



**BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE VIH/SIDA DES CENTRES POUR LE
DEVELOPPEMENT ET LA SANTE (CDS) 2015 – 2016**

UNITE SUIVI ET EVALUATION DES CDS



SOMMAIRE

A- EDITORIAL	1
B- LISTE DES ABREVIATIONS	1
C- CONTEXTE	3
1- Mise en contexte proprement dit	3
2- Tableau résumé des sites de CDS	5
3- Catégorisation des sites	6
4- Cartographie des sites de CDS	7
5- Activités réalisées dans le cadre des différents projets	8
D- METHODOLOGIE UTILISEE	10
E- DEPISTAGE DU VIH	11
I- Personnes testées	11
II- Cas positif	16
III- Taux de positivité	20
F- TRAITEMENT ARV	25
I- Enrôlement sous ARV (TX_NEW)	25
II- PTME	32
III- Actifs sous ARV (TX_CURR)	37
G- COINFECTION TB/VIH	42
Co-infectés TB/VIH sous traitement	42
H- SUPPRESSION VIRALE	47
I- Gain net/Rétention des patients sous ARV	47
II- Charge virale	51
I- INSTITUTIONS PERFORMANTES	54
J- PRINCIPAUX DEFIS ET STRATEGIES COURANTES	55
K- LECONS APPRISES	56
L- CONCLUSION	57
M- INDEX	58



A- EDITORIAL

La parution de ce premier bulletin répond à un besoin de doter l'Organisation d'un instrument stratégique pour le suivi des indicateurs et la prise des décisions opportunes et appropriées. La thématique du VIH y est abordée dans ses diverses composantes et approches de soin pour mieux comprendre et cerner les enjeux et les défis majeurs liés à cette pathologie particulièrement dans les aires d'intervention de l'institution.

Il tente de nous indiquer où nous en sommes par rapport aux trois 90 du Ministère de la Santé Publique et de la Population à savoir : 90% de dépistage ; 90% de traitement et 90% de patients retenus en soin.

Il se veut un instrument pour apprécier le profil épidémiologique du VIH par la notification régulière au niveau de la plateforme MESI par les sites appuyés techniquement et financièrement par PEPFAR/CDC et Fonds Mondial et les progrès accomplis dans le cadre de la prise en

charge et du suivi des cas de VIH. Une analyse de tendances de l'épidémie au cours des 5 dernières années est également présentée avec la désagrégation de certains indicateurs programmatiques par sexe et par âge.

Nous recommandons vivement à nos partenaires et nos sites à consulter au besoin cet outil pour bien planifier et mener de façon intelligente les activités de lutte contre ce fléau qui constitue véritablement un lourd fardeau pour la société en général et les communautés que nous desservons en particulier.

Finalement nous présentons nos plus sincères félicitations à la coordination de Monitoring & d'Evaluation pour cette noble initiative et nous restons convaincus qu'elle fera son petit bonhomme de chemin et connaîtra des lendemains meilleurs.

La Direction



B- LISTE DES ABREVIATIONS

ARV : Anti – Rétroviraux.
ASCP : Agent de Santé Communautaire Polyvalent
CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Centres de Prévention et de Contrôle des Maladies).
CDS : Centres pour le Développement et la Santé.
CAL : Centre de santé a lit
CMS : Centre Médico – Social
CS : Centre santé
CSL : Centre de santé sans lit.
DDS : Direction Départementale Sanitaire
Disp. : Dispensaire
DRO :Disease Reporting Officer
CDV : Conseil et Dépistage Volontaire
EMR: Electronic Medical Record
ETME : Elimination de la Transmission Mère Enfant
FM: Fond Mondial.
GPS: Global Positioning System (système de localisation mondial).
HCR : Hôpital communautaire de Reference
INH : Isoniazide
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
ITECH: **International** Training and Education Center for Health
MC : Mombin – Crochu
MO : Mont – Organise
M&E : Monitoring and Evaluation
MESI : Monitoring Evaluation et Surveillance Intégrée
MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population
NASTAD : National alliance state of territories AIDS directory (Alliance nationale des directeurs de programmes SIDA des etats et territoires americains)
Nx : Nouveaux
OHMaSS : Organisation Haïtienne de Marketing sur les Services de Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables
PCR :Polymerase Chain Reaction
PLR : Patients Linkage research
PNLS :Programme National de Lutte contre le Sida
PSI :Programme Santé et Information
PEPFAR: Presidential Emergency Plan for AIDS Relief
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PPC: Petite Place Cazeau.
PPS : Points de Prestation de Service
PTME : Prévention de la transmission Mère – Enfant
PVVIH: Personnes Vivant avec le Virus d’Immunodéficience Humaine
RCC : Rolling continuation chanel
SSQH : Service de santé de qualité pour Haïti
SIDA : Syndrome d’Immunodéficience Acquise



SR : Sous – Récipiendaire
TAR : Traitement Antirétroviraux
TB : Tuberculose
TDN : Trou du Nord
TR : Terrier – Rouge
Tto : Traitement
VCT: Voluntary Counseling and Testing
VIH: Virus de l’immunodéficience humaine



C- CONTEXTE

1- Mise en contexte proprement dit

Le CDS intervient dans le domaine du VIH/SIDA depuis environ 10 ans avec le support de différents bailleurs de fonds dont le CDC/PEPFAR qui, de 2009 à 2015 avait supporté 5 institutions localisées dans 2 départements géographiques du pays : dans l'Ouest on trouve le Centre de santé de Petite Place Cazeau situé dans la commune de Delmas ; dans le Nord – Est on trouve le centre de Santé de Mont – Organisé, l'Hôpital communautaire de Trou du Nord, le Centre de santé de Terrier – Rouge et le centre de santé de Mombin – Crochu. A partir de 2016, avec la diminution des fonds, le PEFAR a subdivisé le pays en arrondissement prioritaires et non – prioritaire et les sites localisés dans les arrondissements dits non – prioritaires n'étaient plus qualifiés pour la subvention de PEPFAR, c'est ainsi que le centre de Mombin – Crochu localisé dans l'arrondissement de Vallières a perdu son financement de CDC. A partir de cette date, le réseau CDC/CDS ne comptait plus que 4 sites localisés dans 3 arrondissements prioritaires du pays : le site de Petite Place Cazeau dans l'arrondissement de Port au Prince, le site de Mont – Organisé dans l'arrondissement de Ouanaminthe et les sites de Trou – du – Nord et de Terrier – Rouge dans l'arrondissement de Trou du Nord. Il faut préciser que dans le cadre du partenariat avec les CDC, le CDS fournit l'assistance technique en soins et services VIH/SIDA au niveau des institutions citées.

Le CDS reçoit également le financement du Fonds Mondial pour fournir de l'assistance technique en soins et services VIH/SIDA dans 19 institutions du pays ; au début 2 institutions seulement ont été couvertes par ces fonds : à savoir le centre de petite Place Cazeau dans l'ouest et le Centre de la Fossette situé dans le département du Nord. A partir de 2014, le CDS a été accepté comme Sous-Récepteur (SR) du Fond Mondial pour fournir des services VIH dans 16 institutions de santé localisées dans 3 autres départements du pays :

Artibonite : l'Hôpital Toussaint Louverture d'Ennery, L'Hôpital Communautaire de Référence de l'Estère, le Centre de Santé Esperance de Terre Blanche, la Clinique Mission of Love de Jolivet et le Centre de Santé d'Anse-Rouge ;

Grande – Anse : les Centres de Santé de Moron et des Irois, les Dispensaires de Carrefour Charles, Carrefour Sanon et Latibolière, et l'Hôpital Communautaire de Référence de Corail ; Nord –



Ouest : les Hôpitaux de Bon Samaritain de Bassin-Bleu et Hôpital Autrichien de St. Louis du Nord, le Centre de Santé de Chansolme, les Dispensaires de Bonneau et de Guinaudée.

Au début de l'année 2016, la Direction Exécutive a effectué un plaidoyer auprès de PSI afin que le site de Mombin Crochu soit intégré au réseau Fond Mondial. La démarche s'est révélée payante. Aussi le site de Mombin – Crochu a fait-il désormais partie entière de réseau Fond – Mondial. Grace au financement du Fonds Mondial, le CDS fournit l'assistance en soins et services VIH/SIDA dans 6 départements du Pays : l'Ouest, la Grande – Anse, l'Artibonite, le Nord, le Nord – Ouest et le Nord – Est. (Voir la carte géographique).

Le CDS reçoit également un financement de l'USAID par le biais du projet SSQH pour fournir des soins et services en VIH /SIDA dans le centre de santé de La Fossette qui est une institution gérée par le CDS et localisé dans le département du Nord.

En résumé le CDS reçoit des fonds de 3 grands bailleurs pour fournir les soins et services de lutte contre le VIH/SIDA dans 22 institutions sanitaires du Pays. Il faut aussi mentionner un site propre au CDS, le centre de la Saline, qui, quoique non financé par aucun bailleur de fonds réalise néanmoins des activités de VIH/SIDA par l'intermédiaire de l'équipe de Petite Place Cazeau. Les CDS travaille ardemment afin de transformer le centre de la Saline en un site Satellite de Petite Place Cazeau dans le meilleur délai.



2- Tableau résumé des sites de CDS

Tableau 1. Tableau résumé des institutions de CDS qui fournissent des soins et service VIH

Tableau résumé des institutions de CDS						
	<i>Nom des institutions</i>	<i>Projet/Bailleurs</i>	<i>Catégories</i>	<i>Communes</i>	<i>Arrondissements</i>	<i>départements</i>
1	HCR de Trou du Nord	CDC/PEPFAR	Site agressif	Trou Du Nord	Trou du Nord	Nord - Est
2	CSL de Terrier - Rouge	CDC/PEPFAR	Site agressif	Terrier - Rouge	Trou du Nord	Nord - Est
3	CMS Mont - Organise	CDC/PEPFAR	Site agressif	Mont - Organise	Ouanaminthe	Nord - Est
4	CAL Mombin - Crochu	PSI-OHMASS/FM	Sites ARV	Mombin - Crochu	Vallières	Nord - Est
5	CMS Petite Place cazeau	CDC/PEPFAR, PSI-OHMASS/FM	Site à saturer, site ARV	Delmas	Port - au - Prince	Ouest
6	CDS/ La Fossette	SSQH/USAID, PSI-OHMASS/ FM	Site agressif, Site ARV	Cap - Haïtien	Cap - Haïtien	Nord
7	HCR de Bassin - Bleu	PSI-OHMASS/FM	Sites ARV	Bassin - Bleu	Port de paix	Nord - Ouest
8	CSL de Chansolme	PSI-OHMASS/FM	Site satellite	Chansolme	Port de paix	Nord - Ouest
9	HCR Autrichien de St Louis du Nord	PSI-OHMASS/FM	Sites ARV	St. Louis du Nord	St. Louis du Nord	Nord - Ouest
10	Disp. Bonneau*	PSI-OHMASS/FM	Site satellite	St. Louis du Nord	St. Louis du Nord	Nord - Ouest
11	Disp. Guinaudée*	PSI-OHMASS/FM	Site satellite	Jean - Rabel	Moles St. Nicolas	Nord - Ouest
12	HCR d'Ennery	PSI-OHMASS/FM	Site ARV	Ennery	Gonaïves	Artibonite
13	HCR de L'Estère	PSI-OHMASS/FM	Site ARV	L'Estère	Gonaïves	Artibonite
14	CS de Terre Blanche	PSI-OHMASS/FM	Site ARV	Gonaïves	Gonaïves	Artibonite
15	CS d'Anse - Rouge	PSI-OHMASS/FM	Site satellite	Anse - Rouge	Gros - Morne	Artibonite
16	CS Jolivert	PSI-OHMASS/FM	Site satellite	Gros - Morne	Gros - Morne	Artibonite
17	HCR St. Pierre de Corail	PSI-OHMASS/FM	Site ARV	Corail	Corail	Grande-Anse
18	Disp. Carre-four Charles	PSI-OHMASS/FM	Site satellite	Roseau	Corail	Grande-Anse
19	CSL des Irois	PSI-OHMASS/FM	Site satellite	Irois	Anse - D'Ainault	Grande-Anse
20	CAL de Moron	PSI-OHMASS/FM	Site ARV	Moron	Jérémie	Grande-Anse
21	Disp. Latiboliere	PSI-OHMASS/FM	Site satellite	Jérémie	Jérémie	Grande-Anse
22	Disp. Carre-four Sanon	PSI-OHMASS/FM	Site satellite	Jérémie	Jérémie	Grande-Anse

*Les statistiques de Bonneau et Guinaudée ne sont pas disponibles dans ce rapport, toutes fois les données relatives aux patients en prise en charge ARV de ces sites satellites sont disponibles dans celles des institutions mères.



3- Catégorisation des sites selon le projet

Projet CDC/PEPFAR

Dans le cadre du projet CDC/PEPFAR, tous les sites de CDS offrent des soins et services complets, c'est-à-dire : le dépistage, la prise en charge complète incluant les ARV. Avec les nouvelles orientations PEPFAR au cours de l'année 2016 les sites ont été catégorisés en : **Sites prioritaires à saturer** : Petite Place Cazeau et Sites **prioritaires agressifs** : Trou du Nord, Terrier-Rouge et Mont-Organise.

Projets Fonds Mondial

Dans le cadre de ce projet les sites ont été catégorisés selon le type de service offert en sites ARV et sites satellites. Les sites ARV offrent le paquet complet de services incluant les ARV et les sites satellites, ceux qui n'ont pas encore les capacités à offrir les ARV et d'autres incluant le paquet complet, ils s'appuient généralement sur un site ARV proche pour prendre en charge les patients VIH positifs identifiés au niveau du site satellite, c'est ainsi que dans le cadre de ce projet le réseau CDS comporte 10 sites ARV et 9 sites satellites. **Les sites ARV** sont : Corail, Moron, Bassin – Bleu, St. Louis du Nord, Ennery, Terre – Blanche, l'Estère, Mombin – Crochu, Petite Place Cazeau et La Fossette.

Pour **les sites satellites** : dans la Grande – Anse, on trouve 4 sites satellites dont 3 s'appuient sur Moron comme sites ARV, ce sont : les Irois, Latibolière et carrefour Sanon, l'autre site à savoir Carrefour – Charles s'appuie sur Corail comme site ARV ; dans l'Artibonite, le site d'Anse – Rouge s'appuie sur Terre – Blanche comme site ARV tandis que Jolivert s'appuie sur Bassin – Bleu comme site ARV, même si ces deux institutions ne partagent pas le même département, Jolivert se trouve dans l'Artibonite et Bassin – Bleu dans le Nord – Ouest, cependant par la proximité, c'est la meilleure option possible pour que les patients de Jolivert puissent bénéficier des soins et services complets car Bassin – Bleu se trouve à environ 10 minutes de Jolivert, alors que les autres sites ARV du département de l'Artibonites (Ennery, Terre- Blanche et L'Estère) sont presque qu'inaccessibles pour les patients de Jolivert à cause de la distance, le site le plus proche serait Terre – Blanche qui se trouve à plus de 3h d'horloge de Jolivert. Enfin Pour le département du Nord – Ouest, comme sites satellites : Chansolme est supporté par Bassin – Bleu comme site ARV tout comme Jolivert. Les sites de Bonneau et Guinaudées s'appuient sur St.

