



Programme National de  
Lutte contre le Sida

(PNLS)

Octobre 2013

No 5

## EDITORIAL

Chers amis lecteurs,

Le numéro 5 du bulletin épidémiologique VIH/sida en Haïti est un numéro spécial. Le comité de rédaction nous présente 4 articles d'une très bonne facture.

Le premier concerne les résultats des estimations pour l'année 2013. Nous participons régulièrement aux ateliers réalisés en ce sens par ONUSIDA. Nous avons été très heureux de la participation de NASTAD au sein de l'équipe haïtienne qui a été à Dakar en avril 2013 pour faire ce travail avec l'encadrement des experts de l'ONUSIDA. NASTAD est un partenaire important pour le PNLS car c'est lui qui gère la base de données de surveillance épidémiologique, assure un certain encadrement technique auprès des Directions Sanitaires Départementales et effectue des visites de validation de données en matière de notification de cas VIH dans toutes les régions.

Le deuxième rapporte les principaux résultats de la dernière ESSMS. Cette enquête nous fournit des informations clés sur l'évolution de l'épidémie chez les femmes enceintes. Bien que nous ne puissions pas extrapoler les résultats à la population haïtienne; Nous devons les utiliser à la prise de décision et à la planification au niveau des sites qui y ont pris part. Ils seront d'une grande utilité pour les décideurs nationaux et internationaux et également pour les chercheurs en quête d'information afin de mieux comprendre l'évolution de l'épidémie VIH en Haïti, d'avoir des informations leur permettant de réaliser des enquêtes sur les déterminants, les meilleures pratiques, les stratégies efficaces capables susceptibles de renforcer les interventions en cours d'exécution.

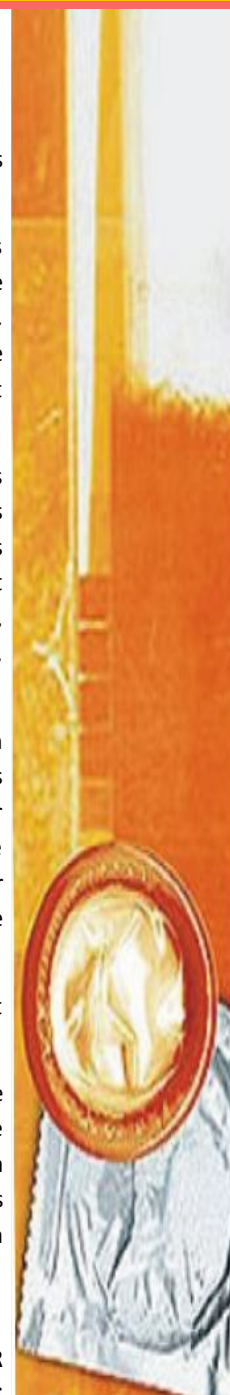
Le troisième nous fait comprendre que l'enregistrement et surtout la complétude des données est une dimension importante de la qualité des données. Imaginez un instant que tous nos registres étaient bien remplis, nous pourrions économiser des fonds pour investir dans d'autres interventions. Nous n'aurions plus besoin de réaliser des ESSMS, car nous pourrions la réaliser à travers les données stockées au niveau de la base de données de surveillance épidémiologique. L'appui des institutions ombrelles de réseaux de partenaires est indispensable pour permettre au MSPP et en particulier la Coordination Technique du PNLS de mieux assurer sa fonction de supervision pour une meilleure gestion des données au niveau de leurs institutions respectives.

Le quatrième montre que le PNLS bouge. Il réfléchit aux problèmes de fonds sur la qualité des données VIH/sida et propose des interventions structurantes pour renforcer les partenariats actuels qui constituent le socle du PNLS.

Enfin, nous informons nos chers lecteurs que la décision a été prise par Madame la Ministre de la Santé Publique et de la Population de réviser le PSNM à 2018. C'est une décision stratégique majeure qui permettra au pays de se doter d'un outil stratégique fort qui l'habilitera à mobiliser des ressources pour l'avancement de la lutte. Ce sera aussi, l'opportunité non seulement de mieux définir la réponse à l'épidémie au sein des groupes clé mais également approfondir l'intersectorialité pour une meilleure implication de toutes les parties prenantes de la Riposte nationale face à l'épidémie du VIH en Haïti.

Bonne lecture,

Dr Joelle Deas VAN ONACKER  
Coordonnatrice PNLS



## Sommaire

<b>Editorial.....</b>	<b>1</b>
<b>Liste des acronymes .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Haïti 2013 : le VIH/sida en chiffres basés sur les données épidémiologiques estimées .....</b>	<b>5</b>
1.1 Certaines estimations à mémoriser .....	5
1.2 Introduction .....	5
1.3 Principaux résultats des estimations .....	5
1.3.1 Chez les adultes.....	5
1.3.2 Chez les enfants et les jeunes .....	6
1.4 Quantification des besoins.....	7
1.5 Conclusion .....	8
<b>2. Etude de séro surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis .....</b>	<b>8</b>
2.1 Introduction .....	8
2.2 Objectif et Méthodologie.....	8
2.2.1 Objectifs .....	8
2.2.2 Méthodologie.....	9
2.2.3 La collecte des données .....	10
2.2.4 La collecte des spécimens.....	10
2.3 Principaux résultats de l'enquête .....	10
2.3.1 Prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes .....	10
2.3.2 Prévalence en considérant le groupe d'âge et le niveau d'instruction et statut matrimonial.....	13
2.3.3 Prévalence de l'infection au VIH selon le nombre d'années avec le partenaire, la parité, le nombre d'années dans la zone de résidence, le lieu de résidence et la présence de syphilis. ....	13
2.3.4 Évolution de la prévalence de l'infection au VIH et de la Syphilis dans les huit sites de 1996 à 2012. ....	14
2.4 Conclusion .....	15
<b>3. Evaluation de la qualité des données PTME au cours de l'ESSMS de 2012.....</b>	<b>16</b>
3.1 Introduction .....	16
3.2 Objectif.....	17
3.3 Méthodologie et collecte de données .....	17

---

3.3.1 Sélection des sites .....	18
3.3.2 Taille de l'échantillon .....	18
3.4 Résultats.....	18
3.5 Conclusion.....	19
<b>4. Comité National de la Qualité des Données VIH/sida en Haïti : un atout majeur pour la vitalité du système national suivi et évaluation en VIH/sida .....</b>	<b>20</b>
4.2 Introduction et mise en contexte .....	20
4.3 Prise de conscience des enjeux liés à des données de qualité en VIH/sida.....	20
4.4 Que faire.....	20
4.5 Fondamentaux du CNQD .....	23
4.5.1 Vision.....	23
4.5.2 Mandat.....	24
4.5.3 Attributions .....	24
4.5.4 Acteurs du CNQD .....	24
4.5.5 Fonctionnement du CNQD.....	25
4.5.6 Conclusion.....	25
4.5.7 Références.....	25
<b>5. Coin des infos .....</b>	<b>26</b>

## Liste des acronymes

CDC	Center for Diseases Control
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CPN	Clinique Pré Natale
EMMUS	Enquête Morbidité Mortalité et Utilisation des Services
ESSMS	Etude Sero Surveillance par Méthode Sentinelle
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NASTAD	Alliance Nationale des Directeurs de Programme des Etats et Territoire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PLNS	Programme National de Lutte contre le Sida
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Acquis

# 1. Haïti 2013 : le VIH/sida en chiffres basés sur les données épidémiologiques estimées

## 1.1 Certaines estimations à mémoriser

Nombre de PVVIH	: 150.000
Nombre de nouvelles infections	: 8.200
Nombre de décès dus au sida	: 6.000

## 1.2 Introduction

Le présent article fait état des projections épidémiologiques du VIH à partir du modèle SPECTRUM développé par l'Equipe de référence ONUSIDA/OMS. Nous présentons l'essentiel des estimations des paramètres liés au VIH/sida pour l'année 2013. Chaque deux ans entre mars et juin (année paire), l'ONUSIDA organise des ateliers de travail sur les estimations et projections. Les produits sont régulièrement mis à jour à partir des consignes et recommandations du Groupe de Référence au cours de l'année suivant la tenue des ateliers (année impaire).

