, la violence sexuelle, les attitudes négatives à l'égard des consommateurs de drogues, et autres facteurs contribuant à la stigmatisation et la discrimination ;
- Fourniture de médicaments et traitements essentiels aux personnes vivant avec le VIH sur la base de « quatre piliers » (combinaison de la prévention et du traitement du VIH avec des programmes pour la fourniture de soins primaires complets ; améliorer les soins de la tuberculose ; améliorer le dépistage et le traitement des IST ; et mettre l'accent sur la santé des femmes), avec à la clé un recul de la peur associée au diagnostic du VIH ;
- Lutte contre la pauvreté ou même dans des quartiers les plus défavorisés.

4.7 Renforcement du système

Les fonds ont considérablement diminué en 2015 et l'un des domaines qui a le plus souffert est le renforcement du système en tant que domaine transversal via le PNL. Plusieurs établissements qui avaient engagé des ressources humaines rares en périphérie avec les fonds VIH ont dû renvoyer ce personnel. Par contre les activités de formation et d'enrôlement des ASCP se poursuivent. Le tableau donne des informations sur leur répartition à travers le pays.

Tableau 30. Répartition des ASCP en 2015

Département	ASCP recrutés	ASCP formés
Artibonite	181	548
Centre	144	141
Nippes		109
Nord		223
Nord est		168
Nord ouest	22	285
Ouest		1843
Grande anse		231
Sud		174
Sud est		234
Total	347	3956

Au total, 3 956 ASCP ont été formés fin 2015 depuis le commencement du déploiement des ASCP sur le territoire national. De ce nombre, 2 611 ont été déjà affectés à un établissement de soins, soit 66%.

D'autres formations ont eu lieu et ont concerné l'ensemble des prestataires en VIH/sida du pays. Le tableau ci-dessous indique les formations réalisées, les institutions participantes et les PPS bénéficiaires. Ces informations ont été fournies par ITECH.

Tableau 31. Répartition des formations en 2014 et 2015, ITECH

Indicateur	Valeur		Remarques
	2014	2015	
Nombre de Personnel formé en PTME	53		Formation organisée par INHSAC (10 mars 2014 : 32 participants formés) et (15 septembre 2014 : 21 participants formés)
Nombre de Personnel formé en Système d'Information	30		Formation Open Elis : 6 participants formés en Janvier 2014 et 24 formés en juin 2014
	33	45	Formation iSanté / Open Elis (33 formés en mars 2014 et 10 formés en février 2015 ainsi que 35 formés en mars 2015)
Nombre de Personnel formé sur la Prise en charge ARV	28		Participants formés en mars 2014 Prise en charge de l'enfant exposé et infecté au VIH (formation organisée par NPFS : 2 participants formés en juillet 2014)
Nombre de Personnel formé dans le cadre de la Surveillance épidémiologique			
Nombre de Personnel formé en Suivi et Evaluation			
		5	Formation Co-Infection TB/VIH organisée par INHSAC juin 2015
Autres Formations Spécifiques	42		Formation sur la prévention positive en septembre et octobre 2014
	48		Formation HealthQual organisée en janvier 2014 par NPFS

5. Meilleures pratiques

5.1 Soutien du partenaire au sein du couple pour un meilleur suivi du traitement

C'est l'histoire de Pierre, un homme âgé de 45 ans, originaire de Pilate qui vit avec sa concubine et ses 4 enfants dans la section communale de Margot plus précisément dans la localité de Carrefour- Anne. Avant sa maladie, il travaillait dans la construction en République Dominicaine pour subvenir aux besoins de sa famille.

En janvier 2001, il développa des troubles de santé se traduisant par les symptômes suivants : Perte de poids marquée et fièvre d'allure vespérale. Ses malaises l'ont poussé à se rendre dans une institution sanitaire où il eut son premier test VIH positif en République Dominicaine. A cette époque, il n'accepta

pas les résultats. C'est ainsi qu'il dépensa toutes ses économies à la recherche de soins alternatifs en visitant des thérapeutes de tout genre.

En 2006, son état s'aggrava et, ne pouvant plus travailler, il décida de retourner à l'alma mater, sa ville natale. Le 20 janvier 2006, il se fit tester pour la seconde fois à l'Hôpital L'Espérance de Pilate avec toujours un résultat positif. La confirmation de cette positivité qu'il connaissait déjà eu pour conséquence un changement d'attitude vis-à-vis de son environnement car Il devint hermétique et très réticent à communiquer mais grâce au soutien de sa femme il accepta l'enrôlement au programme VIH/sida.