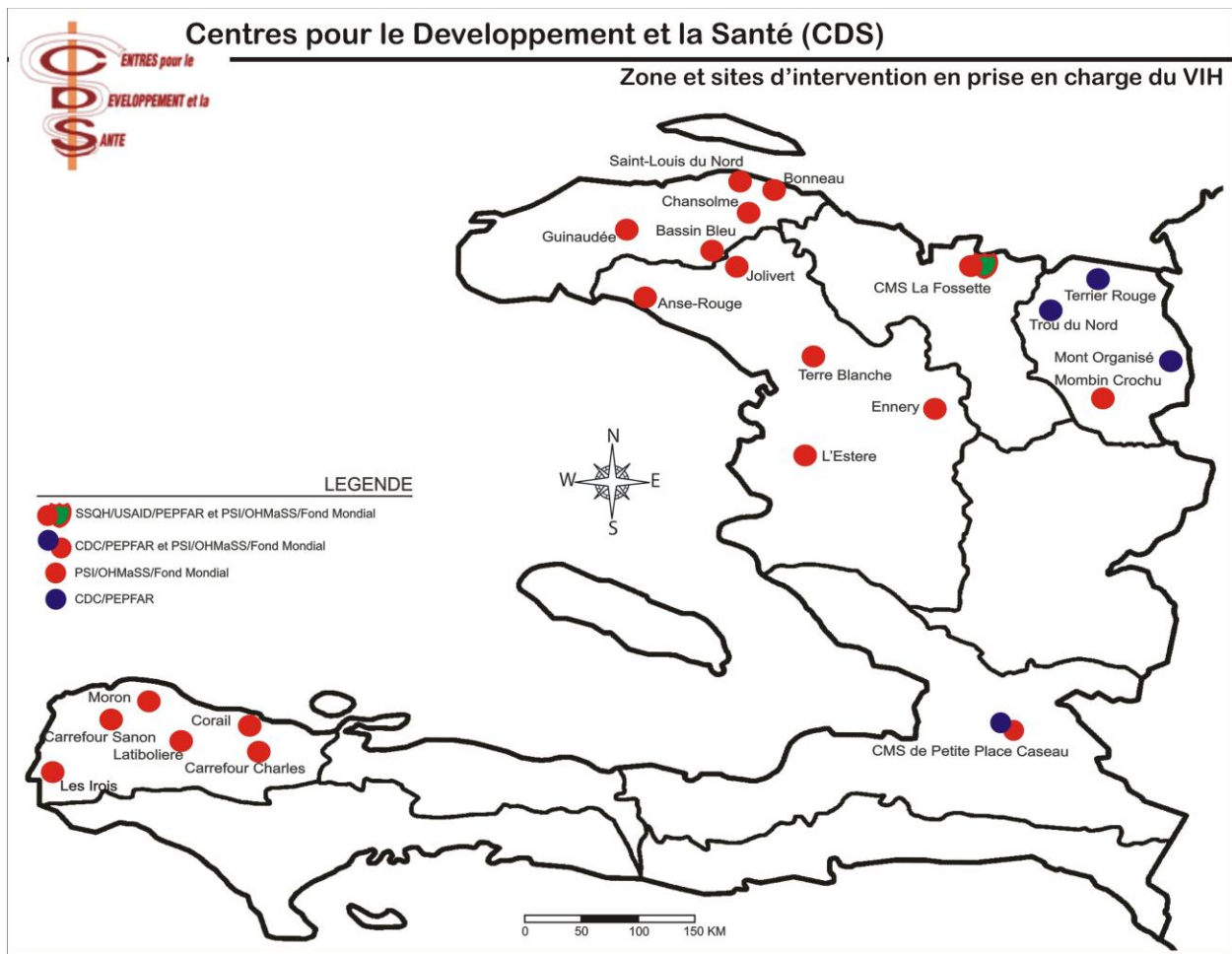


Louis du Nord, comme site ARV. Cependant dans ce bulletin les statistiques de services de Guinaudée et de Bonneau ne sont pas incluses car les données de ces sites n'étaient pas disponibles sur MESI utilisé comme principale source de données dans le cadre de ce travail.

Projets USAID/SSQH

Le site de La Fossette qui reçoit des fonds de ce projet offre le paquet de service complet, il est aussi localisé dans un arrondissement prioritaire selon la répartition de PEPFAR.

4- *Cartographie des sites de CDS*



5- Activités réalisées dans chaque projet

Projet CDC/PEFAR et USAID/SSQH

Les Activités réalisées dans le cadre de ces 2 projets sont identiques, il s'agit de :

- Conseils sur le dépistage avec emphase sur les patients ayant un statut VIH connu.
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) incluant le prélèvement pour PCR chez les nourrissons exposés au VIH.
- Le soutien psycho-social aux PVVIH.
- La prise en charge des patients Co-infectés par la tuberculose et le VIH.
- La prise en charge clinique des patients infectés au VIH incluant : la prophylaxie au Cotrim pour éviter certaines infections opportuniste, la prophylaxie à l'INH, le traitement des infections opportunistes, la fourniture des ARV aux patients, la réalisation de charge virale pour les patients ayant plus de 6 mois sous traitement ARV (TAR) ce qui nous permet d'évaluer l'évolution des patients sous TAR à savoir identifier les patients ayant une charge virale détectable et ceux qui ont une charge virale indétectables (<1000 copie/ml) après 6 mois de traitement.
- D'autres part on réalise des activités liées à la rétention des patients sous ARV tels que : le Tracking communautaire des patients sous TAR (Patients linkage Research/PLR), la distribution communautaire d'ARV, le Multi-Month-scripting (Rendez-vous après une période plus ou moins prolongée) ainsi que la réalisation de Finger Point qui nous permet d'identifier les patients en chopping médical.



Projet PSI-OHMASS/FM

Dans le cadre de ce projet on réalise également :

- Des activités de dépistages et on insiste ici sur le dépistage mobile dans certains points de la communauté.
- La Prévention de la Transmission Mère – Enfant (PTME) mais les prélèvements pour PCR ne sont pas encore systématiques.
- Le soutien Psycho – Social au PVVIH.
- La prise en charge clinique des patients co – infectés TB/VIH.
- La prise en charge des patients infectés au VIH incluant la prophylaxie au Cotrim pour éviter certaines infections opportunistes, la prophylaxie à l’INH, le traitement des infections opportunistes, la fourniture des ARV aux patients ; pour la charge virale, dans le cadre de ce projet le CDS est en phase embryonnaire dans la majorité des sites ARV car seulement 3 sites ARV sur 10 ont pu réaliser l’examen « charge virale » pour tous les patients éligibles.
- Par ailleurs, dans le cadre du projet PSI/FM on réalise la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV).
- Dans certains sites on réalise des activités liées à la rétention des patients sous ARV, ce qui n’est pas totalement fonctionnel dans toutes les institutions.
- Il existe une autre activité clef dans le cadre de ce projet c’est l’offre d’ARV décentralisé qui consiste à fournir des soins ARV dans les institutions satellites sur une base hebdomadaire et au besoin pour certains sites.



D- METHODOLOGIE UTILISEE

Pour réaliser ce travail, on regroupe les institutions de CDS par réseaux , à savoir : CDC/PEPFAR, Fonds Mondial, SSQH/USAID-PEPFAR ; ensuite on considère les indicateurs relatifs aux différents aspects du programme tels que: testing général, PTME, prise en charge aux ARV, coïnfection TB/VIH, rétention des patients sous ARV ect...Pour chaque indicateur, on analyse d'abord l'évolution du programme par rapport à cet indicateur de 2010 à 2016 ; puis on analyse les réalisations de CDS durant l'exercice fiscal écoulé (Octobre 2015 à Septembre 2016) en faisant une répartition de l'indicateur par services, sexe, bailleur, département et institution. Les analyses sont présentées généralement sous forme de graphique permettant une meilleure lecture de la situation. On utilise aussi des tableaux, et des cartes géographiques pour analyser certains indicateurs

Considérant que les données de presque tous les sites de CDS sont disponibles sur la plate – Forme de Monitoring Evaluation et surveillance intégrée (MESI) du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP), cette plate – forme nous sert de base pour retrouver les réalisations des différents sites de CDS de 2010 à 2016 et particulièrement durant l'exercice fiscal 2015 – 2016, d'où MESI est notre source de données privilégiées dans le cadre de ce travail. Nous avons utilisé d'autres sources pour les indicateurs non encore postés sur MESI tels que : la charge virale pour laquelle on utilise les rapports de laboratoires des sites. On utilise également la base des données des sites pour retracer certaines informations non disponibles sur MESI (Quelques rapports mensuels non postés sur MESI par exemple)

Il faut enfin préciser que certains sites de CDC reçoivent des fonds de plusieurs bailleurs pour supporter le programme VIH au niveau de l'institution, c'est le cas notamment de Petite Place Cazeau qui reçoit le financement de 2 bailleurs de Fonds (CDC/PEPFAR et Fonds Mondial) et de La Fossette qui reçoit le financement de 2 bailleurs (SSQH/USAID et Fonds Mondial) ainsi dans le souci d'éviter la duplication, les données relatives au site de Petite Place Cazeau sont attribuées uniquement au projet CDC/PEPFAR. Alors que celles relatives à La Fossette sont attribuées au projet SSQH/USAID. De ce fait, dans le cadre de ce travail, le réseau CDC/PEPFAR comporterait 4 institutions incluant Petite Place Cazeau, le réseau Fonds Mondial comporterait 17 institutions en excluant La Fossette et Petite Place Cazeau, et enfin le réseau SSQH/USAID comporte seulement le site de La Fossette.



E- DEPISTAGE DU VIH

L'une des activités principales du programme est le dépistage des personnes pour le VIH afin de respecter les trois 90 prônés par le ministère à savoir : 90% de personnes testées, 90% de patients sous TAR et 90% de patients avec suppression virale, ainsi dans les lignes qui suivent nous allons analyser le processus de testing à travers le CDS depuis le début du programme en 2010 à date, ensuite nous allons surtout insister sur les réalisations en testing au cours de la dernière année fiscale. Nous allons ainsi considérer différents indicateurs ayant trait au testing tels que : le nombre total de patients testés pour le VIH, le Nombre de cas dépisté VIH positif, le taux de positivité etc. Il faut aussi préciser que cet aspect du dépistage inclut toutes les personnes testées quel que soit le service, à savoir, Personnes testées en VCT, en PTME, en TB etc....ces indicateurs correspondent donc à l'HTS_TST du projet CDC-PEPFAR

I- Personnes testées pour VIH

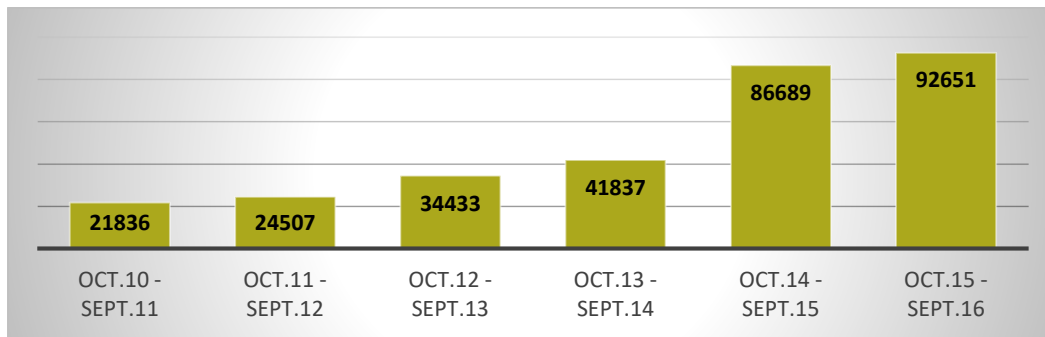
1- Patients testés pour VIH à travers CDS de 2010 à 2016

Le graphe suivant présente le cumul de patients ayant bénéficié du dépistage pour le VIH/SIDA sur la période allant d'Octobre 2010 au mois de Septembre 2016. Les données de 2010 à 2014 proviennent exclusivement des sites du réseau CDC et de la Fossette (Réseau SSQH) impliqués très tôt dans la prise en charge des patients atteints de VIH/sida. Alors que celles de 2014 à 2016 proviennent des sites des 3 réseaux de CDS à savoir : CDC, SSQH et FM.

On a pu constater que le nombre de personne testées à travers le CDS augmente chaque année avec un pic assez important durant les deux dernières années fiscales, cela est dû à une extension du programme dans 3 autres départements du pays car c'est en 2014 que le CDS a été choisi par le FM comme sous récipiendaire (SR) pour fournir de l'assistance technique en VIH/SIDA dans les sites des départements de l'Artibonite, du Nord-Ouest et de la Grande-Anse.



Graph 1. Evolution testing à travers le réseau CDS entre Oct. 2010 et Sept 2016

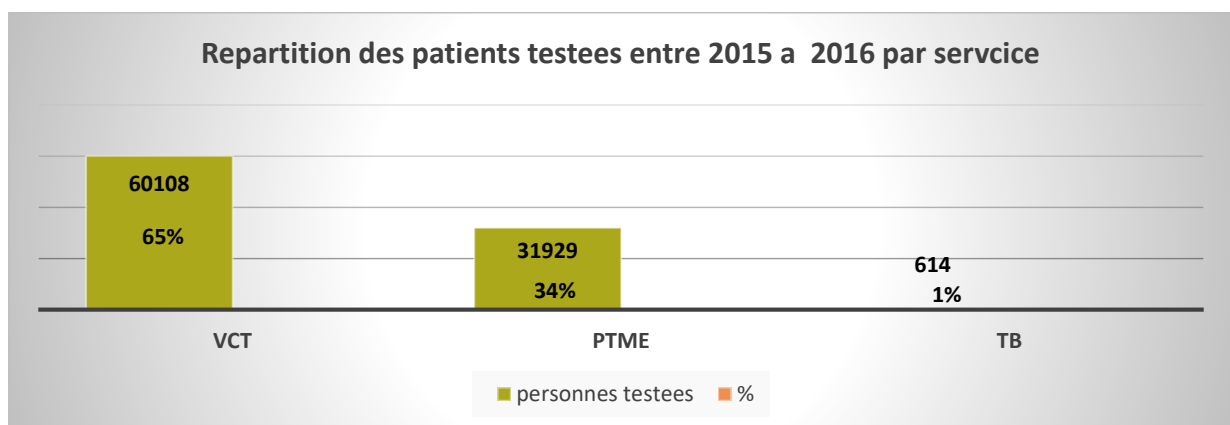


(Source MESI)

2- Personnes testées entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par service.

La répartition des patients testés entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par service nous montre que parmi les 92651 patients testés, 65% ont reçu leur test dans un service VCT, là où l'on teste la population générale, 34% sont des femmes enceintes qui ont été testées soit en prénatale ou encore en salle d'accouchement dans l'objectif d'identifier les cas positifs et les mettre sous traitement afin d'éviter la transmission de la mère à l'enfant. Enfin le reste, soit 1% représente les patients infectés par la tuberculose, testés pour VIH afin d'identifier les Co infectés TB/VIH et les mettre sous traitement. (Voir le graph suivant)

Graph 2 : Repartions des personnes testées en 2016 par service

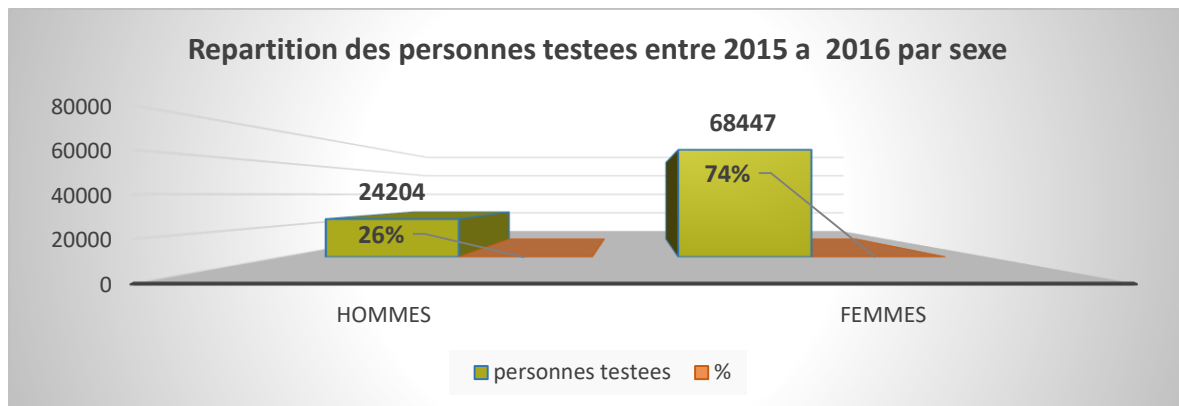


(Source MESI)

3- Patients testés entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par sexe.