En avril 2013, une délégation (composée de 5 membres du PLNS, de la NASTAD et de l'ONUSIDA a quitté Haïti en vue de participer à l'atelier à Dakar au Sénégal. Au bout de 3 journées de travail, l'équipe a produit un brouillon du fichier pour le pays. Au retour l'équipe s'est dotée d'un calendrier pour finaliser le travail commencé à Dakar et transmettre ensuite le fichier à ONUSIDA Genève.

L'exercice a consisté à introduire au niveau de l'outil SPECTRUM les données de base telles que les rapports des enquêtes sérologiques au niveau de la population et chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles, les statistiques de services de traitement ARV, les données sur la PTME. Puis le modèle les analyse et produit les résultats dont les plus importants vont être présentés dans cet article.

## 1.3 Principaux résultats des estimations

### 1.3.1 Population générale

Selon les nouvelles estimations réalisées par l'Unité de Suivi-Evaluation du PNLS<sup>1</sup> avec l'aide de l'outil SPECTRUM, le profil épidémiologique d'Haïti se dessine ainsi :

- 150 mille [130 000 ; 160 000] personnes vivant avec le VIH à la fin de 2013. La prévalence estimée pour cette année s'établirait à 2 % [1.8 ; 2.3], soit 1,6 chez les hommes et 2,4 chez les femmes âgés de 15 à 49 ans. La proportion de femmes contaminées par le VIH reste plus élevée (on compte 138 femmes pour 100 hommes). Ce ratio évolue lentement entre 57 et 58 % au cours de la première moitié de la décennie 2010.

<sup>1</sup>Atelier estimations et projections organisé sous le haut patronage de l'ONUSIDA à Dakar en Avril 2013

- Le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH enregistrés au niveau de la population connaît une nette diminution au cours des dernières années. En effet, au bout de 5 ans, on estime que l'incidence a chuté de près d'un quart passant de 11.000 en 2008 à 8.200 en 2013.
- Malgré les progrès récents dans l'enrôlement en soins et traitement, on estime à près de 6.000 le nombre de victimes du sida au cours de l'année.
- Le tableau de répartition indique que toutes les tranches d'âge (quinquennal) de la population sont touchées par l'épidémie du VIH. Le groupe d'hommes et de femmes âgés de 30 à 34 ans serait plus affecté, avec plus de 17 % de l'ensemble.

**Tableau 1.- Répartition du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH**

Groupe d'âge	Ensemble	Hommes	Femmes	Groupe d'âge	Ensemble	Hommes	Femmes
0-4	2,846	1,457	1,389	45-49	13.257	5.994	7.303
5-9	4,277	2,191	2,086	50-54	8.223	3,763	4,461
10-14	4,236	2,163	2,073	55-59	4.535	2,073	2,461
15-19	4,953	2,065	2,888	60-64	2.440	1,100	1,340
20-24	11,521	4,206	7,315	65-69	1,358	622	736
25-29	20,210	7,529	12,681	70-74	913	431	482
30-34	25,837	10,270	15,567	75-79	496	241	255
35-39	23,359	9,755	13,604	80 et +	203	105	98
40-44	18,137	7,833	10,304	<b>Total</b>	<b>146. 801</b>	<b>61,758</b>	<b>85,043</b>

- Avec les acquis de l'extension de la prise en charge du traitement par les antirétroviraux au cours des dernières années, l'espérance de vie des personnes malades tend à s'améliorer, ce qui contribue à augmenter considérablement le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans au cours des prochaines années. Avec environ 5.000 personnes, ces derniers représentent plus de 3 % de la population de PVVIH en 2013.

### 1.3.2 Chez les adultes 15 ans et plus et 15-49 ans

- L'effectif d'adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH est passé de 132.000 en 2010 à 136.000 [122.000 ; 152.000] en 2013, soit une hausse de 3 %. Avec les tendances actuelles, en 2015 les adultes représenteront 94 % des PVVIH contre 90% en 2010. Dans cette catégorie, pour chaque 100 femmes on compte seulement 70 hommes vivant avec le VIH en 2013. A moyen terme, nous n'assisterons pas probablement à un renversement de cette tendance dans la mesure où elle est inhérente à la vitesse de la propagation de l'épidémie de type généralisé dans un contexte de sous-développement<sup>2</sup>. Ainsi, après une hausse substantielle de 2 % entre 2010 et 2011, les nouveaux cas VIH adultes ont baissé de 17 % entre 2011 et 2013 pour atteindre 7.800. Les femmes représentent 58 % des nouveaux cas survenus au cours de la première moitié de la décennie de 2010.

<sup>2</sup> Voir les éléments d'explication dans : Klemens H., & Guenter D. (1999). Le Sida, un obstacle au développement. D+C Développement et Coopération (no. 5), pages 16-18.

- Selon les résultats obtenus de l'exercice d'estimations de 2013, 8 personnes sur 10 ayant été contaminées par le VIH seraient âgées de 15 à 49 ans. Parmi toutes les couches de population, les hommes et les femmes en âge de procréer (environ 120.000 en 2013) constituent le groupe dont l'effectif varie le moins.

### 1.3.3 Chez les enfants et les jeunes

- Selon les résultats des estimations de 2013, le nombre d'enfants touchés par l'épidémie du VIH tend à diminuer, passant de 14.600 en 2010 à 9.400 en 2015, soit une baisse de plus d'un tiers (36 %). Ce résultat serait obtenu en partie grâce à l'amélioration progressive des services offerts au niveau de plus d'une centaine de sites PTME dans le pays. Ainsi, le taux de transmission mère-enfant a connu une baisse considérable au cours de ces dernières années. Le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH survenus auprès des enfants a subi une baisse drastique (64 %) au cours de ces dernières années; passant de 1.400 en 2010 à 480 en 2013. Cette tendance va être maintenue jusqu'en 2015, mais insuffisante pour permettre au pays d'éliminer la transmission verticale qui est, à elle seule, responsable de la plupart (76 %) des cas incidents dans cette catégorie.
- Les jeunes âgés de 15-24 ans, représentant le quart de la population totale. Ils restent un groupe particulièrement vulnérable avec 16.500 malades en 2013 (pour la plupart des jeunes filles, près du tiers<sup>3</sup>), soit un peu plus de 11 % de la population touchée par cette pandémie. 31 à 33 % des nouveaux cas d'infection à VIH qui surviennent dans la population adulte (15 +) entre 2010 et 2015 sont dus à ce groupe. Au bout de 3 années, le nombre de nouveaux cas estimé chez les jeunes serait passé de 3.000 en 2010 à 2.450 en 2013, soit une chute de près de 20 %.
- Selon les résultats des estimations de 2013, la fécondité des jeunes femmes séropositives tend à baisser. Ainsi le nombre de jeunes femmes enceintes est passé de 1.000 en 2010 à 900 en 2013 pour tomber à 800 en 2015.
- En ce qui a trait aux personnes âgées, la tranche des 50 ans et plus dans la population de PVVIH ne cesse d'augmenter au cours de ces dernières années. En effet cette catégorie qui représentait seulement 10 % (15.000 personnes) en 2010 est passée à près de 13 % (18.000) en 2013.

## 1.4 Quantification des besoins

Parmi les indicateurs clé de résultats, les besoins en traitement ARV sont un élément essentiel dans la planification des intrants pour le système de soins destinés aux personnes vivant avec le VIH. Ils servent également à évaluer la couverture du traitement ARV et de la PTME. En se basant sur les nouvelles directives de l'OMS selon lesquelles le critère d'éligibilité aux ARV est passé à moins de 500 de CD4<sup>4</sup>, les

<sup>3</sup> Ces données devraient corroborer les résultats retrouvés dans l'EMMUS V selon lesquels le risque de contracter le virus du VIH est 3 fois plus élevé chez les jeunes filles.

<sup>4</sup> La CT du PNLS se propose d'appliquer les nouvelles à partir de janvier 2014

besoins aux ARV auraient augmenté de plus de la moitié. En effet on estime qu'environ 130.000 personnes (54.000 hommes et 76.000 femmes) dont 6.000 enfants seraient éligibles pour initier le traitement antirétroviral en 2014. Pour la catégorie de femmes enceintes, le besoin en PTME est de l'ordre de 5 000.

### **1.5 Conclusion**

Les résultats tels que présentés dans cet article n'offrent aux lecteurs qu'un résumé de l'ensemble des données fournies par le logiciel. Bientôt, la Coordination Technique du PNLS publiera un document qui traite des résultats complets des estimations et projections pour la période 2010-2015.