Histoire détaillée de la maladie de Pierre. Le 22 mai 2006, le patient était vu en clinique pour des lésions vésiculeuses au visage, toux persistante productive remontant à 3 mois, perte de poids et fièvre. Son cas nécessitait donc l'hospitalisation en urgence. Les tests au labo avaient révélés deux diagnostiques :

- TB pulmonaire (Fin du traitement le 16 février 2007)
- Zona ophtalmique

La prise en charge a tout de suite été faite en salle d'hospitalisation. Le traitement ARV proposé était (Combivir et EFV) associé au traitement antituberculeux et les deux ont été instaurés de manière concomitante le 29 mai 2006.

Impact de la maladie. Cette maladie chronique l'avait appauvri en le dépouillant de toutes ses économies, ce qui l'empêchait de subvenir aux besoins de sa famille. Le comportement stigmatisant de ses proches à l'exception de sa femme le poussa à établir un retrait des activités communautaires que jadis il présidait.

Histoire de son amélioration et de sa convalescence. Avec le support de sa femme et le dévouement de l'équipe de soins, il adhéra au traitement sans faillir car il prenait régulièrement ses médicaments. Après 22 à 30 jours de traitement l'évolution de son état était très satisfaisante.

Impacts positifs. La prise en charge globale des différentes infections opportunistes retrouvées ont permis à ce dernier d'être beaucoup plus alerte et de reprendre ses activités. C'est ainsi que depuis trois ans environ il travaille comme agent de terrain et a réintégré les activités communautaires. Il n'est plus stigmatisé par ses proches et reçoit le soutien de tous.

Sa vie a changé grâce à l'instauration du traitement ARV et antituberculeux reçus gratuitement, aux supports de sa femme, au soutien du staff clinique et à son implication dans le traitement. ***Une bonne adhérence au traitement est une façon efficace de lutte contre la stigmatisation et la discrimination.***

5.2 Un conseil avisé d'un proche parent a sauvé une vie

Qui suis-je ? Je suis Nénette, âgée de 45 ans, mère de 7 enfants. Je vis en concubinage avec un homme actuellement infecté par le VIH. Je suis une petite commerçante qui vend habituellement des boissons gazeuses. Malheureusement *la maladie m'a mis sur la paille.* " **Dépouillé** "



J'ai commencé à percevoir les signes de cette affection en 2001, je maigrissais, j'avais tous les symptômes du monde et j'étais en panique. Dans mon fort intérieur, j'étais convaincue qu'il s'agissait d'une maladie surnaturelle.

Recherche de soins. Vers les années 2007- 2008 mon cas empira. J'avais une fièvre quasi continue, de la diarrhée et des boutons. J'ai été chez des prêtres vaudou qui ont plutôt regardé l'aspect mystique du mal en me déclarant que l'on m'avait jeté un mauvais sort. Pour chasser les soi-disant Zombies qui me rendaient malades, l'un des Hougans m'a fouetté à différentes reprises. J'ai bu toutes sortes de décoctions et j'ai été soumise à des scènes terribles. Rien de tout cela ne soulageait mon mal car ma maladie ne faisait qu'empirer.

Conseil salubre d'une tante. En désespoir de cause, je me suis abandonnée aux conseils d'une tante qui m'a conduit à l'hôpital de L'Armée du salut où j'ai été dépistée positive pour le VIH en mai 2008. Les prestataires de l'hôpital qui ont l'expérience et l'habitude de rencontrer ce genre de cas ont essayé à maintes reprises de me faire comprendre que c'était une maladie sans me convaincre car je pensais toujours que mon mal était du au mauvais sort.

Importance du counseling bien fait. Après différents entretiens et plusieurs séances de counseling j'ai fini par accepter le traitement proposé avec les ARV. En avril 2009, j'ai commencé le traitement mais souvent lorsque je n'avais pas de nourriture je ne le prenais pas.

Récidive, amélioration de la prise en charge/référence dans un centre spécialisé. Environ trois après, en 2012, je fus secoué par une toux grasse avec expectoration verdâtre et je maigrissais énormément. Les examens révélèrent une tuberculose et les médecins m'expliquèrent que le premier régime de traitement ne marchait plus pour moi à savoir Combivir + Névirapine. On m'a alors placé sous traitement anti tuberculeux et on m'a donné d'autres ARV, plus forts mais plus durs que les premiers. Après trois mois de traitement, il n'y avait pas d'amélioration avec les drogues anti tuberculeux et j'ai été transféré aux centres GHESKIO pour suivre un traitement

spécial. Actuellement je me sens tout à fait mieux comparativement à ma situation antérieure surtout avec le dernier changement de régime :Combivir+Kaletra.