Par ailleurs, quand on fait la répartition des 92651 personnes testées entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par sexe on constate que la majorité des personnes qui ont reçu le testing sont des femmes soient 76% des personnes testées, alors que les hommes représentent seulement 24% des personnes testées, ce qui explique que la population féminine fréquente beaucoup plus les institutions de santé que les hommes

Graph3 : répartition des personnes testées en 2016 par sexe



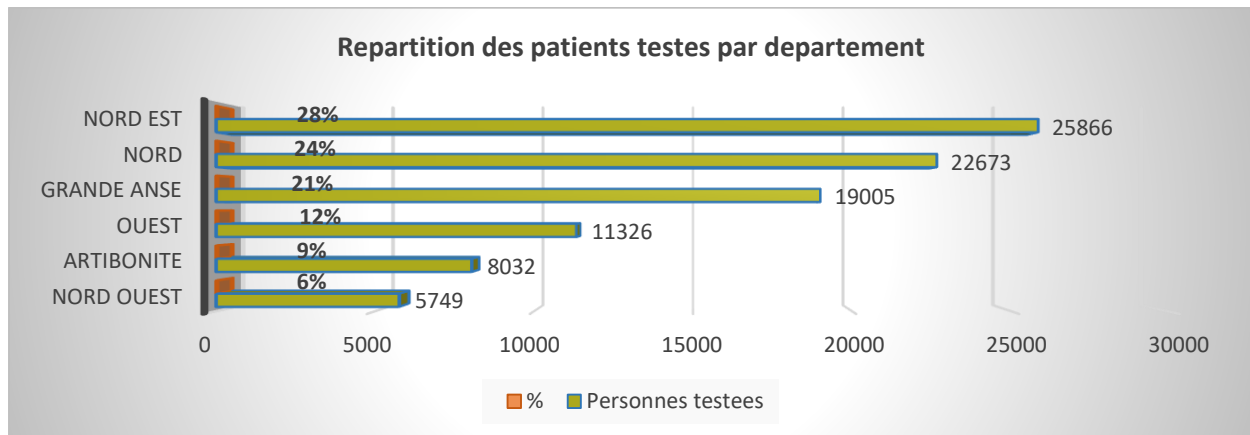
(Source MESI)

4- Patients testés entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par département.

la répartition des 92651 personnes testées en 2016 par département nous montre que le département du Nord-est ou se trouvent les 3 sites du réseau CDC réalise le plus grand nombre de test soient 28%, suivi du département du Nord ou se trouve le site de La Fossette avec 24%, cela est dû à l'ancienneté des sites du réseau CDC dans le programme ainsi qu'à la grande capacité de La Fossette qui est d'ailleurs l'un des plus grands sites du projet SSQH dans le pays ; ensuite on trouve de façon respectives : les départements de la Grande Anse avec 21%, l'ouest avec 12%, l'Artibonite avec 9% et la Nord-ouest avec 6%. Toutefois, il faut signaler la grande contribution du département de la Grande Anse en terme de testing malgré sa jeunesse dans le programme.



Graph 4 : Répartition des personnes testées en 2016 par département à travers le réseau CDS

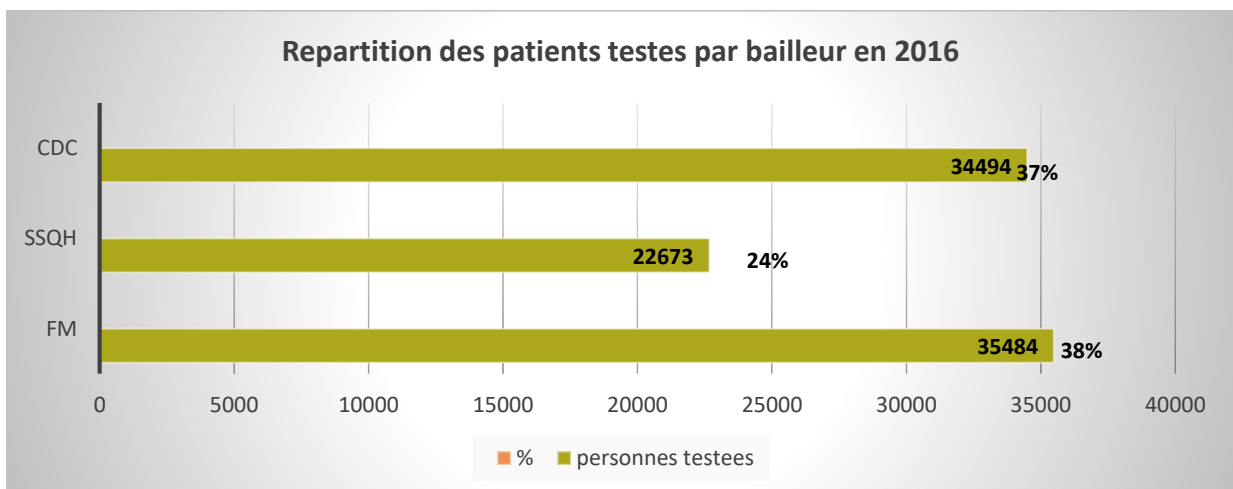


(Source MESI)

5- Personnes testées entre Octobre 2015 – Septembre 2016 par bailleurs

Quand on fait la répartition des 92651 personnes testées en 2016 par bailleur, on constate que le Fond Mondial avec 15 sites, représente 38% des patients testés ; Le CDC avec 4 sites représente 37% des patients testés et Le SSQH avec un site (La Fossette) représente à lui seul 24% des patient testés. Il faut préciser que le site de La Fossette reçoit également un financement des Fonds mondial, mais dans le cadre de ce travail, il est catégorisé seulement comme site de SSQH pour éviter les duplications et ainsi faciliter l'analyse. Il en est de même pour le site de Petite Place Cazeau qui reçoit également des fonds de Global found (FM), dans le cadre de ce travail il est catégorisé seulement comme site de CDC pour les mêmes raisons antérieures.

Graph 5: Répartition des personnes testées en 2016 par bailleur

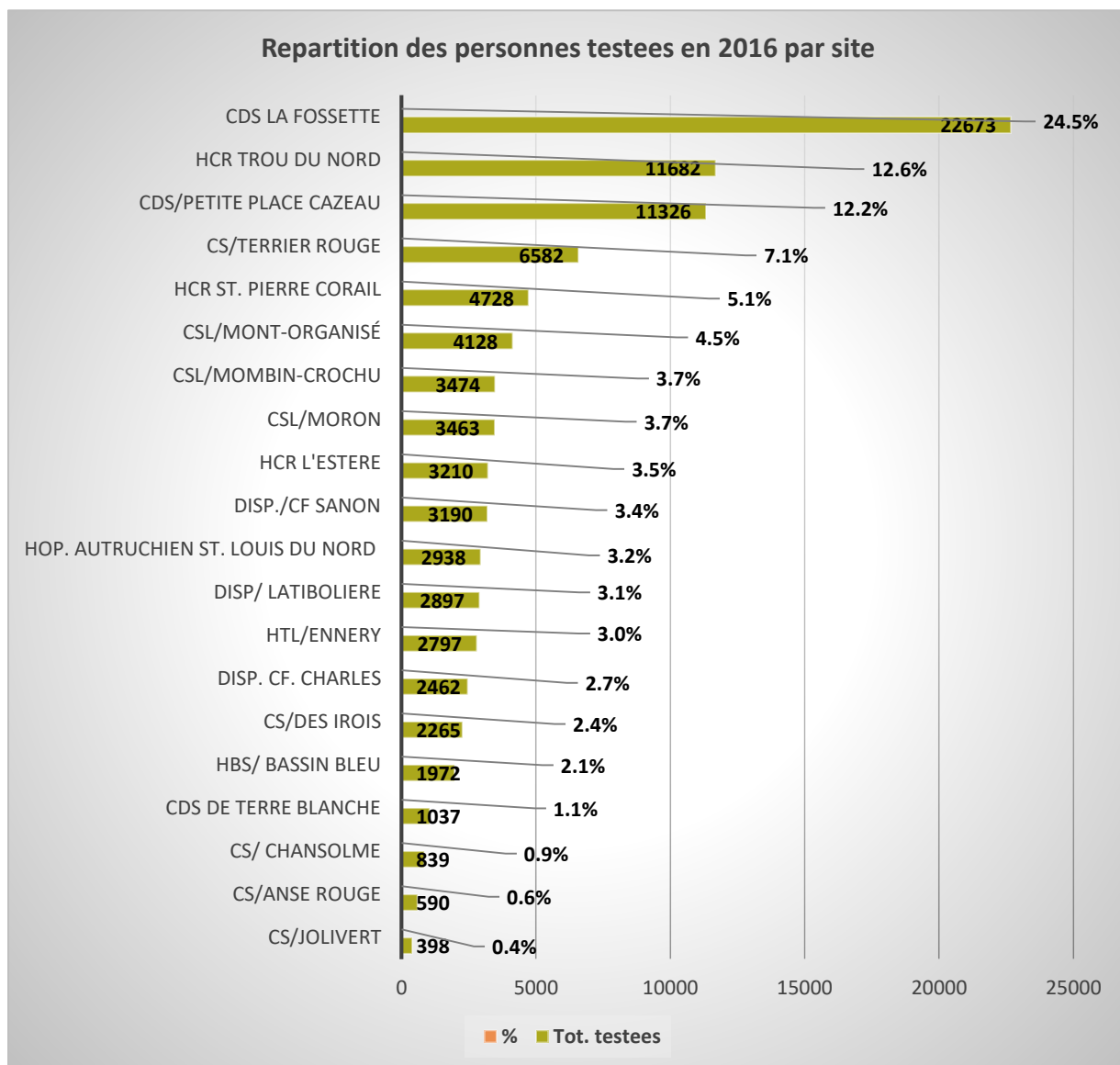


(Source MESI)

6- Personnes testées entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par site

L'analyse du graphique suivant nous permet de constater que parmi les 92651 personnes testées le site de La Fossette représente à lui seul près de 25%, suivi de façon respective de : Trou du Nord avec 13% Petite Place Cazeau avec 12% et Terrier Rouge 7%. Par ailleurs parmi les qui ont testé la plus faible quantité de patients durant l'exercice fiscal 2015- 2016, on trouve : Jolivert avec 0.4%, Anse-Rouge 0.6%, Chansolme 1%, Terre Blanche 1.1% et Bassin-Bleu 2%. (Voir le graphe 6)

Graph 6. Répartition des personnes testées en 2016 par site



(Source MESI)

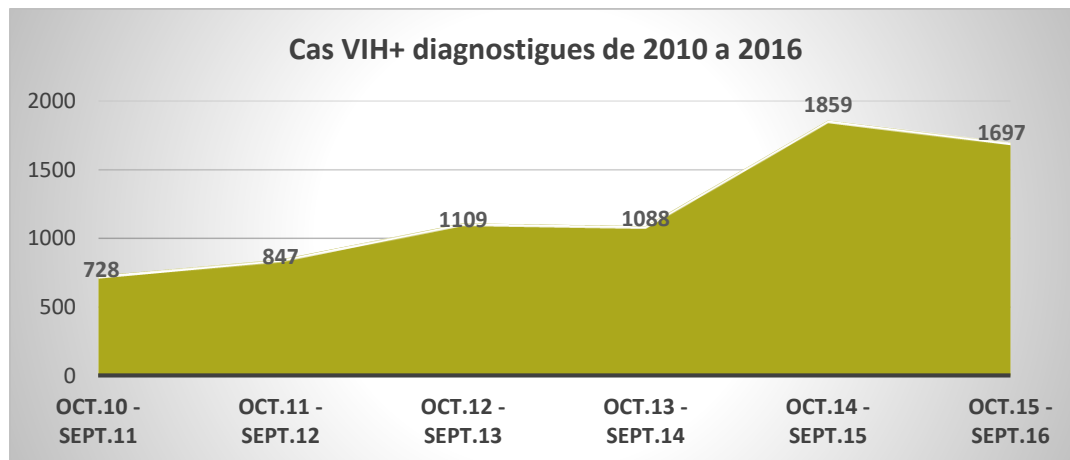


II- Cas VIH+ diagnostiqués

1- Evolution des cas VIH+ diagnostiqués entre Octobre 2015 à Septembre 2016

Quand on considère le nombre de personnes diagnostiqué pour VIH durant les dernières années fiscales, on a constaté un pic durant l’exercice 2014 – 2015 où 1859 patients ont été diagnostiqués VIH+ à travers les différents sites de CDS ; La première année fiscale à savoir Octobre 2010 a Sept 2011 correspond à la plus faible quantité de patients diagnostiqués car, on avait seulement 6 sites impliqués dans le testing de plus, on était en phase de début. D’autre part, on voit que durant les 2 dernières années fiscales, le nombre de personnes diagnostiqués VIH positif est beaucoup plus élevé que les années antérieures, cela a dû au fait que le CDS a bénéficié d’une extension de service de prise en charge durant ces 2 dernières années dans 3 autres départements du pays (Nord-Ouest, l’Artibonite et la Grande –Anse) avec l’aide de fond mondial. Malgré tout le nombre de patients diagnostiqués VIH+ au de l’exercice 2015 – 2016 est inférieur à l’exercice antérieur, ce qui explique d’ailleurs une légère diminution de la prévalence de la maladie au niveau nationale.

Graph 7. Evolution des cas VIH+ diagnostiqués de 2010 à 2016



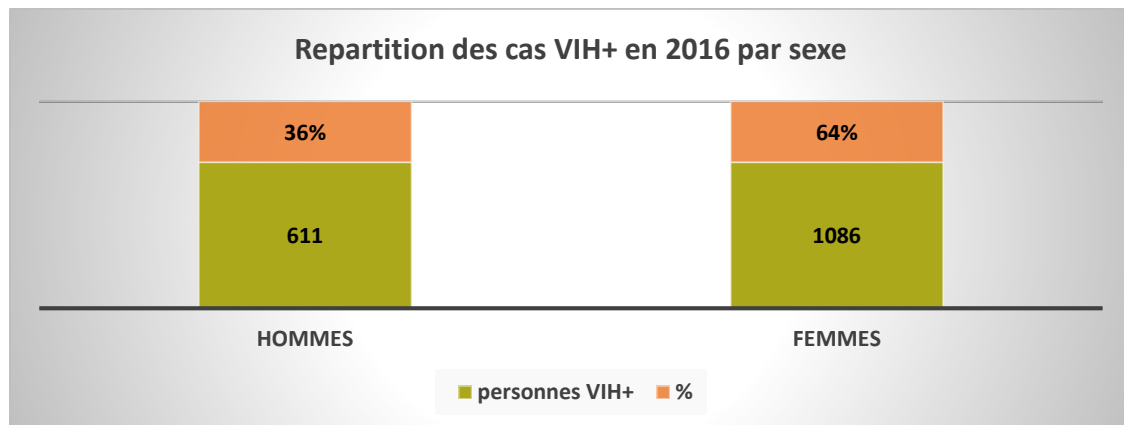
(Source MESI et rapport mensuel des sites)



2- Patients testés VIH positif par sexe entre Octobre 2015 – Septembre 2016

Les 1697 cas VIH+ diagnostiqués entre Octobre 2015 et Septembre 2016 sont ainsi répartis : 64% de femmes incluant les femmes enceintes diagnostiqués VIH+ et 36% de garçons ; cela est expliqué par le fait que beaucoup plus de femmes fréquentent les institutions de santé en Haïti. D'où le défis de tester les partenaires de ces femmes diagnostiqués VIH positif. (Graph 8)

Graph.8 Répartition des patients testés VIH+ par sexe

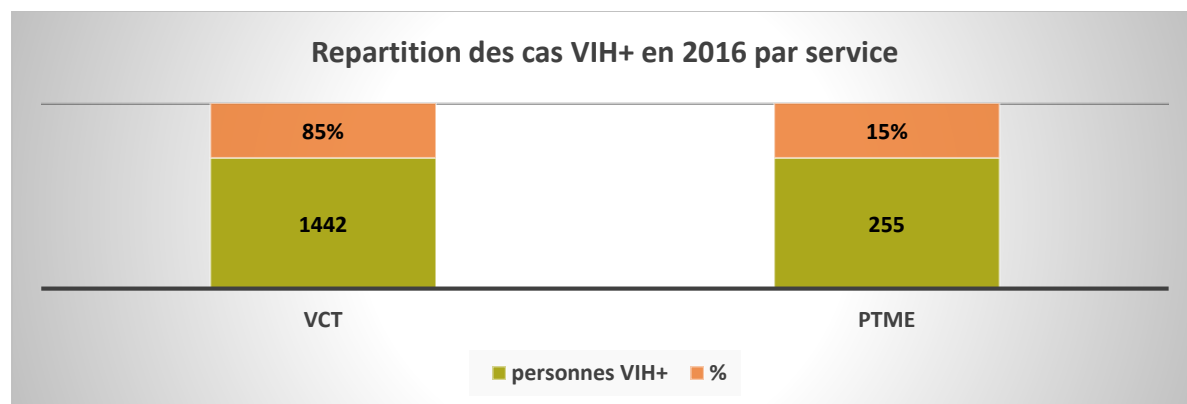


(Source MESI et rapport des sites)

3- Patients testés VIH positif par service

Quand on fait la répartition des 1697 patients VIH+ diagnostiqués entre 2015 et 2016 par service, on trouve que la majorité des patients sont diagnostiqués en VCT soient 85% et les 15% restant de patients VIH+ sont diagnostiqués en service prénatales et les salles d'accouchement.