## **2. Etude de séro surveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH et de la syphilis**

### **2.1 Introduction**

En 1981, le VIH a été identifié en Haïti. Douze ans après, en 1992, le MSPP a décidé de mettre en œuvre un système de surveillance sentinelle pour le VIH et la syphilis chez les femmes enceintes en Haïti. Pour apprécier l'ampleur de l'épidémie, sept enquêtes de sérosentinelles ont été réalisées de 1993 à 2012. En 2003 elle a été exécuté dans 5 sites, en 1996 et en 2000 dans 12 sites, en 2003-2004, 2007, 2009 et en 2012 dans 18 sites. Ces enquêtes donnent une idée de l'évolution de l'infection à VIH dans le temps, selon les caractéristiques sociodémographiques bien précises.

Alors que le système national de surveillance du VIH continue de recueillir des données fiables, il s'avère nécessaire de continuer à réaliser les enquêtes de surveillance sérosentinelles dans les CPN, étant donné le niveau de complétude moyen des données au niveau des registres. Ceci est conforme à la politique définie par le MSPP, afin d'assurer la mise à jour des informations devant servir de référence pour suivre l'évolution des épidémies de VIH et de la syphilis. Les données provenant de différentes sources (système de surveillance, enquête sérosentinelles dans les CPN et programme de la PTME) sont utiles pour le calcul des estimations épidémiologiques, à la prise de décision, la planification à tous les niveaux de la pyramide de soins, de la pyramide gestionnaire et la programmation du système de surveillance.

### **2.2 Objectif et Méthodologie**

#### **2.2.1 Objectifs**

Le MSPP est le commanditaire auprès de NASTAD pour cette enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes en Haïti. Elle a été conduite au cours de l'année 2012 par IHE en collaboration avec le LNSP. Cette enquête se situe dans le cadre de la surveillance du VIH en Haïti et représente la septième de la série après celles menées en 1993, 1996, 2000, 2004, 2007 et 2009.



L'objectif général de cette étude était d'évaluer l'évolution continue de l'épidémie de VIH et celle de la syphilis parmi les femmes enceintes fréquentant les cliniques prénatales en Haïti.

Les objectifs spécifiques de l'étude, conformément au protocole des enquêtes précédentes visent à :

1. Déterminer la prévalence de l'infection au VIH et de la syphilis par site et pour un total de 7.200 femmes enceintes ciblées dans 18 institutions sentinelles.
2. Comprendre les variations observées pour la prévalence de l'infection au VIH et de la syphilis selon les caractéristiques sociodémographiques : groupes d'âge, milieu de résidence (urbain ou rural), niveau d'instruction, parité, statut matrimonial, nombre d'années avec le partenaire.
3. Comprendre l'évolution dans le temps de la prévalence de l'infection au VIH et de la syphilis parmi la population ciblée.

Le protocole utilisé comprend : la sélection des sites, l'étude de la population ciblée, le choix de l'échantillonnage, les méthodes de collecte de données et des spécimens, l'analyse des données, la méthode de supervision et de contrôle de qualité des données et des tests et pour finir les considérations éthique. Le protocole a été soumis au Comité d'Ethique du MSPP et à celui des CDC et a été approuvé avant le démarrage de l'étude.

## 2.2.2 Méthodologie

### 2.2.2.1 Sélection des sites et des gestantes

En vue comparer la tendance de l'infection du VIH par région pour la population de femmes enceintes prédéfinie, les établissements participant à l'étude ont été sélectionnés à partir de certains critères d'éligibilité bien définie, des critères de sélection ont été aussi établis pour le choix des gestantes retenues pour l'enquête.

### 2.2.2.2 Dépistage des patientes

La méthode de dépistage anonyme non corrélée a été utilisée, comme pour les études antérieures. Cependant, toutes les gestantes faisant partie de l'étude ont bénéficié le même jour d'une séance de « pré-test counselling » et ont été invitées à se faire tester sur une base volontaire, dans le cadre des services de PTME offerts par les cliniques prénatales dans lesquelles elles ont été enregistrées. Toutes celles qui ont été testées ont bénéficié dans un second temps d'une séance « post-test counseling ».

La détection des anticorps anti-VIH a été faite au LNSP selon la méthode MUREX VIH 1 /VIH 2. Tous les résultats révélés positifs ont été examinés à nouveau par le Colloïdal Gold. En cas de discordance entre les deux tests, un WESTERN BLOT a été effectué. La détection des anticorps anti-tréponémiques a été effectuée par la méthode Elisa Trepsure et tout spécimen positif a été testé par le Human RPR pour déterminer une syphilis active. 10% des spécimens testé positif pour le VIH et pour la syphilis et 5% des spécimens testé négatif ont été testé de nouveau par le laboratoire IMIS des centres GHESKIO.

### 2.2.3 La collecte des données

La collecte de données démographiques pour les femmes enceintes éligibles a été réalisée simultanément au prélèvement des spécimens qui sont acheminés ensuite au LNSP pour la confirmation des résultats de VIH et de syphilis.

Aussitôt arrivée dans le site, l'infirmière PTME entraînée est responsable de réaliser la sélection des femmes enceintes éligibles pour l'enquête et de remplir convenablement les outils de collecte de données pour cette gestante. Les données démographiques seront recueillies et rapportées sur le Formulaire : « Fiche de données démographiques des femmes sélectionnées ». Chaque forme était dotée d'un code, qui également correspondait à celui porté sur l'échantillon prélevé ; des étiquettes pré numérotées étaient disponibles à cet effet. Le transport des formes était assuré uniquement par le personnel dédié et impliqué dans l'enquête.

### 2.2.4 La collecte des Spécimens

La collecte de spécimens s'est déroulée de la période allant de février à août 2012 au niveau des institutions sélectionnées, et s'est produite simultanément avec la collecte des données démographiques. Les deux premières étapes de vérification de l'éligibilité et de sélection sont les mêmes que pour la collecte de données suivies de, la référence de la femme enregistrée au laboratoire du site pour la collecte de spécimen et le dépistage du VIH et de la syphilis. L'étape qui suit est l'apposition de l'étiquette sur le tube du spécimen prélevé dont le code correspond à celui de la forme démographique. Les spécimens sont ensuite centrifugés, et l'aliquotage est réalisé par le technicien de laboratoire entraîné pour la collecte de sérum avant la conservation au congélateur. Le transport des spécimens était assuré par le même personnel de l'enquête en plus du LNSP.

En dernier lieu, les deux bases de données consolidées utilisées pour la collecte de données démographiques et pour les résultats de tests VIH et syphilis sont comparées pour évaluer la concordance des résultats et faire des analyses descriptives pour rédiger le rapport d'enquête.