Mes leçons apprises. Le traitement antirétroviral est vraiment efficace mais il faut le prendre tous les jours. Mieux vaut tard que jamais. Il faut encourager tous les malades qui ont des symptômes comme moi à se rendre à l'hôpital pour se faire soigner gratuitement. J'ai été dépouillé financièrement parce que je ne voulais pas reconnaître que j'avais un problème de santé qui méritait une prise en charge spéciale donc j'étais en plein déni. Le dépistage précoce est vraiment à conseiller car la prise en charge est beaucoup plus facile et la guérison plus évidente. Plus on traîne plus on a des complications. L'adhérence au traitement est nécessaire si on ne veut pas développer une résistance aux ARV et aux drogues anti TB.

5.3 Wide une adolescente courageuse

Décès de la mère de Wide. Wide est une adolescente de 15 ans qui habite à Rack Baumier dans la Section Communale de Baint. Sa mère est décédée pendant qu'elle était bébé des suites d'une maladie inconnue. Son père est vivant mais il ne s'occupe pas d'elle. Elle a un frère et une sœur qui ne vivent pas avec elle et dont elle ignore l'existence. Depuis la mort de sa mère elle vit chez sa Tante (particulièrement dans une famille composée de 4 personnes : sa tante, son oncle, son cousin et sa cousine).



Début de la maladie de Wide. A l'âge de 11 ans, elle commença à présenter certains signes de maladie : douleur abdominale et fièvre. Ses parents l'ont amené à plusieurs centres de santé. Avec les médicaments, la douleur abdominale diminua, cependant la fièvre persista.

Référence à l'hôpital Saint Boniface de Fond des blancs. Comme son état ne s'améliorait pas, ses parents avaient décidé de l'emmener en juillet 2012 à l'Hôpital Saint Boniface de Fond des blancs. Après consultation et réalisation de tests de laboratoire, sa tante a été informée de façon confidentielle de sa pathologie et on lui a prescrit des médicaments qui ont fait disparaître la fièvre. Sa tante, femme avertie, a alors commencé à lui donner les médicaments prescrits chaque jour sans qu'elle n'en sache la raison. Après quelques mois sa tante lui a confié la responsabilité de prendre elle-même ses médicaments. Malheureusement, à plusieurs reprises elle oublia de les prendre.

Perdue de vue. A partir de 2013, elle commença à rater aussi ses rendez-vous à cause de la suppression des frais de transport donnés par l'institution. En avril 2014, elle fit une rechute avec comme conséquence une hospitalisation en urgence à cause de son état de santé qui se dégradait.

Suite à cette hospitalisation son état s'était de nouveau amélioré et sa tante a repris l'habitude surveiller régulièrement la prise quotidienne de ses médicaments.

Des soins centrés sur la personne humaine. Outre le support médical reçu, son centre de soins a : Facilité la participation de la jeune fille à plusieurs séances au club de préparation à la révélation de son statut.

Effectué des visites domiciliaires auprès des parents afin qu'ils voient la nécessité de mettre l'adolescente au courant de son diagnostic ;

Invité les parents à venir à l'hôpital pour recevoir une orientation sur la stratégie à utiliser pour procéder au dévoilement ;

Facilité la révélation finale du statut à l'adolescente par l'un des membres de sa famille à l'Hôpital (ce travail a été renforcé par l'intervention du psychologue et de la travailleuse Sociale)

Effectué plusieurs visites de suivi après dévoilement du statut de la jeune fille dans le cadre d'assistance psycho sociale.

Wide regarde son avenir avec confiance. Wide affirme que la connaissance de son statut est un stimulant qui l'aidera à lutter davantage contre cette maladie. Alors, elle a compris la nécessité de bien prendre ses médicaments et également de respecter les rendez-vous. Elle a repris goût à la vie quand elle se vit plus épanouie et plus belle. Le dévoilement de son statut réalisé selon les normes de bonne pratique est un stimulant qui favorisa la compliance au traitement.