Graph.9 Répartition des patients testés VIH+ par services

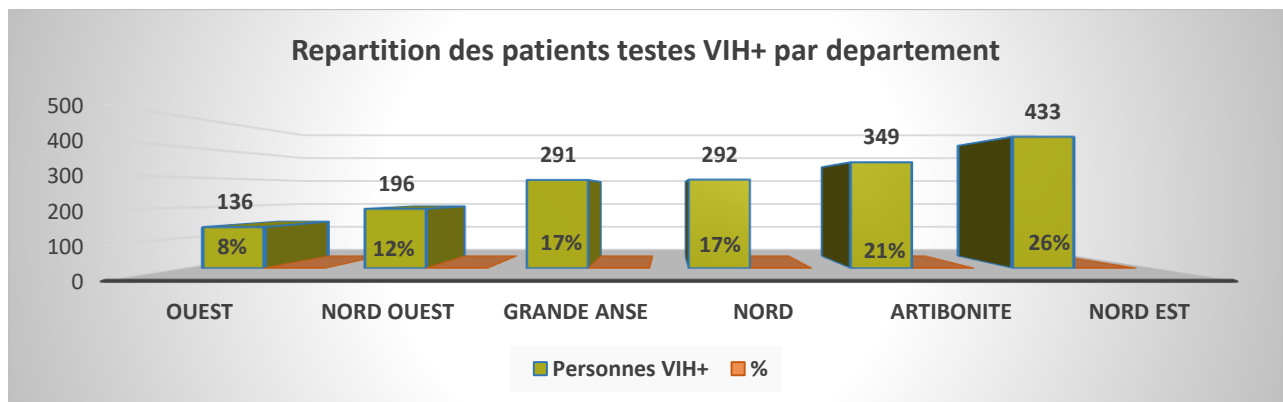


(Source MESI et rapport des sites)

4- Patients testés VIH positif entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par département.

La répartition des 1697 patients VIH+ entre 2015 et 2016 par département montre que le département du Nord-Est avec 4 sites, renferme la plus grande quantité de patient VIH+ avec 26% de l'ensemble des patients diagnostiqués, suivi des départements de l'Artibonite qui représente 21% des cas avec les 5 sites, le Nord qui avec le site de La Fossette représente à lui seul 17% des cas, La Grande – Anse représente également 17% des cas avec les 6 sites qu'il possède. Par ailleurs, le département du Nord-Ouest représente 12% des cas avec les 3 sites enregistrés, et enfin le département de l'Ouest représente 8% des avec le site de Petites Place Cazeau.

Graph 10. Répartition des cas VIH+ par département



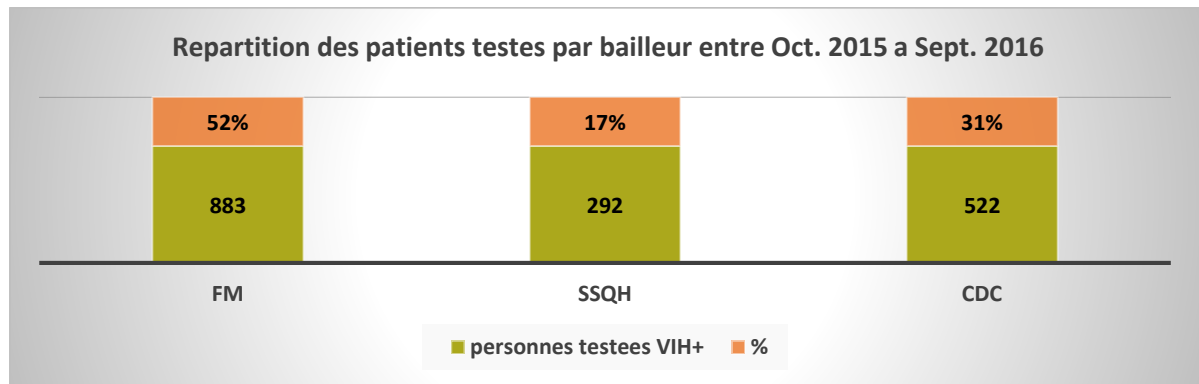
(Source MESI et rapport des sites)

5- Patients VIH positif par bailleur entre Octobre 2015 et Septembre 2016.

La répartition de 1697 cas VIH+ en 2016 par bailleur nous montre que le Fond mondial avec ses 15 sites représente 52% des cas VIH+, le CDC avec 4 sites représente 31% de cas et le SSQH avec La Fossette représente les 17% restant. (Graphe 11)



Graph 11. Répartition des cas VIH+ par bailleur

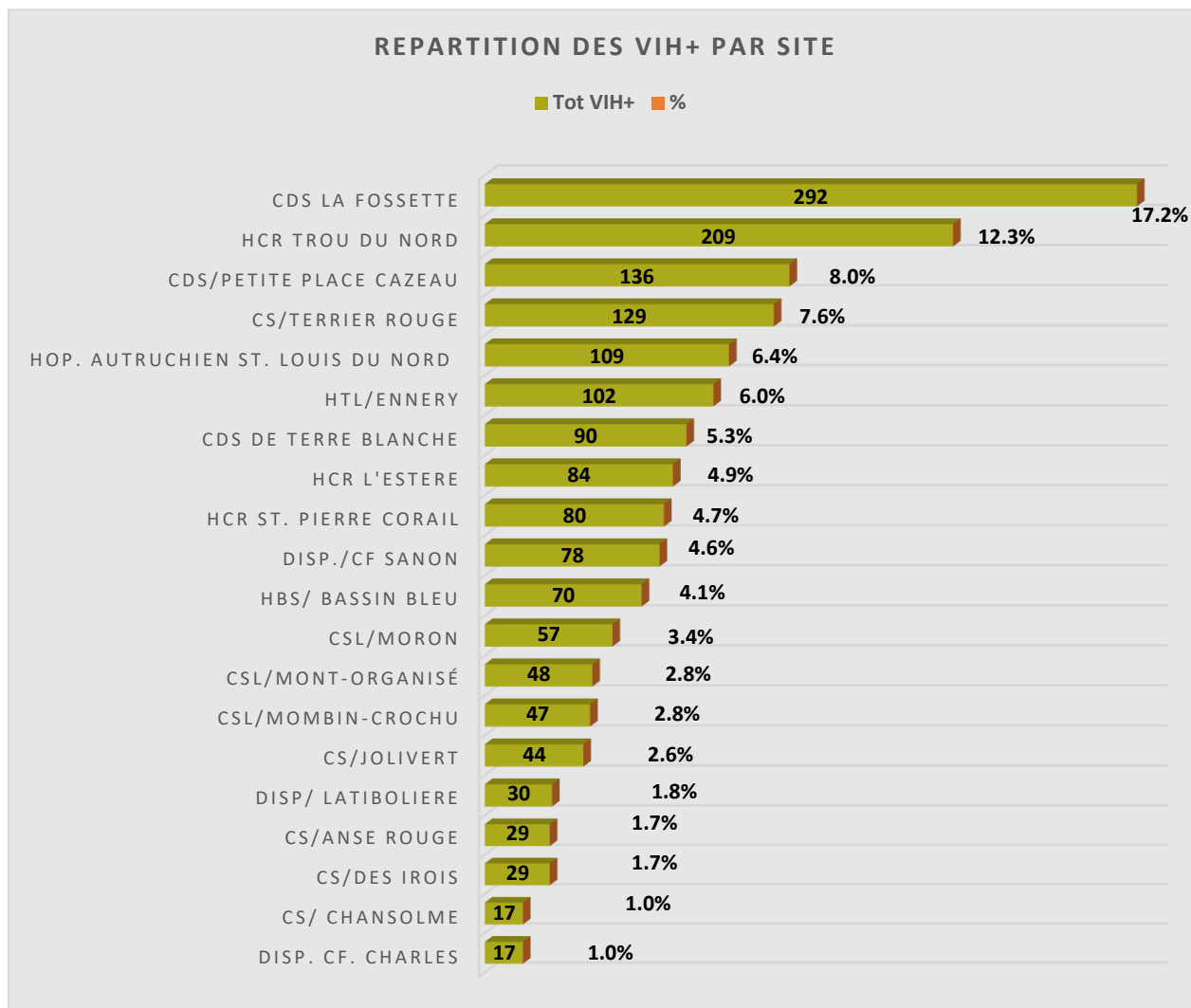


(Source MESI et rapport des sites)

6- Patients VIH positif par site entre Octobre 2015 à Septembre 2016

Par rapport aux sites, ceux qui ont dépisté la plus faible quantité de patients VIH+ sont : Carrefour-Charles et Chansolme avec 1% de patients VIH+ pour chacun de ses sites durant l'exercice écoulé. Après, on trouve les Irois et Anse – Rouge avec 1.7% ; ensuite on trouve Latiboliere avec 1.8% de patients VIH+. Pour les sites ayant dépisté la plus grande quantité de patients VIH+ on trouve respectivement : Les site de La Fossette avec 17.2% de patients VIH+, Trou du Nord 12.3%, Petite Place Cazeau 8%, Terrier Rouge 7.6%, et St. Louis du Nord avec 6.4%. (Graphe 12)

Graph. 12 Répartition des patients testés VIH+ par site



(Source MESI et rapport des sites)

III- Taux de positivité

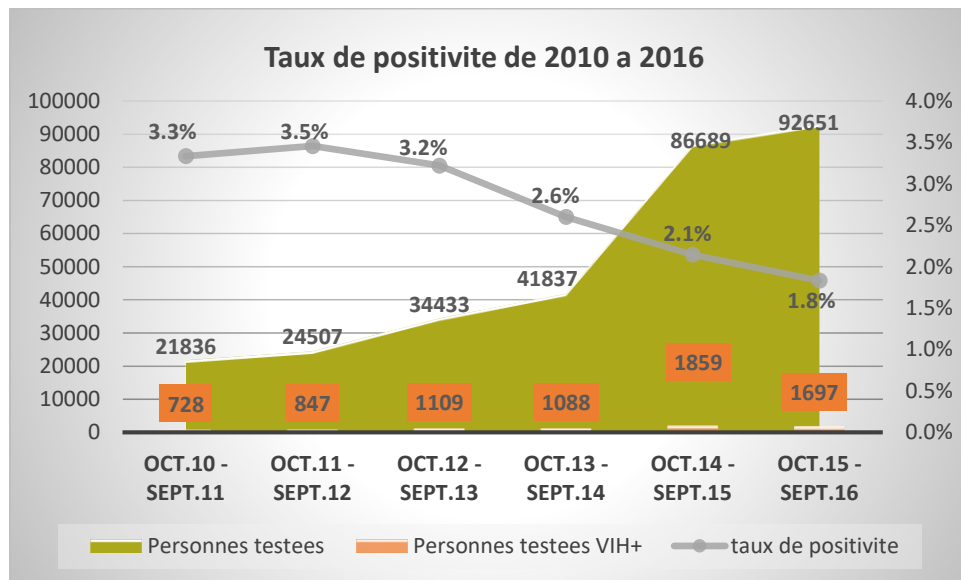
1- Evolution du taux de positivité de 2010 à 2016

De 2010 à 2016, on a analysé l'évolution du taux de positivité à travers le CDS et on a vu que le taux de positivité de l'organisation était plus élevé au début du programme, avec un taux de 3.3% durant l'exercice fiscal 2010 – 2011 ; Cependant le taux de positivité le plus élevé a été accusé durant l'exercice 2011 – 2012 avec un taux de 3.5%. De là on a trouvé une courbe décroissante qui montre la régression du taux de positivité, avec 3.2% entre 2012 – 2013, 2.6% entre 2013 et 2014 ; 2.1% entre 2014 et 2015 ; Enfin durant la dernière année (2015 – 2016) on a enregistré le



plus faible taux de positivité à travers l’organisation, soit 1.8%. Ce qui reflète la réalité nationale puisqu’on enregistre une régression du taux de positivité à travers tout le pays durant l’exercice fiscale écoulé. (Graphe 13)

Graph 13. Taux de positivité de 2010 à 2016

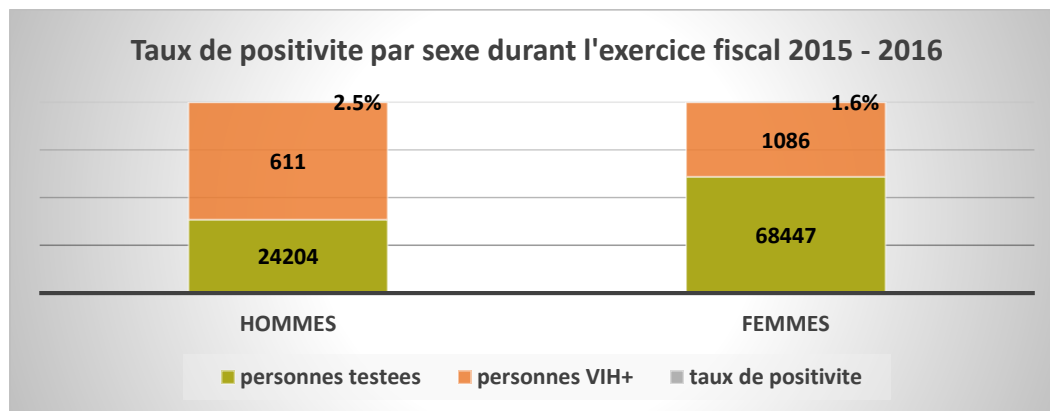


(Source MESI)

2- Taux de positivité par sexe durant l’exercice fiscal 2015 – 2016

Durant l’exercice fiscal 2015 – 2016, le taux de positivité était plus élevé chez les hommes par rapport aux femmes avec respectivement 2.5% chez les hommes et 1.6% chez les femmes. D’où la nécessité d’orienter le testing chez les partenaires sexuels des femmes VIH+ identifiées au niveau des sites.