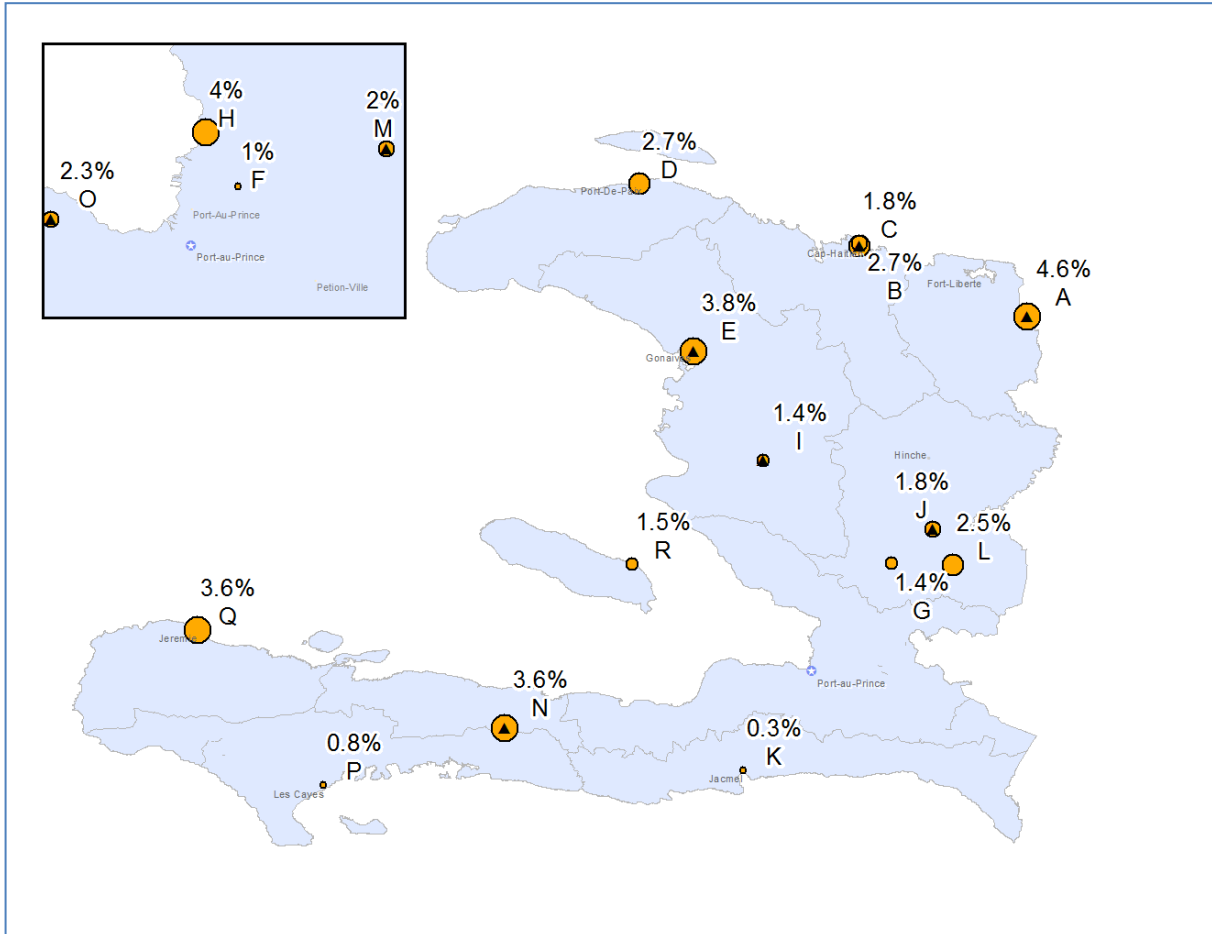
## 2.3 Principaux résultats de l'enquête

### 2.3.1 Prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes

Au total, 7.077 femmes enceintes avaient été dépistés pour le VIH et le test s'est révélé positif pour 164 d'entre elles, soit un taux de séropositivité de 2,30% avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 2,05% à 2,58%. La valeur médiane retrouvée pour la prévalence est de 2,15%.

La carte qui suit montre la variation de la prévalence par institution, se situant dans une fourchette comprise entre 0,3% et 4,6%. La prévalence la plus basse est observée à l'Hôpital de Saint Michel de Jacmel (K) et celle la plus élevée au Centre Médico-Social de Ouanaminthe (A).

Carte 1. Répartition de la prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes en visite prénatale suivant le site.



Le tableau ci-dessous indique le nom des sites et les communes où ils se trouvent.

Code	Commune	Site	Prévalence (%)
A	Ouanaminthe	Centre médico social	4,6
B	Cap Haïtien	Centre médico social de Lafossette	2,7
C	Cap Haïtien	Hôpital Justinien	1,8
D	Port de Paix	Hôpital Immaculée Conception	2,7
E	Gonaïves	Hôpital la Providence	3,8
F	Delmas	Hôpital Universitaire la Paix	1,0
G	Mirebalais	Clinique Mobile Hôpital Communautaire	1,4
H	Cité Soleil	Hôpital Sainte Catherine Labouré	4,0
I	Petite Rivière de l'Artibonite	Hôpital Charles Colimon	1,4
J	Cange	Hôpital Zanmi Lasante	1,8
K	Jacmel	Hôpital Saint Michel	0,3
L	Lascahobas	Hôpital de Lascahobas	
M	Pétion ville	Hôpital Communauté Haïtienne Frères	2,0
N	Fonds des Nègres	Centre de Santé Armée du Salut	3,6
O	Carrefour	Hôpital de Carrefour	2,3
P	Cayes	Hôpital Immaculée Conception	0,8
Q	Jérémie	Centre de Santé Haitian Health Foundation	3,8
R	La Gonave	Hôpital Wesleyen	1,5

Tableau 1. Répartition de la prévalence par site

La prévalence de l'infection au VIH est étudiée selon certaines caractéristiques sociodémographiques telles que présentées dans l'objectif 2 de l'étude à savoir:

- Le groupe d'âge;
- Le milieu de résidence;
- Le niveau d'instruction;
- Le statut matrimonial;
- La parité;
- Le nombre d'années avec le partenaire.

### **2..3.2 Prévalence en considérant le groupe d'âge et le niveau d'instruction et statut matrimonial.**

En général, la prévalence de l'infection au VIH observée augmente graduellement avec l'âge et ce schéma est quasi constant pour la totalité des institutions. Elle passe de 1,7% pour les femmes 15-19 ans pour atteindre les 3,0% parmi les 35-39 ans et pour redescendre à 2,3 % pour les plus de 39 ans.

Le niveau d'instruction a une influence sur le taux de séropositivité; les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction ont un taux d'infection au VIH supérieur à celles qui ont atteint le niveau secondaire (3,0% contre 1,8%). Il en est de même lorsque l'on compare celles de niveau primaire par rapport à celles de niveau secondaire (2,9% contre 1,8%). Ainsi, le facteur niveau d'instruction peut ne pas être un facteur de risque élevé associé à une infection au VIH, mais d'autres facteurs sont probablement plus significatifs tels que l'âge et le milieu de résidence.

La proportion des femmes infectées est légèrement plus élevée chez les femmes vivant en union sans cohabitation (2,5%) que chez celles en union avec cohabitation (2,2%). L'union serait un facteur protecteur.

### **2.3.3 Prévalence de l'infection au VIH selon le nombre d'années avec le partenaire, la parité, le nombre d'années dans la zone de résidence, le lieu de résidence et la présence de la syphilis.**

Le taux de séropositivité diminue avec le nombre d'années passé avec le partenaire passant de 2,5% pour celles ayant une a quatre ans d'union et atteignant 1,9% pour les cinq à 10 ans, le taux se stabilise à 1,2% pour celles ayant vécu 11 ans et plus avec un partenaire.

Le risque de positivité augmente progressivement avec le nombre de grossesse, passant de 1,7% pour la parité 0, atteignant 3,2% pour une parité égale à 2 puis diminue lorsque la parité est de 3 ou plus soit 2,9%.

Les valeurs retrouvées pour les niveaux de prévalence sont quasiment similaires lorsque l'on compare les milieux urbain et rural (2,4% vs2, 3%) et évidemment la très légère différence observée n'est pas statistiquement significative.

Généralement, la probabilité pour que le risque d'infection au VIH augmente c'est quand il est démontré une parité supérieure à 0 et quand la durée d'union avec un partenaire est très courte.

La vulnérabilité des femmes enceintes à l'infection au VIH en fonction de la syphilis a été aussi évaluée. En effet, il est démontré que la présence de syphilis est reportée à 6,3 % parmi les cas VIH positives et est hautement significatif.