5.4 La force du mentorat dans la rétention et le suivi des patients sous ARV

Inclusion du sanatorium de Port au Prince dans le réseau GHESKIO de soins. Le réseau GHESKIO/MSPP/PEPFAR a eu l'opportunité d'avoir en 2015 d'un nouveau site, le Sanatorium Port-au-Prince. Cet établissement est, depuis son adhésion au réseau GHESKIO, un des sites les plus performants de la zone urbaine de PAP. La quantité de patients enrôlés en soins liés au VIH ainsi que la qualité des services offerts aux patients est devenue un modèle de réussite à petite échelle du partenariat GHESKIO/MSPP/PEPFAR.

Introduction du modèle de l'offre de soins de GHESKIO par réingénierie. Le Sanatorium de PAP avant de rejoindre le réseau GHESKIO/MSPP/PEPFAR, réseau était sous la responsabilité d'une autre entité. Au cours de l'année 2014, cette institution a enrôlé un total de 46 patients sous ARV. En rejoignant le réseau GHESKIO/MSPP/PEPFAR en Octobre 2014, il a été immédiatement intégré au réseau afin de recevoir le plein soutien de celui-ci. C'est ainsi qu'un coordonnateur de site a été recruté pour superviser le site avec l'appui de l'équipe mobile GHESKIO sur une base hebdomadaire. La supervision étant essentielle aux opérations, le coordonnateur a agi comme agent de liaison tout en étant responsable principalement de la mise en œuvre de trois interventions recommandées par le réseau pour améliorer l'enrôlement des patients en soin et la rétention sous RV. Des ateliers trimestriels ont été organisés pour guider les efforts des coordonnateurs de site et superviser les performances aidant ainsi à rationaliser les ressources et à renforcer les capacités à lier les patients aux soins fournis par les médecins.

Au cours de l'exercice fiscal en cours, le Sanatorium de PAP a enrôlé plus de trois fois le nombre de patients enrôlés aux ARV en 2014. En Septembre 2015, 122 patients étaient actifs sous ARV et en soins. En mai 2015, l'institution a mis en œuvre trois interventions pour augmenter l'enrôlement des patients en soins et la rétention des patients sous ARV. Les trois interventions comprenaient :

- Inclure et faire le suivi de tous les patients VIH+ à l'EMR national (i.e. I-Santé) pour offrir offrant des soins aux patients sur place et ensuite bien documenter les transferts de patients ;

- Faire des appels téléphoniques aux patients par le médecin après leur première visite à la clinique ;
- Diminuer le nombre de jours entre le dépistage du VIH et l'enrôlement aux ARV chez les patients éligibles.

Evaluation opérationnelle du modèle. Dans une évaluation pilote des 3 interventions mises en œuvre depuis Juin 2015, réalisée en Août 2015, 46 (90%) des 51 patients VIH positifs ont été enrôlés en soins dans le site, 27 (61%) d'entre eux étaient des patients nouvellement diagnostiqués qui ont reçu un appel initial du médecin. En outre, le délai moyen entre le test VIH et la date du test CD4 était de 2 jours; et, le délai moyen entre la date du test et l'initiation aux ARV était de 3 jours. En Juin 2015, 100% des patients éligibles aux ARV ont débuté le traitement.

Leçons apprises. L'histoire du Sanatorium de PAP est un exemple de succès du mentorat spécifique au site du réseau GHESKIO/MSPP/PEPFAR qui peut être répliquée dans tous les sites à l'échelle nationale. La performance et le renforcement du site pour enrôler et retenir les patients en soins constituent une expérience positive de la capacité installée que détient le réseau GHESKIO/MSPP/PEPFAR et que le reste du système pourrait répliquer à travers des échanges croisés et du partage des expériences. GHESKIO en sortirait agrandi et encore plus performant au bénéfice des PVVIH et de la population haïtienne.

6. Suivi et évaluation

6.1 Vue d'ensemble du système de management de données VIH/sida

Tel que le montre le schéma ci-dessous le système a 3 niveaux : périphérique, intermédiaire et central. Ce schéma qui suit présente les liens fonctionnels entre les instances de S&E des différents niveaux et le mécanisme global de remontée de l'information du niveau le plus bas de la pyramide de gestion des données aux CT du PNLN et PNLT plus l'UCP.