Graphe 14. Taux de positivité par sexe

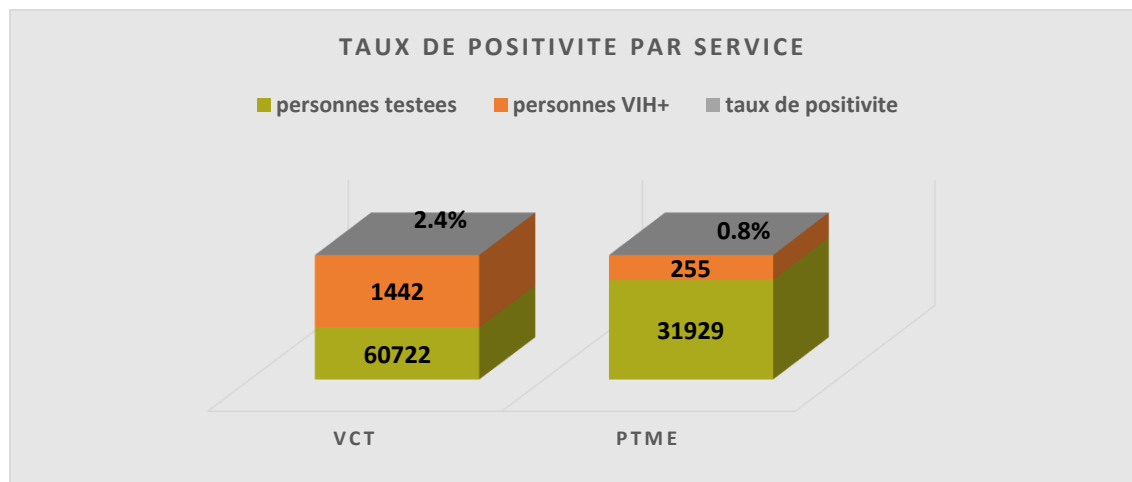


(Source MESI/rapport des sites)

3- Taux de positivité par service

Par rapport aux services, on a constaté que durant l’exercice fiscal 2015 – 2016, le taux de positivité était de 2.4% en VCT, alors qu’il était de 0.8% en PTME

Graphe 15. Taux de positivité par service



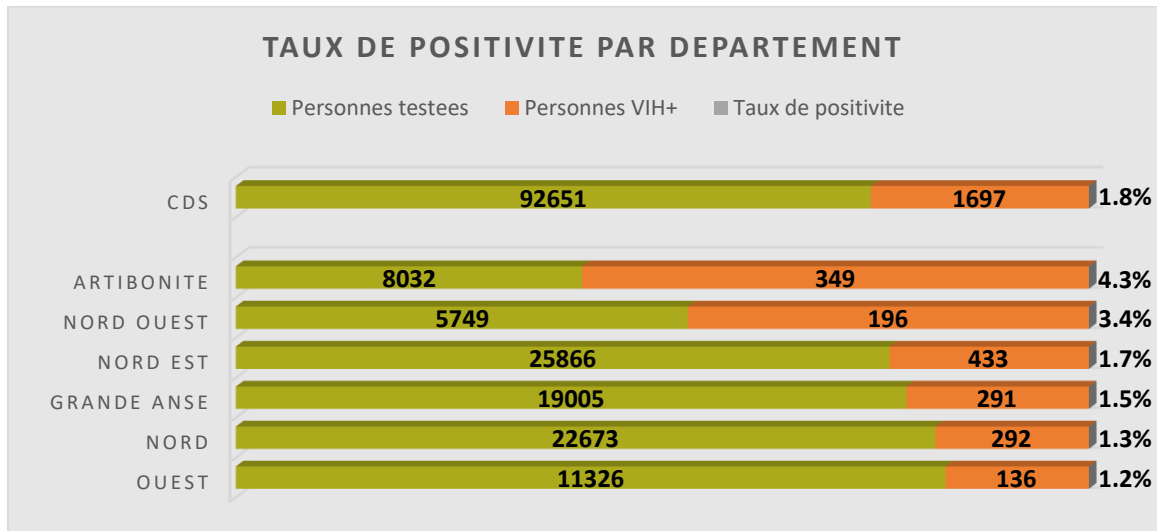
(Source MESI/Rapport des sites)

4- Taux de positivité par département

Pour les départements, durant l’exercice fiscal 2015 – 2016, le taux de positivité était plus élevé dans le département de l’Artibonite avec 4.3% suivi du Nord-Ouest avec 3.4%, puis vient le Nord-est avec un taux de positivité de 1.7%. Par ailleurs, le département de l’Ouest possède le plus faible

taux de positivité avec 1.2% suivi des départements du Nord et de la Grande-Anse avec respectivement : 1.3% et 1.5% de taux de positivité.

Graphe 16. Taux de positivité par département

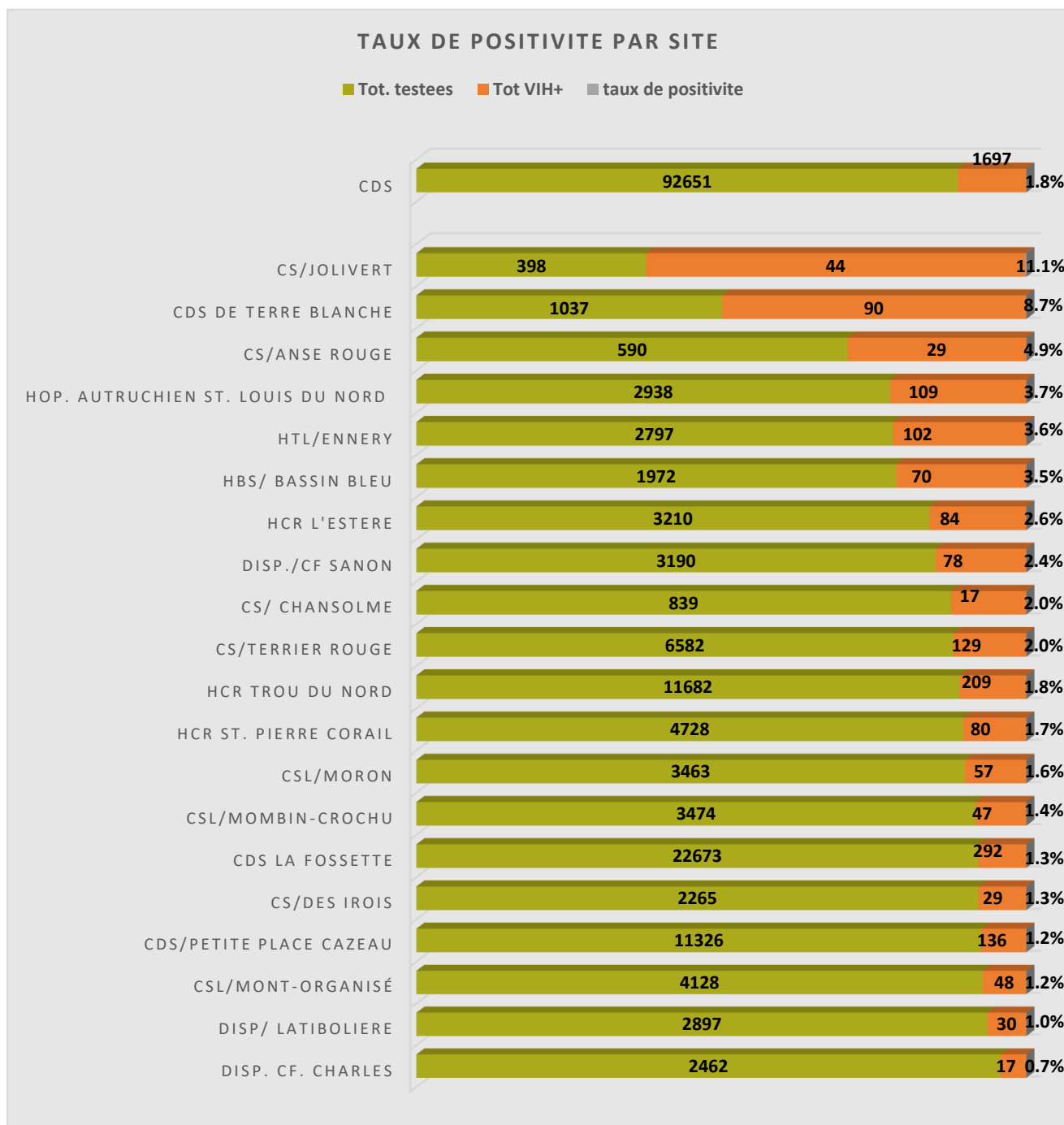


(Source MESI/Rapport des sites)

5- Taux de positivité par site

Par rapport aux sites, durant l'exercice fiscal 2015 – 2016, le site de Jolivert possède le taux de positivité le plus élevé à travers le CDS avec 11.1%, suivi de Terre – Blanche avec 8.7%, Anse – Rouge avec 4.9%, St. Louis du Nord avec 3.7%. D'où la nécessité d'enquêter sur les stratégies de testing utilisées par les sites ayant un taux de positivité élevé afin de les étendre au niveau de toute l'organisation, car l'objectif de testing c'est de trouver les patients infectés au VIH afin de les placer sous TAR. Par ailleurs, le site de Carrefour Charles possède le plus faible taux de positivité avec 0.7%, suivi de latiboliere avec 1%, Mont – Organisé avec 1.2%, Petite Place Cazeau 1.2 % également. Le taux de positivité des autres sites varie entre 1.2% à 3.6% (Graphe 17)

Graphe 17. Taux de positivité par site



(Source MESI/Rapport des sites)



F- TRAITEMENT ARV

I- Enrôlement des patients sous TAR (TX--NEW)

1- Evolution de l'enrôlement sous ARV à travers le CDS de 2010 à 2016

Quand on considère l'enrôlement aux ARV à travers CDS de 2010 à 2016, on a vu une courbe ascendante qui explique la progression de l'enrôlement de façon positive ; chaque année, le nombre de patient enrôlés aux ARV s'augmente de façon considérable.

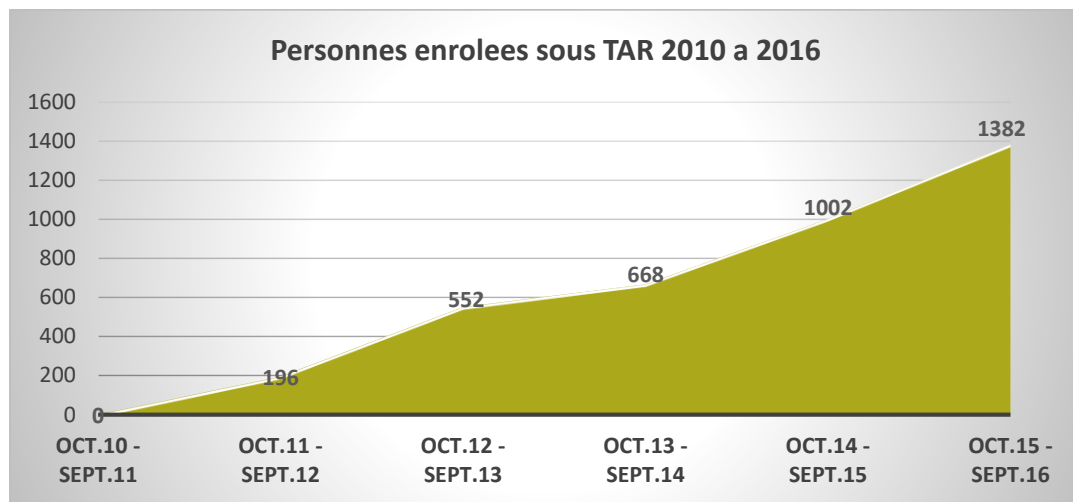
Ainsi d'octobre 2010 à Septembre 2011, on a eu des activités de dépistage, mais aucun patient n'a été enrôlé sous ARV ; d'Octobre 2011 à Septembre 2012, on a démarré avec l'enrôlement des patients sous ARV, particulièrement dans les sites financés par le CDC dans le Nord-Est et Petite Place Caseau dans l'Ouest, ainsi durant cette période 196 patients ont été enrôlés sous ARV ; D'octobre 2012 à Septembre 2013, le CDS a enrôlé 552 patients sous ARV, ces patients proviennent particulièrement des sites de CDC et de SSQH ; d'Octobre de 13 à Septembre 2014, le nombre d'enrôlé est passé à 668 à travers le CDS avec l' implication de 6 sites dont 5 de CDC et un site de SSQH (La Fossette). Les sites financés par CDC incluent : Trou du Nord, Terrier-Rouge, Mont-Organise, Petite Place Cazeau et Mombin-Crochu, ce dernier a été financé par CDC de 2011 à 2015, à partir de l'année 2016, Mombin Crochu a perdu son financement de la part de CDC et après négociation avec PSI, le site a pu bénéficier du financement de fond Mondial pour continuer avec la prise en charge des PVVIH identifiés dans la zone.

D'Octobre 2014 à Septembre 2015, le nombre d'enrôlés sous ARV est passé à 1002 à travers le réseau CDS, avec l'intégration des sites du réseau FM dans les départements de l'Artibonite, du Nord-Ouest et de La Grande-Anse au cours de l'année 2015, ce qui explique en partie cette grande différence (Cet écart positif) par rapport à l'exercice écoulé. Enfin d'Octobre 2015 à Septembre 2016, le réseau a pu enrôlé sous ARV 1382 patients, au cours de cette année, les statistiques de Mombin-Crochu sont comptabilisés dans le réseau PSI/FM.

D'où l'existence d'une courbe croissante pour l'enrôlement des patients sous ARV à travers le CDS.



Graphe 18. Evolution de l'Enrôlement aux ARV 2010 à 2016

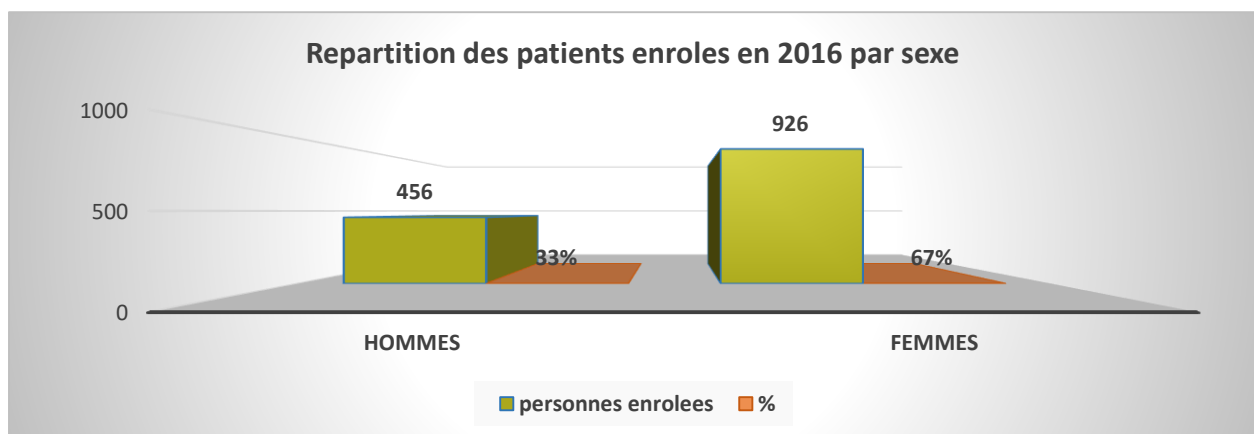


(Source MESI/Rapport des sites)

2- Patients enrôlés sous ARV entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par sexe

Les patients enrôlés aux ARV au cours de l'exercice 2015 – 2016 sont ainsi repartis par sexe 456 hommes et 926 femmes, ce qui représente 33% d'hommes et 67% de femmes. D'où comme pour le testing, la majorité des personnes enrôlées en 2015 – 2016 sont des femmes. Ce qui explique d'ailleurs une plus grande fréquentation des institutions par les femmes que les hommes.

Graphe 19. Répartition des patients enrôlés sous ARV entre 2015 et 2016 par sexe

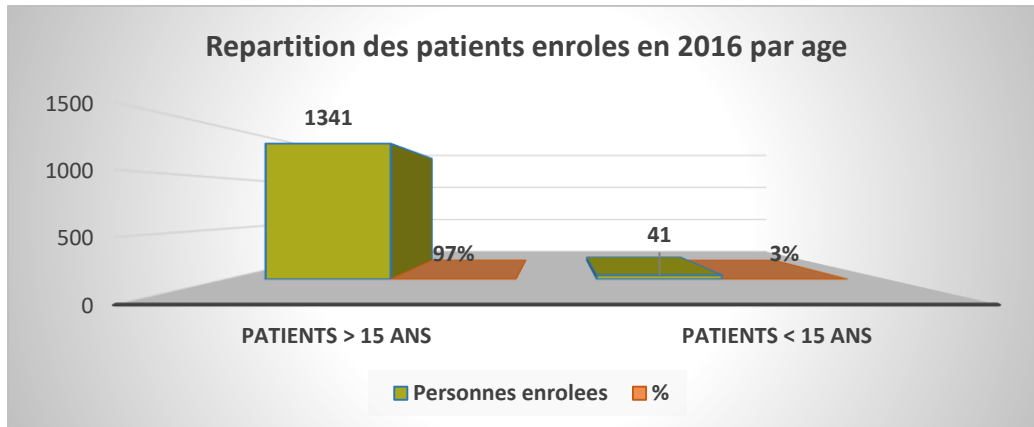


(Sources MESI et rapport des sites)

3- Patients enrôlés sous ARV entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par catégorie d'âge

Par ailleurs la répartition des patients enrôlés entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par catégorie d'âge nous montre que 97% des patients enrôlés sont des patients de plus de 15 ans, soient 1341 sur 1382 ; le reste des 3% représente des enfants de moins de 15 ans.