### 2.3.4 Évolution de la prévalence de l'infection au VIH et de la Syphilis dans les huit sites de 1996 à 2012.

Huit institutions ont participé à la mise en œuvre de toutes les enquêtes sérosentinelles de 1996 à 2012. Ces établissements nous ont permis d'apprécier l'évolution de l'infection au VIH au fil des années. Sur les 2214 femmes examinées au niveau des 8 sites comparables, 5,9% étaient séropositives au VIH ;

En 2000 sur les 1.917 femmes enceintes testées, la prévalence était de 5,3 % ;

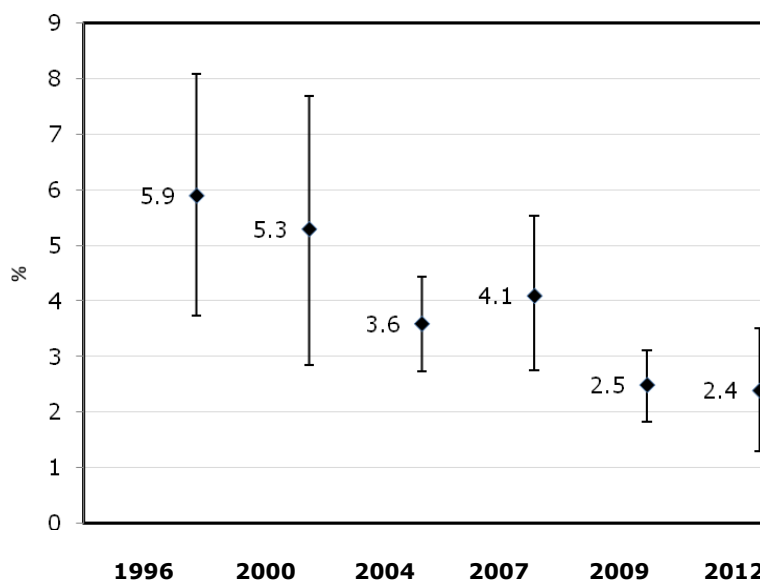
En 2004 sur les 3.238 femmes enceintes testées, la prévalence était égale à 3,6 % ;

En 2007 sur les 3.188 femmes enceintes testées, la prévalence était de 4,1 %.

En 2009 sur les 3.151 enceintes testées, la prévalence était de 2,5 % et en 2012 sur les 3.163 femmes enceintes testées, la prévalence était de 2,4 %.

Le Graphique suivant montre que la prévalence de l'infection au VIH chez les femmes enceintes testées au niveau des sites sentinelles considérés, diminue globalement au fil des temps de 1996 à 2012, malgré une légère remontée 2007 et une certaine stagnation entre 2009-2012.

**Graphique 1. Evolution de la moyenne de la prévalence de l'infection au VIH dans les 8 sites de 1996 à 2012**



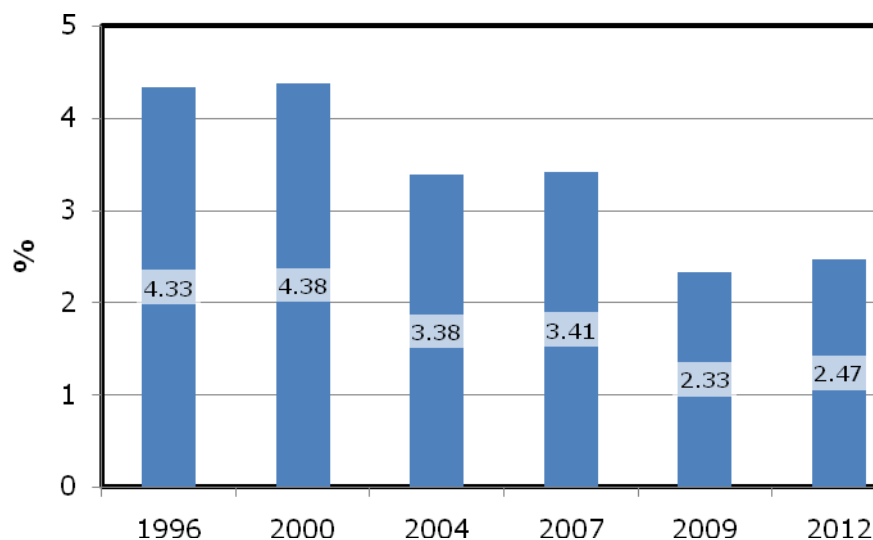
La valeur de la médiane de la prévalence du VIH diminue globalement au fil du temps dans les sites comparables malgré une légère accentuation en 2007 et 2012.

Ce rapport utilise les valeurs médianes pour caractériser les données au niveau national pour deux raisons:

1) les femmes enceintes qui ont été éligibles aux niveau des 18 institutions participants à l'investigation ne sont pas représentatives de la population de femmes enceintes d'Haïti, il serait donc erroné d'utiliser la moyenne des résultats obtenus à partir de tous les sites, qui peuvent différer considérablement en termes géographique et de couverture de la population

2) l'utilisation des valeurs médianes réduit l'impact de la variation des proportions entre les sites.

**Graphique 2. Présentation de la médiane de la prévalence de l'infection au VIH dans les sites de 1996 à 2012**



## 2.4 Conclusion

Une diminution de la prévalence de l'infection au VIH au cours des enquêtes successives de 1996-2012 a été observée. La tendance à la baisse a été retrouvée au niveau des huit sites comparables observés depuis 1996 et de l'ensemble des sites du réseau sentinelle à partir de 2003. Aucune différence significative n'a été retrouvée dans le niveau de prévalence pour les deux derniers passages (2009 et 2012). Ceci est en conformité avec les résultats de l'EMMUS IV (2005-2006) et de l'EMMUS V (2011-2012) où une certaine stabilité a été constatée.

Les raisons évoquées dans le précédent rapport pour expliquer la baisse de la prévalence de l'infection au VIH de 1996 à 2009 sont toujours valables, à savoir :

- Une utilisation accrue du condom;

- Une meilleure prise en charge des IST tant du point de vue qualitatif que quantitatif;
- Une campagne d'information et d'éducation de la population en matière de prévention des IST et en particulier du VIH/sida;
- Une augmentation substantielle de l'offre des services en matière de contrôle du VIH/sida, suite au support fourni par le projet PEPFAR et le projet Fond Mondial;
- La sécurisation de la transfusion sanguine.

Des efforts constants sont déployés pour réduire le risque de transmission mère-enfant ( offre de dépistage au VIH disponible aux femmes enceintes , option B+, renforcement de compétence des prestataires pour une meilleure gestion des femmes en PTME il n'en demeure pas moins que la relative stabilité de la prévalence de l'infection au VIH observée entre 2009 et 2012 mérite d'être investiguée.

### 3. Evaluation de la qualité des données PTME au cours de l'ESSMS de 2012

#### 3.1 Introduction

En Haïti, au cours des deux dernières décennies, en plus de l'enquête EMMUS IV qui pour la première fois a déterminé la prévalence du VIH, cette dernière et celle de la syphilis chez les femmes enceintes ont été estimées par des ESSMS sur une base biannuelle. Ceci a permis de fournir des renseignements essentiels sur cette population fréquentant régulièrement les CPN.

Haïti a un historique d'ESSMS, réalisée depuis 1993 à 2012 toujours au niveau des mêmes sites afin de comparer la tendance de l'épidémie. Ces enquêtes ont pu déterminer dans le temps, selon le milieu de résidence (urbain ou rural) et le groupe d'âge, la répartition et l'évolution de la prévalence de l'infection au VIH au sein de la population des femmes enceintes et ont grandement contribué à la planification et au renforcement des programmes de santé de la reproduction.

Certaines limitations liées à la mise en œuvre et aux informations générées par ces études biannuelles ont pu être identifiées au fil du temps. Parmi celles-ci, nous pouvons citer : (1) la duplication des services, car les tests de VIH et de syphilis sont répétés au moins deux fois pour la même patiente, une fois pour le dépistage de routine au niveau du site et l'autre pour vérification au niveau du laboratoire de référence; (2) la mise en place d'un système de coordination coûteux entre les différents partenaires pour la bonne marche de l'implémentation des études de surveillance; en dernier lieu (3) les ESSMS soulèvent le problème éthique lié à la méthodologie utilisée pour la captation des données - le consentement des participantes n'est pas obtenu car les données recueillies sont anonymes. La conséquence de cet état de fait est que les résultats des tests ne peuvent être délivrés aux patientes pour les suites nécessaires, mais les participantes ont toutes eu un counseling pré test et l'offre du dépistage pour une prise en charge éventuelle au cas où le test de dépistage serait positif.

Considérant qu'au cours des huit dernières années, la stratégie de riposte mondiale au VIH a été d'investir dans des systèmes de collecte de données efficace et d'assurer la disponibilité des tests de routine pour les femmes enceintes au travers des programmes de PTME. Au cours de cette ESSMS, la PTME a bénéficié d'une attention particulière en analysant la qualité des informations produites par les interventions de PTME et la principale question de recherche a été la suivante, « les données de routine



généérées par les programme de PTME peuvent-elles être utilisées pour surveiller l'évolution du VIH parmi les femmes enceintes, en lieu et place des études ESSMS ? ». Ainsi, l'ONUSIDA, les CDC et l'OMS font des recommandations aux pays partenaires afin d'effectuer parallèlement aux ESSMS, une évaluation de l'utilité des données générées par les programmes de PTME pour des estimations futures de la prévalence du VIH et de la syphilis.