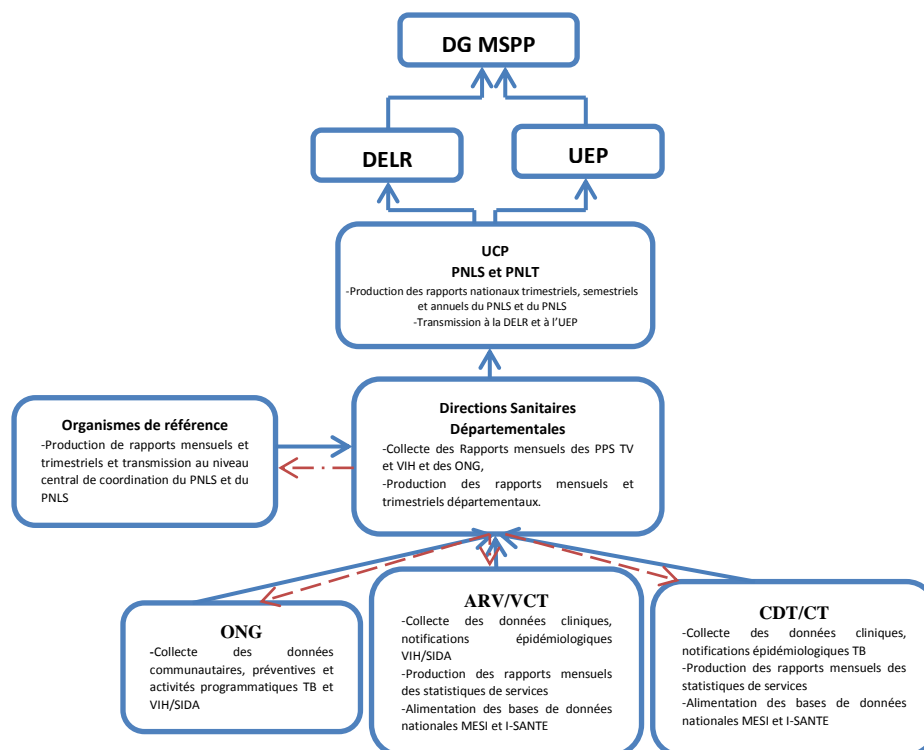


Figure 5. Flux d'information du système de S&E du PNLN et du PNLT : Schémas de transmission des rapports du niveau périphérique au niveau central.

6.2 Principaux défis

Tous les défis sont en rapport à l'amélioration de la qualité des données transmises du niveau périphérique jusqu'au niveau central. Ce sont :

- Une meilleure implication des directions des PPS du niveau périphérique dans la gestion du micro-système de management de données du PPS en faisant respecter les délais de soumission, la complétude des données et en procédant à une vérification de première intention des données des rapports statistiques de services avant leur soumission ;
- Le renforcement de la capacité des DDS en matière de SE pour assurer de façon régulière la supervision des PPS de leur aire de desserte et en faisant de façon trimestrielle la validation des données des rapports mensuels de ces PPS ;
- Le renforcement de la capacité de pilotage du système par le niveau central. Il faut développer à court terme la capacité du niveau central, c'est-à-dire le service SE de la CT du PNLN à mieux coordonner les interventions des différents acteurs de management en SE et à moyen terme le développement de sa capacité de contrôle et d'audit de la qualité des données.

6.3 Solutions recommandées

Les principales solutions à envisager sont :

- Un support technique de la part des partenaires, en particulier les bailleurs de fonds et les agences onusiennes, au fonctionnement régulier du CNQD en VIH/sida ;
- La formation des ressources humaines du niveau central en management en SE ;
- La standardisation de tous les processus en SE sur la base de l'assurance qualité ;
- Et l'amélioration de la capacité de tous les niveaux à produire de l'information de qualité.

7. Conclusion

Malgré le contexte difficile que ça soit au niveau national (période électorale difficile et confuse), que ça soit au niveau international (diminution de ressources), la Riposte nationale a eu des gains qu'il convient de bonifier et de fructifier. Les interventions de prévention, soins et traitement ont du prendre le recul, faire une pause et réévaluer les stratégies afin de bien avancer dans la voie de l'élimination de la stratégie d'élimination du VIH à l'horizon 2018. En attendant, il faut augmenter les cohortes de patients sous traitement, avoir des interventions accélérées au niveau des groupes clés tout en agissant de façon intelligente au niveau des autres groupes vulnérables.

2017 et 2018 seront ce que 2016 leur a bien préparé. Le manuel de normes de prise en charge va être actualisé tout en le colligeant avec celui de la PTME. En suivi évaluation, les structures se renforcent. L'EMMUS VI a déjà démarré de même que l'enquête sérosentinelles chez les femmes enceintes. L'enquête sur la rétention est à la phase de collecte de données et on aura les résultats au début de l'été 2016. La prévention doit être redynamisée en fonction des nouvelles connaissances et des nouveaux paradigmes.