Graphe 20. Patients enrôlés sous ARV par catégorie d'âge

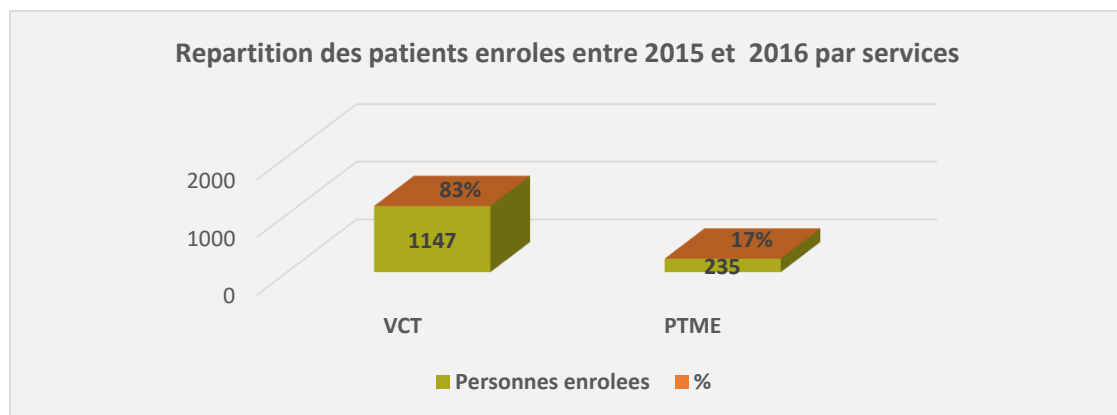


(Source MESI / Rapport des sites)

4- Patients enrôlés sous ARV entre 2015 – 2016 par Service

Par rapport aux services, au cours de l'exercice 2015 – 2016 on a vu que 1147 patients enrôlés aux ARV proviennent des services VCT, ce qui représente 83% des patients placés sous TAR, alors que 235 soient 17% des patients enrôlés proviennent des services PTME.

Graphe 21. Répartition des patients enrôlés sous ARV entre 2015 – 2016 par service

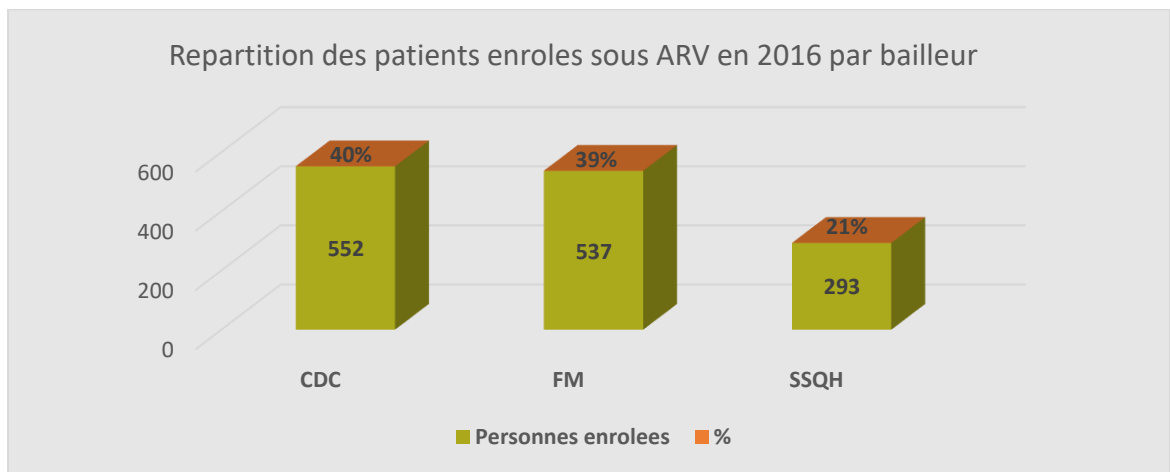


(Source MESI/rapport des sites)

5- Patients enrôlés sous ARV entre 2015 et 2016 par bailleurs

Par rapport aux bailleurs, au cours de l'exercice fiscal 2015 – 2016, on voit que le CDC représente 40% des patients enrôlés sous ARV avec 552 patients dans 4 sites ; le Fond mondial représente 39% d'enrôlement avec 537 patients enrôlés sous ARV dans 8 sites ARV et 9 sites satellites ; enfin le SSQH représente à lui seul 21% d'enrôlement sous ARV avec 293 patients enrôlés sous ARV dans le seul site de La Fossette.

Graphe 22. Répartition des patientes enrôlés sous ARV entre 2015 et 2016 par bailleur



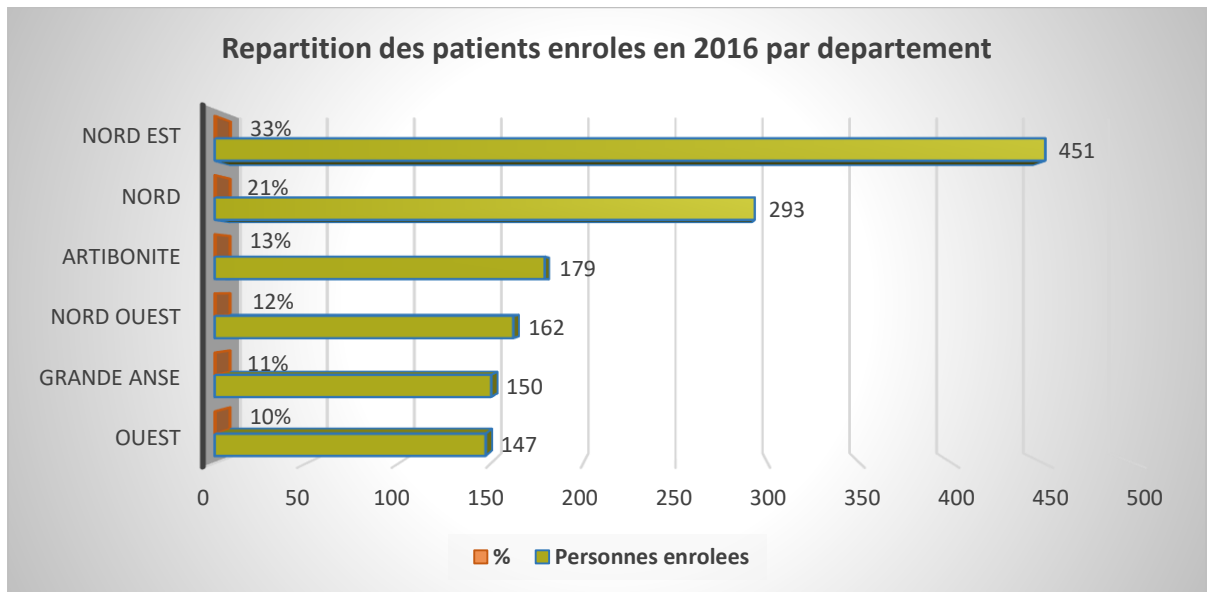
(Sources MESI/Rapport des sites)

6- Patients enrôlés sous ARV entre Octobre 2015 à Septembre 2016 par département

On a vu qu'au cours de l'exercice 2015 – 2016, le département ayant enrôlé le plus grand nombre de patients sous ARV est le Nord – Est avec 451 patients enrôlés sous ARV dans 5 sites du département pour un pourcentage de 33%, puis vient le département du Nord qui a enrôlé 293 patients dans le seul site de La Fossette ce qui représente 21% d'enrôlement ; ensuite, on trouve les départements de : l'Artibonite qui représente 13% d'enrôlement avec 179 patients enrôlés sous ARV dans 3 sites ARV et 1 site satellite, le Nord-Ouest qui représente 12% d'enrôlement avec 162 patients enrôlés dans 2 sites ARV et 4 sites satellites, la Grande-Anse avec 150 patients enrôlés sous TAR dans 2 sites ARV et 4 sites satellites, ce qui représente environ 11% d'enrôlement. ; enfin, on trouve le département de l'Ouest avec 147 patients enrôlés dans le site de Petite Place Cazeau, ce qui représente 10% d'enrôlement (Graphe 23)



Graphe 23. Répartition des patients enrôlés en 2016 par département

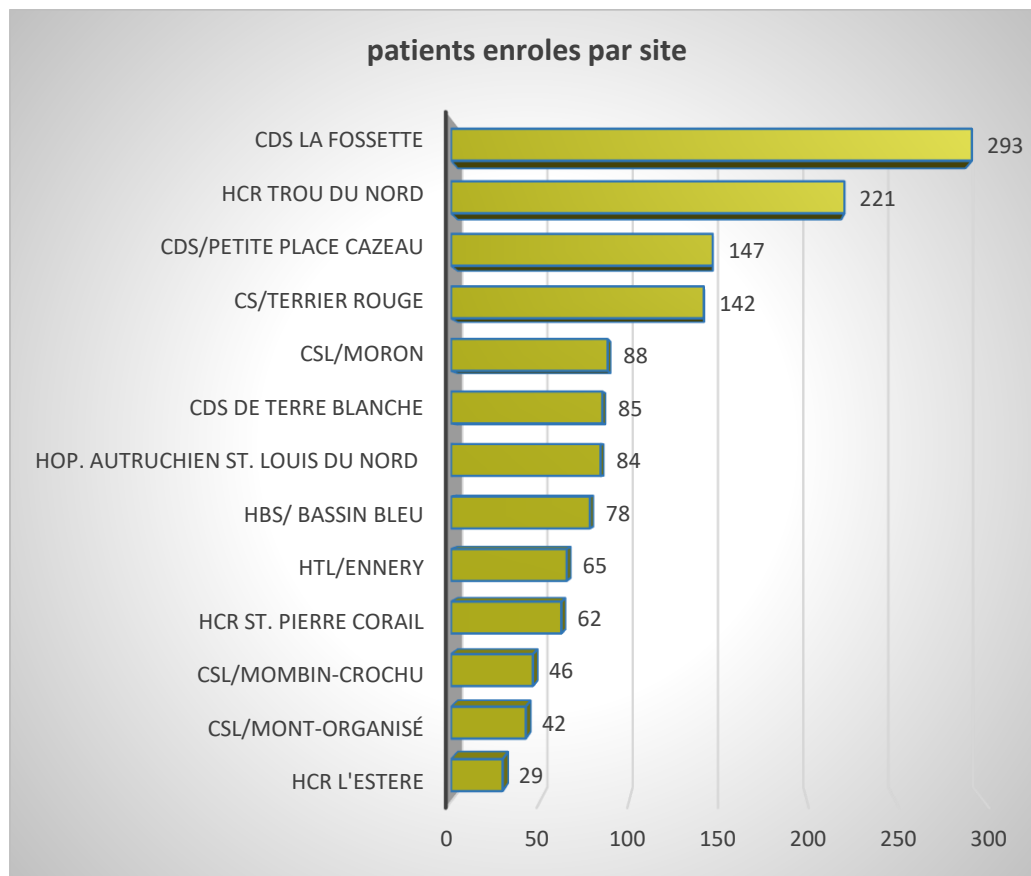


(Source MESI/Rapport des sites)

7- Patients enrôlés sous ARV entre 2015 – 2016 par sites

Par rapport aux sites, on a vu qu’au cours de l’exercice 2015 – 2016, les sites qui ont enrôlé le plus grand nombre de patient sous ARV sont : La Fossette avec 293 patients, suivi de Trou du Nord avec 221 patients, Petite place Cazeau avec 147 patients et Terrier – Rouge avec 142 patients. Par ailleurs les sites qui ont enrôlés la plus faible quantité de patients sous ARV sont de façon respective : L’Estere avec 29 patients, Mont – Organise avec 42 patients, Mombin – Crochu avec 46 patients et Corail avec 62 patients (Graphe 24)

Graph 24. Répartition des patients enrôlés en 2016 par site



(Source MESI/Rapport des sites)

8- Performance réelle des patients enrôlés en 2016

Parallèlement, quand on fait une comparaison entre le nombre de personnes VIH positives identifiées et le nombre de personnes enrôlées sous ARV on a une idée de la performance réelle du réseau en enrôlement aux ARV. Ainsi, on a vu que de façon globale, le CDS a placé sous traitement ARV 1382 patients sur 1697 personnes VIH positive identifiées au cours de l'exercice fiscale 2015 – 2016, ce qui représente une performance réelle de 81% d'enrôlement sous ARV pour le CDS, ce qui est malgré tout un point d'ombre car 19% des patients VIH positif identifiés ne sont pas enrôlés sous ARV.

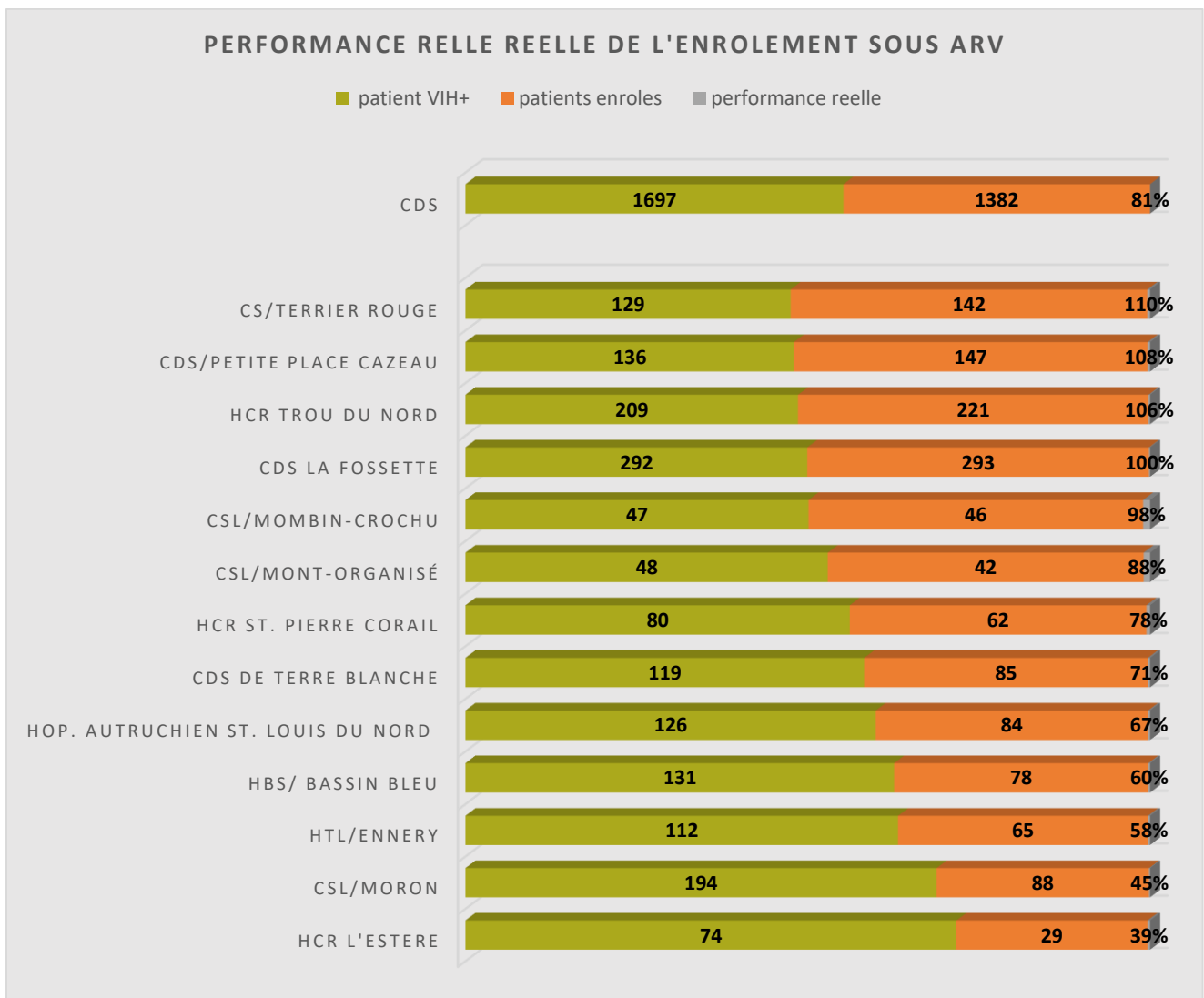
Les sites avec meilleure performance réelle en enrôlement sous ARV sont de façon respective : Terrier – Rouge avec 110%, Petite Place Cazeau avec 108%, Trou du Nord 106%, La Fossette 100%, et Mombin-Crochu avec 98%. Il faut préciser que les sites avec un score de plus de 100%, ont pour la plupart enrôlés des patients dépistés venant d'autres institutions qui n'offrent pas le



service ARV, également certains patients dépistés au cours de l'exercice 2014 – 2015, qui n'ont pas été enrôlé soit par dénis ou autres sont enrôlés au cours de l'exercice 2015 – 2016. Voilà l'explication pour les sites avec un score d'enrôlement réelle supérieur à 100% tels que : Terrier – Rouge, Petite Place Cazeau et Trou du Nord.