Avec l'expansion et le renforcement du programme national de PTME en Haïti, comptant 88 sites en 2006 contre 112 en 2012, et considérant que les informations de base trouvées dans les registres nationaux de PTME sont similaires à celle utilisées pour la réalisation des ESSMS (données sociodémographiques, dépistage du VIH et de la syphilis), il a été démontré que les recommandations qui ont été formulées peuvent être prises en considération. De plus, selon les lignes directrices nationales, toutes les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénataux sont orientées vers le service de dépistage volontaire pour le VIH et de la Syphilis (CDV). L'utilisation des données générées par le programme de PTME aurait aussi l'avantage de résoudre ce problème éthique que posent les ESSMS: l'assurance que la gestante testée positive aura accès aux services de soin et de prise en charge systématique. Dans ce contexte, une évaluation des données disponibles et collectées quotidiennement au niveau des services prénataux a été faite pour comprendre l'utilisation future des données du programme comme alternative non négligeable aux enquêtes sérosentinelles.

### **3.2 Objectif**

L'objectif premier de cette étude est d'évaluer l'utilité des données générées par le programme PTME pour la surveillance du VIH et de la syphilis en Haïti chez les femmes enceintes. Cette enquête évalue également la capacité des sites à produire et à stocker ses données. Les objectifs spécifiques sont :

- 1) Décrire la politique nationale définie pour les interventions de CPN et de PTME.
- 2) Identifier et décrire les caractéristiques des sites offrant les services pour les deux interventions.
- 3) Comparer les estimations de prévalence du VIH à partir des données du programme de PTME à celles des données d'ESSMS. (au niveau du site, par milieu, et au niveau national).

### **3.3 Méthodologie et collecte de données**

Selon le protocole de l'étude, la périodicité retenue pour la réalisation de l'évaluation sur l'utilité des données était de 12 mois allant du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 septembre 2012. La méthodologie utilisée a été la collecte anonyme des données rétrospectives et prospectives des registres nationaux durant la période retenue pour l'exécution de l'ESSMS de la même année. La collecte des données de cette évaluation s'est déroulée en trois phases :

- 1) Au niveau national, à partir des données de programmation existantes, réalisation d'une entrevue avec le responsable du programme au niveau national;
- 2) Collecte des données dans les institutions ciblées à partir des registres de PMTE disponibles;
- 3) Réalisation d'entrevue individuelle avec le personnel des sites impliqué dans la prestation des services PTME et CPN

Cette évaluation étant étroitement liée aux activités routinières du programme de PTME établies au niveau des institutions, les mêmes attentions accordées aux règlements éthiques étaient donc de mise.

### 3.3.1 Sélection des sites

Le MSPP en collaboration avec ses partenaires a sélectionné une liste de sites fonctionnels participant à l'ESSMS dans les CPN programme de PTME. Les sites étaient inclus si:

- Les deux services CPN et PTME étaient disponibles et en cours au niveau de l'institution;
- Les données programmatiques pour les CPN et la PTME étaient disponibles pour la même période;
- Les données individuelles étaient disponibles dans les CPN;
- Les données du programme PTME étaient disponibles pour être retranscrites (de préférence des données individuelles).

Sur la base de ses critères, les dix-huit institutions sentinelles ayant participé à l'ESSMS ont été choisies pour participer à cette évaluation.

### 3.3.2 Taille de l'échantillon

Pour faciliter la comparaison des données de routine du programme PTME aux résultats de l'étude ESSMS, la taille de l'échantillon calculée pour obtenir les données de PTME était constituée de toutes les femmes venues en consultation au cours de la période de l'ESSMS dans les CPN ciblées et sur la période de quatre mois avant et quatre mois après la période de surveillance dans les CPN.

## 3.4 Résultats

Les principaux résultats de cette évaluation peuvent être résumés comme suit :

- **Stratégie nationale** : une augmentation considérable des institutions offrant les services de PTME est à noter ; des modifications au niveau de l'algorithme de dépistage pour une meilleure sensibilité ont été effectuées ; l'adaptation des procédures de traitement pour les femmes enceintes VIH positive (option B+) ; et l'intégration des cliniques CPN aux cliniques PTME pour combattre la stigmatisation.
- **Organisation des services** : les services de PTME sont organisés de manière différente selon l'institution. Treize sites (72%) ont réalisé l'intégration des services de PTME à la CPN comme prescrit par le MSPP.
- **Gestion des données** : neuf sites (50%) utilisent uniquement les registres PTME pour la collecte des informations, tandis que l'autre moitié utilise à la fois le dossier médical électronique (iSanté) et les registres nationaux.
- **Utilisations des registres** : Il existe un manque de standardisation pour l'utilisation des registres PTME (nouvelle version contre ancienne version). Sept institutions (39%) ont utilisé la plus récente version du registre. Huit autres institutions (44%) n'ont utilisé uniquement qu'une version non à jour.

- **Complétude des données** : sur les 15 sites qui ont pu fournir des registres de PTME, cinq institutions (27%) ont utilisé des registres dans lesquels les variables « code PTME du patient » et « date d'enrôlement en PTME » n'ont pu être collectés.
- **Acceptation des programmes de PTME** : sur une période de trois mois, en considérant la totalité des institutions, le test de VIH a été offert à 9.093 gestantes, 8.931 (98%) ont accepté de se faire tester, 8.629 (95%) ont pu être testées et 8.559 (94%) ont pu connaître leur statut, 534 (6%) ne sont pas revenues pour recevoir leur résultats.
- **Comparaison des estimations de prévalence du VIH et de la syphilis entre les données de PTME et de celle de l'enquête de serosurveillance** : sur les 5.180 spécimens rapportés au cours de l'ESSMS, 119 tests VIH positifs ont été signalés, contre 115 dans les registres des patients. Pour les résultats de la syphilis, 225 tests positifs ont été signalés au cours de l'ESSMS contre 230 dans les registres des patients.
- **Valeur diagnostique du test de dépistage du VIH** : six institutions sur 18 (33%) ont eu des résultats concordants avec le LNSP pour les cas identifiés positifs et négatifs. Des disparités ont été enregistrées pour le reste des 12 institutions (67%). Le pourcentage de discordance pour les positifs fluctue entre 56% et 94%.

En regard des trouvailles susmentionnées, plusieurs recommandations sont formulées :

1. **Du point de vue structurel :**

- Au niveau des sites, les cliniques offrant la PTME doivent aussi réaliser l'intégration des services prénataux.
- Un renforcement des capacités du personnel de laboratoire au travers de formation visant à leur rendre plus efficace dans l'accomplissement de leur tâche s'avère essentiel.

2. **Du point de vue programmatique :**

- Le MSPP doit renforcer la distribution et l'utilisation des outils standards de collecte de données (registre de PTME).
- Les procédures de validation de données et de contrôle de qualité des données doivent être renforcées à tous les niveaux surtout au niveau du LNSP afin de résoudre les problèmes de discordance de dépistage.

### 3.5 Conclusion

Les données recueillies au niveau des registres ont été de très bonne qualité malgré la faiblesse des résultats de l'évaluation et des difficultés encourues par les diverses institutions pour la collection de ces informations. Nous pensons fortement qu'avec le support du MSPP et un renforcement des procédures du programme en place, les données de PTME pourront dans le futur permettre de réaliser la surveillance du VIH parmi les femmes enceintes.

## 4. Comité National de la Qualité des Données VIH/sida en Haïti : un atout majeur pour la vitalité du système national suivi et évaluation en VIH/sida

### 4.2 Introduction et mise en contexte

Notre système de suivi et évaluation en VIH/sida est fragmenté et fragmentaire. Le plan national suivi et évaluation 2012 – 2015 du PNLS en dit long sur ce sujet. Parmi les responsables de cette situation, citons la faiblesse de l'Etat à assumer pleinement son rôle dans la production de l'information sanitaire et la multiplicité d'acteurs qui tentent par tous les moyens à combler ce déficit. L'intention et les actions de ces partenaires sont louables puisqu'elles permettent de mieux comprendre l'évolution de l'épidémie VIH et de faciliter la mise en œuvre d'interventions de promotion, de prévention, de soins et de traitements. Mais, ces deux éléments forment un cercle vicieux où le besoin d'informations des uns à des fins de mobilisation de ressources et l'impuissance/indulgence de l'Etat régalien aggravent la dépendance de ce dernier face à des acteurs névralgiques. Comment briser ce cercle vicieux tout en maintenant les acquis et un accomplissement à minima de la régulation du système national suivi et évaluation en VIH/sida par l'Autorité Sanitaire Nationale?

### 4.3 Prise de conscience des enjeux liés à des données de qualité en VIH/sida

De plus en plus, les Hautes Autorités du Ministère de la Santé insistent sur l'importance des données de qualité dans la prise de décision judicieuse et opportune. Dans la plupart de leurs discours, ils enjoignent leurs partenaires à les aider afin de bien se structurer pour mieux jouer le rôle de maître d'œuvre du système national d'informations sanitaires. Il est prévu dans la Politique Sanitaire Nationale, publiée en juillet 2012, la mise en place de mécanismes institutionnels pour pouvoir suivre l'application de la politique et ajuster le Plan directeur, le cas échéant. Comment peut-on prendre des décisions judicieuses si on ne dispose pas d'informations fiables et valides ?

Nous connaissons théoriquement les conséquences d'une absence de qualité des données. Elles peuvent se traduire par une augmentation de ressources pour corriger les données de mauvaise qualité et par une diminution de la confiance des acteurs dans le système national suivi et évaluation. Cette diminution de la confiance a des conséquences extrêmement graves qui peuvent entraîner une diminution du financement alors que les personnes malades et qui sont éligibles au traitement n'y ont pas encore accès.

Les donateurs sont de plus en plus exigeants sur les résultats obtenus par les projets qui bénéficient de leur financement. Ils mettent en place des mécanismes solides et rigoureux qui leur permettent de s'assurer que les informations fournies dans les notes conceptuelles et les rapports sur la mise en œuvre qui leur sont soumis soient de qualité.

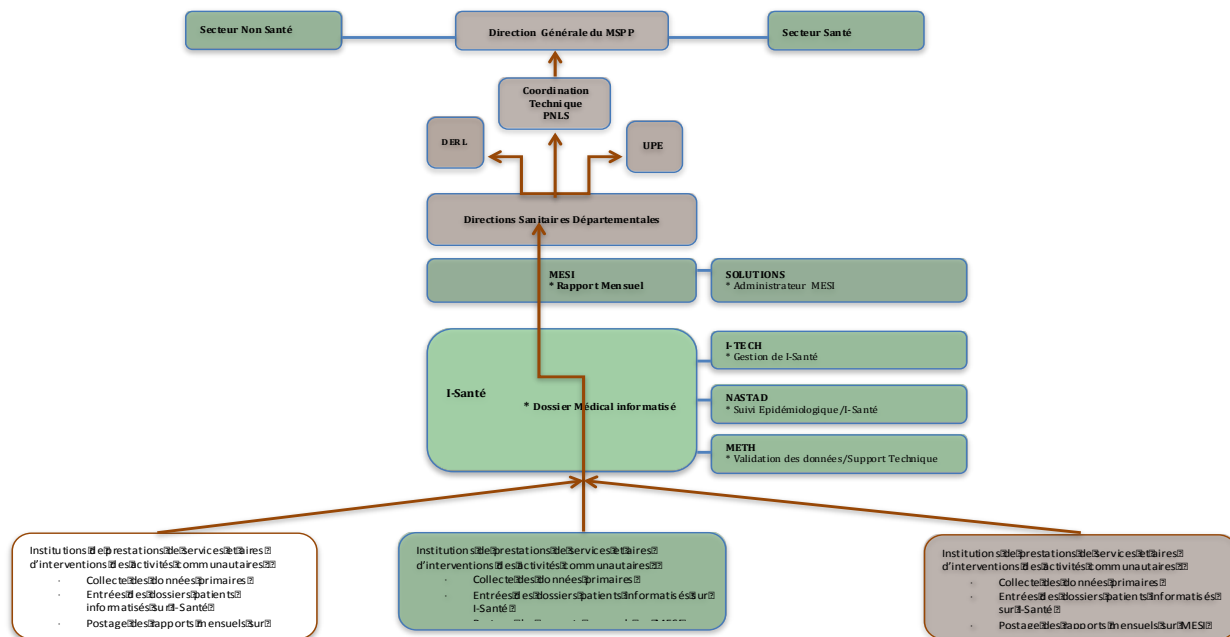
### 4.4 Que faire

En analysant les processus qui ont permis à la Coordination Technique du PNLs de prendre la décision de constituer un Comité National de la Qualité des Données VIH/sida (CNQD), nous déduisons deux grands principes qui soutiennent cette décision :

1. **Une démarche d’humilité et d’apprentissage.** Nous croyons que tous les acteurs possèdent un savoir à transmettre (savoir expérientiel et institutionnel) et que nous devons connaître et/ou inventer les modalités de mise en situation d’apprentissage des uns envers des autres et oser de prendre des initiatives même si, parfois, elles peuvent aboutir à des échecs (Lewin, 1951; Freire, 1974). Les acteurs impliqués dans le système national suivi et évaluation en VIH/sida utilisent comme matière première les données générées par la production de services au niveau des institutions de prestations de services et aires d’interventions des activités communautaires tel que l’indique le schéma ci-dessous.

Circuit de l’information VIH/sida proposé par le plan national SE 2012 -2015 du PNLs.

Figure 6. Schéma du circuit d’information  
Circuit de l’information VIH/SIDA



Or, une donnée étant une matière vivante avec des enjeux opérationnels et stratégiques (optimind, 2012) ; elle peut être l’objet de manipulation malveillante ou d’erreur due à un facteur humain ou une défaillance du système. Nous devons apprendre auprès de nos partenaires comment s’assurer et assurer

effectivement que les données utilisées à tous les niveaux de la pyramide de soins et de la pyramide gestionnaires soient de qualité.

À bien comprendre la modélisation de démarche d'amélioration continue de la qualité des données (Optimind, 2012), les acteurs qui font le management en suivi et évaluation sont impliqués dans les 3 processus clés de gestion de la qualité des données; mais par contre au niveau des processus transverses de suivi et de contrôle du dispositif, l'Autorité Sanitaire Nationale n'a pas encore suffisamment développé une capacité lui permettant d'assurer seule les fonctions normatives et de régulation du système. Il lui faut en même temps s'impliquer dans les processus clé de gestion de la qualité de données et trouver les mécanismes appropriés pour le suivi et le contrôle du dispositif. La création du CNQD répond à une logique de viabilité et de pérennisation d'un système qui a produit des résultats satisfaisants dont il faut maintenir les acquis et renforcer ses bases pour qu'il survive le plus longtemps possible.

### Démarche d'amélioration continue de la Qualité des données



Source: Optimind

A court et à moyen terme, la Coordination Technique du PNLIS se doit :

- D'aider à une meilleure structuration/renforcement de la capacité du niveau intermédiaire du système, c'est-à-dire les directions sanitaires départementales à mieux jouer leur rôle en matière de validation de donnée;
  - D'assurer une meilleure coordination des différents acteurs qui comblent le déficit d'opérations du niveau intermédiaire.
2. **Une volonté ferme de renouveler les partenariats qui soutiennent la mise en œuvre du programme national de lutte contre le sida.** Il est impossible de parler « santé publique » sans la collaboration de partenaires. La Coordination Technique du PNLIS a tenu sa parole en respectant ses engagements de décembre 2012 en créant le CNQD. Le CNQD est l'espace approprié d'échanges entre les organisations de management en suivi et évaluation en VIH/sida sur les problèmes que confrontent notre système national suivi et évaluation et les solutions à y remédier. C'est l'espace idéal pour les acteurs du système de mieux se connaître, de chercher à résoudre les divergences et de chercher des solutions nouvelles. Le CNQD a déjà un agenda de travail énorme. Il était prévu une rencontre par trimestre, mais déjà il a tenu au moins une rencontre mensuelle depuis le mois d'avril 2013 et parfois 2 rencontres par mois. Des échanges ont eu lieu déjà sur la validation, la collaboration des partenaires à travailler en équipe, les procédures à documenter, le partage des calendriers de sortie, les EMRs. Nous estimons que le CNQD est à une étape d'établissement du diagnostic approfondi du système; c'est une étape importante de son développement s'il compte devenir dans un proche avenir un élément clé au sein du processus de suivi et de coordination. Nous recommandons au CNQD d'utiliser, entre autres outils d'analyse, le modèle du champ de force de Kurt Lewin pour mieux appréhender le système, et ensuite proposer des changements à effectuer avec beaucoup de doigté et d'intelligence pour ne pas être victime de la pensée magique (Collerette et al, 1982).