Par ailleurs, les sites ayant enregistré la plus faible performance réelle en enrôlement sous ARV au cours de l'exercice fiscale écoulé sont respectivement : L'Estère avec 39% Moron avec 45%, Ennery 58%, Bassin- Bleu avec 60% et St Louis du Nord avec 67%.

Graphe 25. Performance réelle des patients enrôlés sous ARV entre 2015 et 2016



(Source MESI/Rapport des sites)

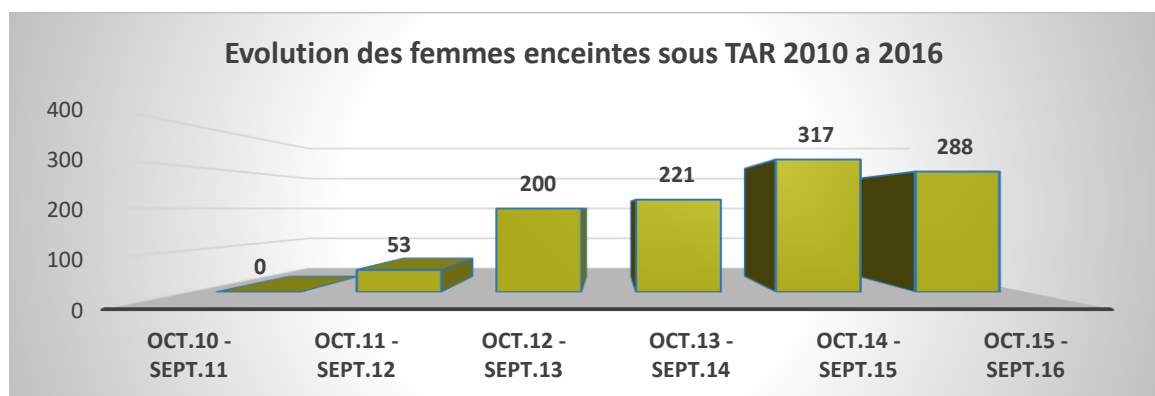


II- Femmes enceintes sous TAR

1- Femmes enceintes sous TAR entre 2010 et 2016

De 2010 à 2016, CDS a placé 1079 femmes enceintes sous traitement ARV, au cours de la première année, aucune femme enceinte n'a été placée sous traitement car au niveau des sites de CDS, on n'assurait que le testing des personnes ; durant l'année fiscale 2011 – 2012, on était en phase de début, ainsi 53 femmes enceintes ont pu recevoir le traitement ARV dans les sites financés par PEPFAR, d'Octobre 2012 – Septembre 2013, le CDS a fait un effort considérable pour passer de 53 à 200 femmes enceintes sous TAR, de 2013 à 2014, le nombre est passée à 221 femmes enceintes sous TAR, ce qui explique une progression des femmes enceintes sous TAR à travers le CDS. Au cours de l'exercice 2014 – 2015, le CDS a enregistré sa plus grande réalisation pour cet indicateur, car 317 femmes enceintes ont reçu le traitement ARV afin de prévenir la transmission mère – enfant ; il faut aussi préciser qu'au cours de cette période, les sites de 3 autres départements ont intégré le CDS ; finalement au cours de l'exercice 2015 – 2016, on a enregistré une régression de femmes enceintes placées sous TAR à travers le CDS, malgré l'implication des sites de Fond Mondial, cela explique la faible performance des sites du réseau Fond – mondial pour cet indicateur, car avec l'ajouts de 17 nouvelles institutions, on devrait avoir beaucoup plus de femmes enceintes sous TAR.

Graph 26. Evolution des femmes enceintes sous TAR



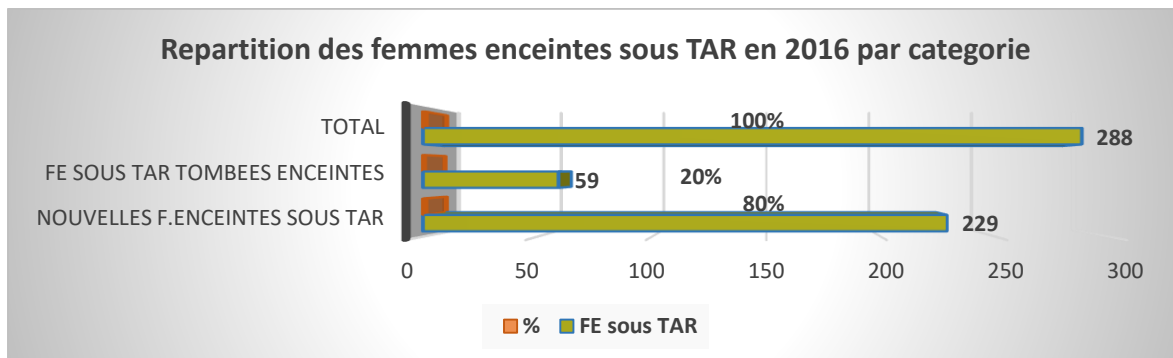
(Sources MESI)



2- Femmes enceintes sous TAR entre 2015 et 2016 par catégorie

Parmi les 288 femmes enceintes sous TAR au niveau de CDS au cours de l'exercice 2015 – 2016, 80% sont de Nouvelles femmes enceintes testées VIH positif et placées sous TAR et 20% sont des femmes VIH positif enrôlées sous ARV et tombées enceintes.

Graphe 27. Répartition des femmes enceintes sous TAR en 2016 par catégorie

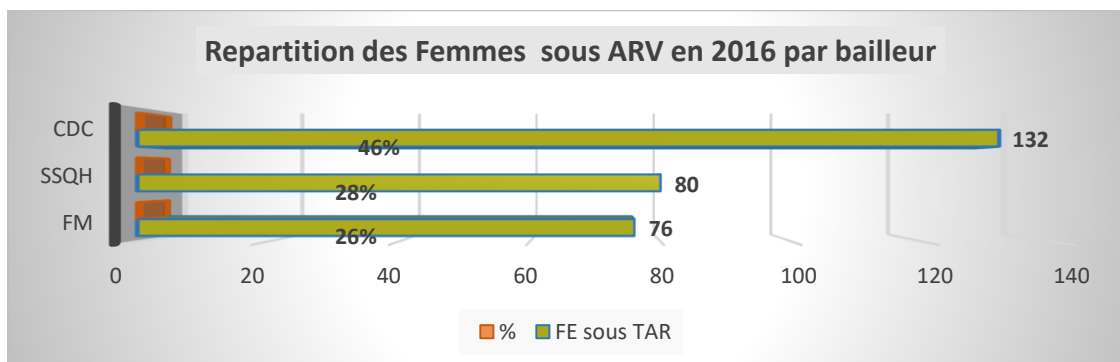


(Sources MESI)

3- Femmes enceintes sous TAR entre 2015 et 2016 par bailleurs

La répartition des 288 femmes enceintes sous TAR entre 2015 – 2016 par bailleurs est la suivante : 132 femmes enceintes pour le réseau CDC ce qui représente 46% des femmes sous TAR, 80 femmes enceintes pour le réseau SSQH, soient 28% à La Fossette à lui seul et Enfin, 76 femmes enceintes pour le réseau PSI-Fond Mondial, soient 26%, ce qui explique d'ailleurs la faible performance de ce réseau en PTME.

Graphe 28. Répartition des femmes enceintes sous TAR par bailleur

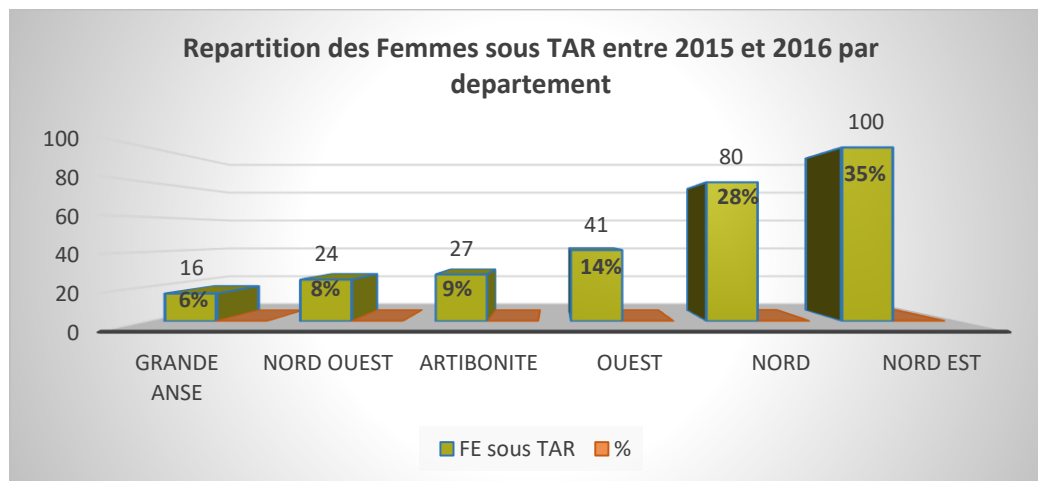


(Source MESI)

4- Femmes enceintes enrôlées sous TAR par département entre 2015 et 2016

Parmi les 288 femmes enceintes placées sous TAR pour la période allant d’Octobre 2015 à Septembre 2016, on a vu que le département du Nord-est a placé la plus grande quantité de femmes sous TAR, soient 100 femmes sur 288 pour un pourcentage de 35%, ensuite on trouve le département du Nord qui avec le site de La Fossette a placé 80 femmes enceintes sous TAR ce qui représente 28% des femmes enceintes sous traitement, puis on trouve de façon successive les départements : de l’Ouest qui avec le site de petite Place Cazeau a placé 41 femmes enceintes sous TAR, soient 14% des femmes enceintes placées sous traitement ; l’Artibonite qui avec 27 femmes enceintes placées sous TAR représente 9% ; le Nord-Ouest qui a placé 24 femmes enceintes sous TAR pour un pourcentage de 8% ; Et en dernière position on trouve le département de la Grande – Anse qui a placé seulement 16 femmes enceintes sous TAR durant l’exercice écoulé, soient 6% de femmes sous traitement seulement.

Graphe 29. Répartition des femmes enceintes sous TAR par département



(Source MESI)

5- Répartition des femmes enceintes sous TAR entre 2015 et 2016 par site

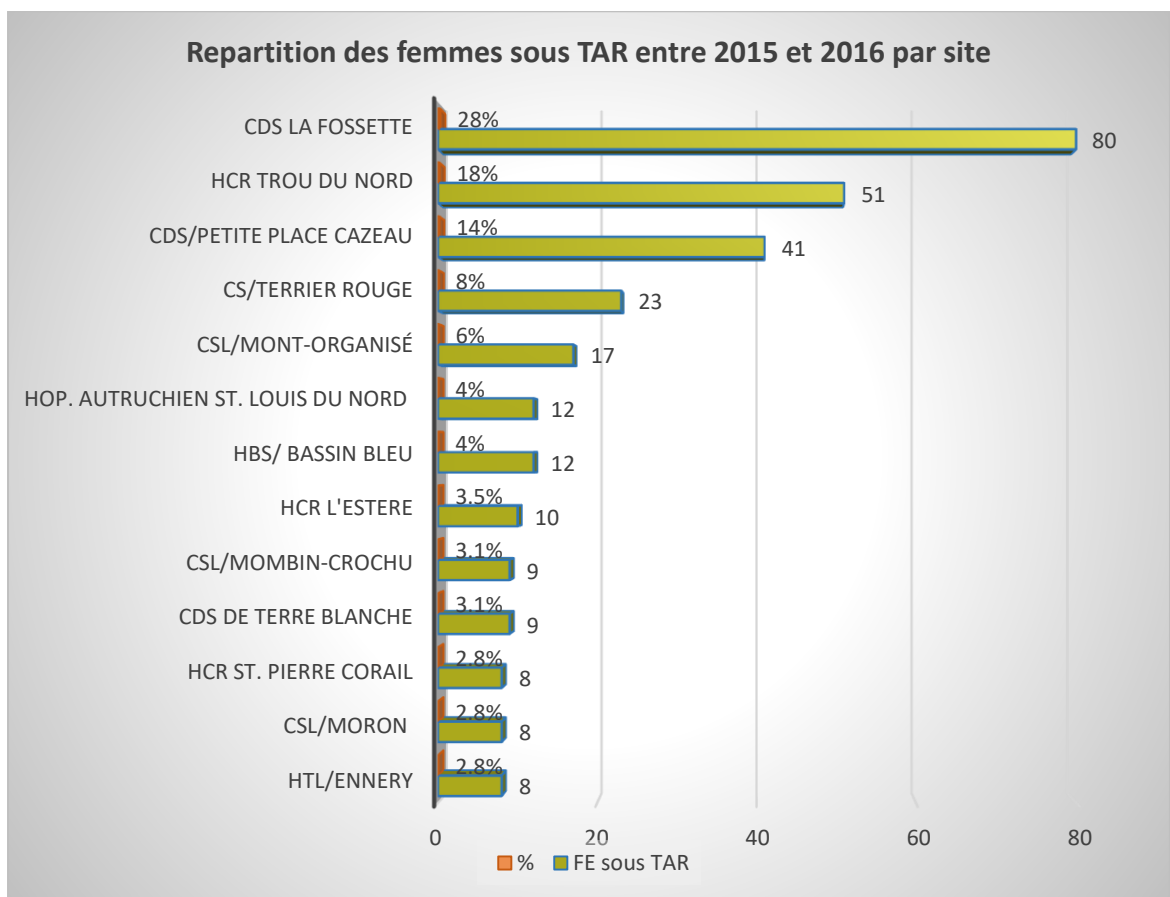
Par rapport aux sites, on voit que le CDS La Fossette représente à lui seul 28% des femmes enceintes placées sous traitement durant l’exercice écoulé avec 80 femmes enceintes sur 288 sous traitement, c’est le site ayant placé la plus grande quantité de femmes enceintes sous traitement ; ensuite on trouve de façon successive les sites de : Trou du nord avec 51 femmes enceintes pour



un pourcentage de 18%, Petite Place Cazeau avec 41 femmes enceintes pour un pourcentage de 14%, Terrier – Rouge avec 23 femmes enceintes sous TAR pour un pourcentage de 8%.

Les sites qui ont placés la plus faible quantité de femmes enceintes sous TAR sont : Ennery, Moron, Corail, chacun de ces 3 sites a placé 8 femmes enceintes sous TAR au cours de l'exercice écoulé, ce qui représente un pourcentage de 2.8% pour chacun de ces sites ; ensuite on trouve les sites de Terre – Blanche et de Mombin – Crochu qui ont placé chacun 9 femmes enceintes sous TAR, ce qui représente un pourcentage de 3% pour chacun de ces sites.