## 4.5 Fondamentaux du CNQD

Des débats très animés lors des premières rencontres du CNQD ont permis de nous entendre sur la vision, la mission et les attributions du CNQD. Nous remercions les dirigeants de la Coordination Technique, de NASTAD et de Tulane pour leur accueil et leur hospitalité car assez souvent ces rencontres ont duré plus de temps que prévu.

### 4.5.1 Vision

Un système de suivi et évaluation VIH/sida performant présentant des données répondant le mieux aux standards de qualité.

#### 4.5.2 Mandat

Le Comité National de la Qualité des Données VIH/sida (CNQD) est un groupe thématique clé du Groupe d'Appui Technique National en Suivi et Évaluation. Il veille à la bonne marche du système suivi et évaluation de données VIH/sida en matière de qualité. Il s'assure que les données VIH/sida utilisées par tous les niveaux de la pyramide de soins soient de bonne qualité.

#### 4.5.3 Attributions

1. Le CNQD s'assure de l'harmonisation des mécanismes et des outils de supervision en suivi et évaluation.
2. Le CNQD s'assure que tous les réseaux de partenaires impliqués dans la délivrance de services en VIH/sida suivent le circuit national de collecte de données lié à MESI et que les points de prestation qui ont des patients sous TAR utilisent un EMR qui a la capacité de fournir les données exigées par le MSPP.
3. Le comité définit les protocoles de changement, de révision et de distribution des outils nationaux de collecte de données sous le leadership de la coordination technique du PNLS.
4. Le comité élabore un protocole qui protège les bases nationales de données de toute manipulation non autorisée et évalue sur une base trimestrielle les niveaux d'accès des différents utilisateurs.
5. Le comité s'assure de la réalisation d'un audit externe annuel de la qualité de données VIH/sida.
6. Enfin, le comité s'assure que les ressources humaines qui interviennent dans la chaîne de collecte et de validation de données aient les compétences nécessaires à l'exécution de leurs tâches.

#### 4.5.4 Acteurs du CNQD

Les principaux acteurs du CNQD sont les suivants :

- Coordination Technique du PNLS;
- Unité d'Évaluation et de Programmation (UEP);
- Unité de Gestion de Projet /MSPP/PEPFAR
- ITECH
- METH
- SOLUTIONS
- NASTAD
- CDC
- GHESKIO
- PIH
- SIDALE / FUTURES GROUP
- ONUSIDA
- PNUD/FM
- TULANE



Deux ou trois de ces acteurs n'ont encore pris le train en marche, mais nous espérons que bientôt ils participeront activement aux rencontres du CNQD.

#### 4.5.5 Fonctionnement du CNQD

Le CNQD a un secrétariat pour gérer l'organisation des rencontres, la soumission des agendas et des comptes rendu des rencontres. Ce secrétariat est composé de la CT du PNLS, de TULANE et de l'UGP/MSPP/PEFAR.

Il est prévu 4 rencontres du CNQD par année; soit une rencontre par trimestre. Tous les représentants des organisations participant aux rencontres du CNQD ont jugé bon de maintenir un rythme d'une rencontre mensuelle jusqu'à ce que le CNQD soit érigé sur des bases solides.

#### 4.5.6 Conclusion

Nous pensons que le CNQD est une initiative à soutenir et à encourager. Notre système national suivi et évaluation en VIH/sida a déjà été récompensé à 2 reprises lors de conférences internationales sur ce sujet. Nous devons travailler fort pour maintenir le niveau de qualité atteint, renforcer les structures des niveaux intermédiaire et central du système, intégrer les institutions ombrelles de réseaux de partenaires à faire la validation des données selon une méthodologie rigoureuse, renforcer l'assurance qualité et aider à la constitution de la documentation et la consolidation d'archives solides contenant toute l'information sur la mise en œuvre du programme. Nous avons tous intérêt à soutenir ce projet. L'avenir de notre système s'inscrit dans le renforcement institutionnel au profit de la promotion de la santé, de la prévention et de la fourniture des soins et de traitements de qualité.

#### 4.5.7 Références

Introduction to data quality management. [www.globalhealthlearning.org](http://www.globalhealthlearning.org) visité le 3 octobre 2013.

Kurt Lewin. Field theory in social science. New York, Harper. 1951.

Optimind. La donnée en assurance. Les dossiers techniques d'information. Septembre 2012.

Paulo Freire. Pédagogie des opprimés. 1974.

Pierre Collerette, Gilles Deslile. Le Changement Planifié. Montréal. L'Agence d'Arc Ltée Inc. 1982.

## 5. Coin des infos

Participation du PNLs a la 3eme édition du sommet sur l'Amélioration de la Qualité des soins et services liés aux programmes VIH/TB/SR du réseau Zanmi Lasante (PIH) a l'hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) sous le thème « La mesure, la recherche et l'amélioration ; un tout consubstantiel et nécessaire à des soins surs ». Le PNLs encourage zanmi la Sante dans ces genres d'initiative

L'amélioration de la Qualité des données demeure un défi majeur pour le système d'information. Ainsi, pour compenser le déficit en données complètes et fiables, Le PNLs renforce son appui à l'endroit des institutions impliquées dans le programme VIH a travers des visites ciblées dans des sites ayant des back log et qui sollicite l'appui du PNLs. L'équipe M&E du PNLs organise en collaboration avec l'équipe M&E départemental un plan de travail consistant en : retranscription des dossiers papiers sur le format électronique (EMR), visites de validation, analyse et partage des rapports, des documents. Le PNLs se rapproche davantage des sites. Le renforcement de l'appui technique et la communication avec les prestataires des sites ont permis d'améliorer la qualité des données, c'est la leçon apprise.

Lancement du processus de révision du Plan Stratégique National Multisectoriel (PSNM) du programme VIH/Sida. De par certaines exigences programmatiques et structurelles : Publication de la politique nationale de sante, du plan directeur de sante 2013-2022, nouvelles lignes directrices de l'OMS pour traitement des PVVIH, La Coordination Technique (CT) du PNLs est contrainte de réviser son PSNM de 2008-2012 avec l'extension jusqu'en 2015 a 2018.

A cet effet, un consultant a été recruté pour mener les opérations avec en appui un comité de pilotage et un comité technique. La version finale du document sera présentée à la mi Janvier 2014.

Le PNLs a accompagné le PNUD et l'Institut Tropical de Sante Publique Suisse (firme Technique engagée par le Fonds Mondial) dans le cadre de l'Audit de la Qualité des Données (AQD) du 26 septembre au 10 octobre 2013. Un échantillon de dix-sept (17) sites appartenant aux réseaux : FOSREF, GHESKIO, PIH au niveau de cinq (5) départements a été préalablement sélectionné dans le cadre de cette mission.

- Participation d'Haïti plus précisément le PNLS / MSPP au lancement des directives sur les anti-rétroviraux pour le traitement et la prévention du VIH à Buenos-Aires sous le haut patronage de l'OMS.
- La direction départementale du Nord-ouest vient d'organiser son forum départemental pour l'année 2013 sur les IST/VIH/Sida. Le PNLS a pris part activement. A cette occasion, les différents partenaires du programme ont fait le déplacement. L'une des résolutions prise c'est l'extension de l'offre des services VIH/Sida dans cinq (5) communes qui n'ont aucune intervention dans ce domaine. Et également l'amélioration de la communication entre les partenaires avec les départements pour faciliter une meilleure coordination des interventions.

« Ansanm, n'ap kolabore pou konbat SIDA ak tout fòm Estigmatizasyon »



#### Comité de rédaction du Bulletin

Nirva DUVAL, MSPP/PNLS

Emmanuel PIERRE, MSPP/PNLS

Gracia DESFORGES, MSPP/PNLS

Barbara ROUSSEL, NASTAD

Edna PIERRE, NASTAD

#### Conception et mise en page

Rose Dyna Georgie A. BOULAY, MSPP/PNLS