Graphe 30. Répartition des femmes enceintes sous TAR entre 2015 et 2016 par site



(Source MESI)



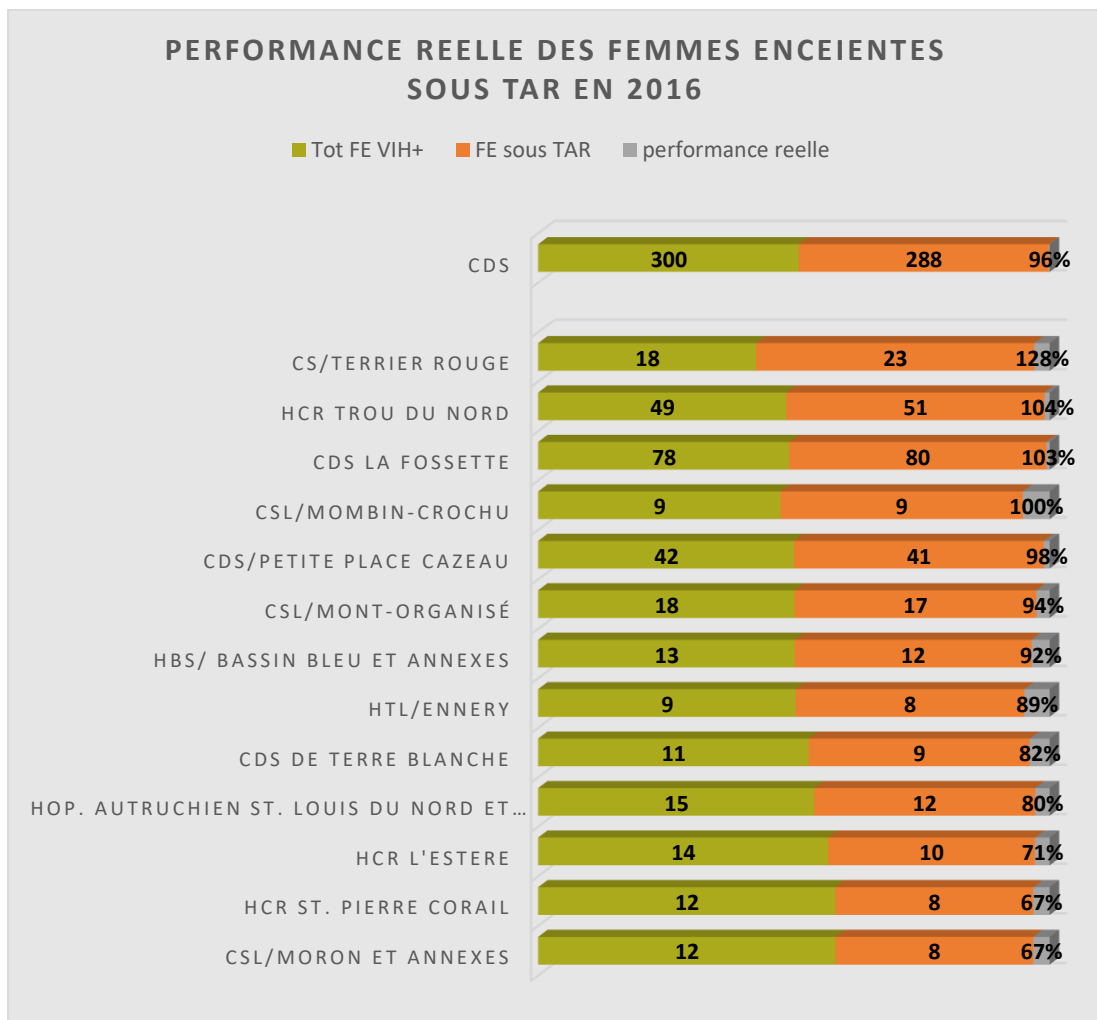
6- Performance réelle des femmes enceintes sous TAR entre 2015 et 2016

Quand on considère le nombre de femmes enceintes identifiées VIH positive au cours de l'année fiscale écoulé et le nombre de femmes enceintes placées sous TAR, on a vu que le CDS a placé 288 femmes enceintes sous TAR sur 300 femmes enceintes VIH positive identifiées, ce qui représente une performance réelle de 96% pour le CDS, toutes fois on voit que 12 femmes enceintes VIH+ identifiées n'ont pas reçu le traitement ARV à travers le CDS, soit une perte de 4%. On a ainsi constaté que les sites qui ont la plus faible performance réelle en femmes enceintes sous TAR sont : Moron et Corail, chacun de ces sites possède une performance réelle de 66.7% avec 8 femmes sous TAR sur 12 femmes enceintes VIH+ identifiées ; ensuite on trouve de façon respective : L'Estère avec 10 femmes enceintes sous TAR sur 14 Femmes enceintes VIH+ identifiées pour une performance réelle de 71%, Saint – Louis du Nord avec 80% de performance réelle soient 12 femmes enceintes sous TAR sur 15 femmes enceintes VIH+ identifiées, Terre Blanche avec 9 femmes enceintes sous TAR sur 11 femmes enceintes VIH positives identifiées pour une performance réelle de 82%. Donc on a vu que la plupart des sites qui n'ont pas mis toutes les femmes enceintes VIH positives identifiées sous TAR proviennent du réseau PSI-Fond Mondial, ce qui est un défi pour le CDS en terme de PTME, on est conscient de cela et des dispositions sont prises afin d'améliorer la performance du réseau pour cet indicateur au cours de la nouvelle année fiscale.

Par ailleurs, les sites accusant de bonnes performance réelle en enrôlement des femmes enceintes sous TAR sont : Terrier – Rouge qui a placé 23 femmes enceintes sous TAR sur 18 femmes enceintes VIH+ identifiées pour une performance réelle de 128%, ensuite on trouve le site de Trou du Nord qui a mis 51 femmes enceintes sous TAR sur 49 femmes VIH+ identifiées, puis on trouve de façon respective : La Fossette avec 80 femmes enceintes sous TAR sur 78 femmes VIH+ identifiées pour une performance réelle de 102% ; Mombin – Crochu avec 9 femmes enceintes sous TAR sur 9 femmes VIH+ identifiées pour une performance réelle de 100%. On a ainsi constaté que la majorité des sites avec une bonne performance réelle des femmes enceintes sous TAR sont les sites de PEPFAR qui ont une plus grande maturité dans le programme PTME ; d'autre part on voit que beaucoup de ces sites ont dépassée 100% de performance car certaines femmes enceintes VIH positives identifiées dans d'autres sites ont été référées pour la prise en charge dans ces certains sites de CDS.



Graphe 31. Performance réelle des femmes enceintes sous TAR



(Source MESI)

III- Actifs sous TAR

1- Actifs sous TAR entre 2010 et 2016

L'un des objectifs du programme VIH c'est fournir le traitement ARV aux individus touchés et de les maintenir sous traitement afin d'améliorer leur niveau de vie car le traitement permet de réduire la charge virale des patients infectés jusqu'à un niveau indétectable si le patient est complètement adhérent sous traitement. Pourtant certains patients ont démarré le traitement, mais la plupart d'entre eux ont abandonné pour des motifs divers tels que : la migration dans d'autres régions ou encore d'autres pays, le déni, la stigmatisation, les problèmes socio-économiques, l'accessibilité géographique entre autre.

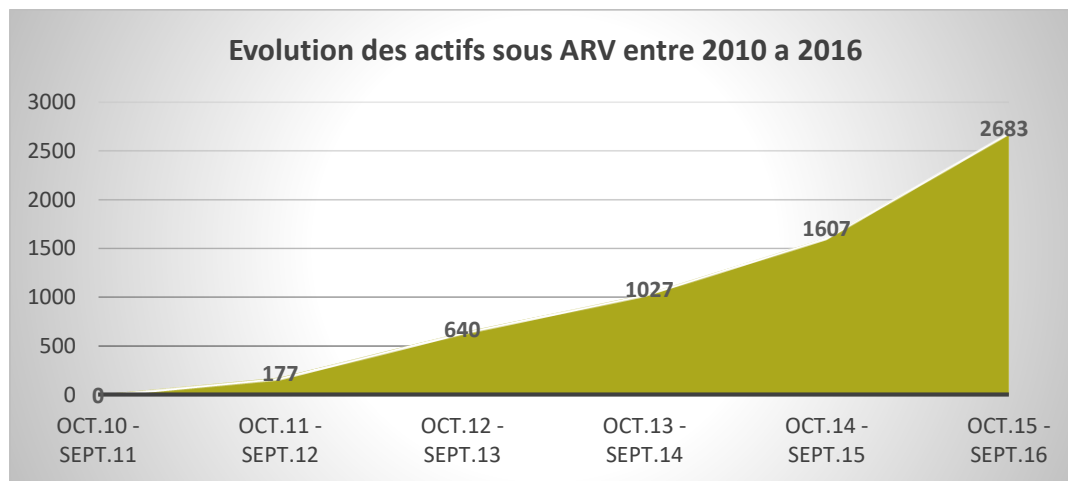


Ainsi, de 2010 à 2011, aucun patient n'a été actif sous traitement à travers le CDS car, on n'avait pas encore débité avec le volet traitement au niveau de l'organisation, les activités réalisées au cours de cette période étaient surtout le dépistage des patients. D'Octobre 2011 à Septembre 2012, le CDS a maintenu 177 patients actifs sous ARV à travers 3 sites du réseau CDC (Trou du Nord, Mont-Organise, Petite place Cazeau) et 1 site de SSQH (La Fossette) ; D'Octobre 2012 à Septembre 2013, les sites de Terrier – Rouge et de Mombin – Crochu ont démarré avec la prise en charge et le traitement des patients infectés, ainsi au 30 Septembre 2013 le nombre des patients actifs sous ARV à travers le CDS est passé à 640 ; Pour l'exercice fiscale 2013 – 2014 le nombre des patients actifs aux ARV est passé à 1027 ; Durant l'exercice fiscale 2014 – 2015 on a enregistré 1607 patients actifs aux ARV , ces données proviennent donc des sites du réseau CDC, SSQH et de certains sites du projet Fond Mondial, car l'implémentation de ce projet au niveau des départements du Nord – Ouest, L'Artibonite et la Grande – Anse a débuté en 2014, mais la mise en œuvre n'était pas complètement efficace au cours de cette période, pourtant certains sites de ce réseau ont pu rapporter des patients actifs. Enfin au 30 Septembre 2016, correspondant à l'exercice fiscale 2015 – 2016, avec l'intégration de presque tous les sites du réseau PSI – Fond mondial, le CDS a pu comptabiliser 2683 patients actifs sous ARV.

Comme on vient de le voir, le nombre de patients actifs à travers le CDS augmente annuellement et ceci de façon considérable au cours des 2 dernières années, en passant de 0 au 30 Septembre 2011 à 177 au 30 Septembre 2012, pour atteindre 640 au 30 Septembre 2013 puis 1027 au 30 Septembre 2014. Enfin au cours de ces dernières années le nombre des actifs est passé à 1607 au 30 Septembre 2015 pour atteindre 2683 au 30 Septembre 2016. Toutes fois, un nombre considérable des patients enrôlés ne sont pas maintenus sous traitement pour les causes déjà mentionnées, on va plus tard analyser la rétention des patients sous ARV à travers le CDS en considérant les patients enrôlés sous ARV par rapport aux patients actifs sous ARV, ce qui nous permettrait d'évaluer de façon réelle la performance de l'organisation dans le domaine.



Graphe 32. Evolution des patients actifs sous TAR 2010 à 2016

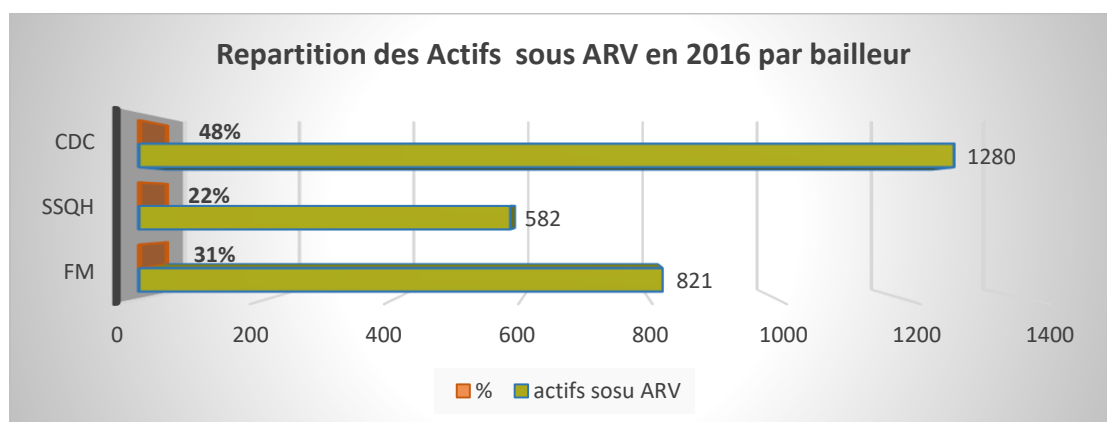


(Source MESI)

2- Actifs sous ARV par Bailleurs entre Octobre 2015 et Septembre 2016

Quand on considère les 3 bailleurs qui financent le CDS, on a vu que la majorité des patients actifs de l'organisation au 30 Septembre 2016 se trouvent dans le réseau CDC qui comprend 4 sites avec 1280 patients actifs sous ARV sur 2683 ce qui représente près de 48% des patients actifs aux ARV à travers l'organisation, ensuite on trouve le réseau PSI/FM avec 821 actifs sous ARV dans 8 sites ARV et 9 satellites pour un pourcentage de 31%, enfin on trouve le réseau SSQH avec 582 patients actifs sous ARV au niveau du site de La Fossette, qui représentent un pourcentage de 22%.

Graphe 33. Répartition des actifs sous TAR en 2016 par bailleur

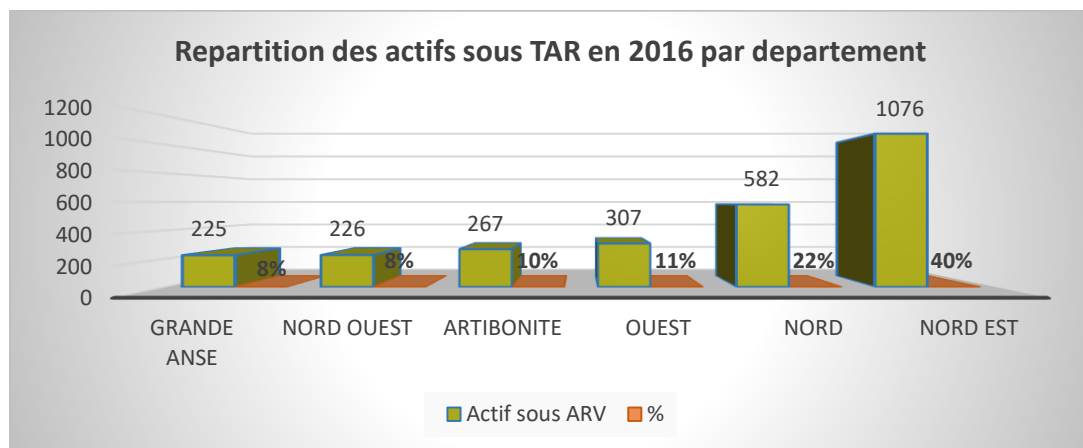


(Source MESI)

3- Actifs par département entre 2015 – 2016

Quand on fait la répartition des patients actifs sous ARV par département, on a vu que le Nord-Est, où se trouvent la majorité de sites de CDC représente à lui seul 40% des patients actifs sous ARV, soient 1076 patients actifs sur 2683 ; ensuite on trouve le Nord avec 582 patients actifs pour un pourcentage de 22%, puis on trouve respectivement les départements de l'ouest avec 307 patients actifs pour un pourcentage de 11%, l'Artibonite avec 267 patients actifs sous ARV qui représentent 10% des patients actifs sous TAR ; Enfin on trouve les départements du Nord – Ouest avec 226 patients actifs pour un pourcentage de 8% et la Grande – Anse avec 225 patients actifs qui représentent également 8% des patients sous TAR à travers le CDS.

Graphe 34. Répartition des actifs sous TAR par département



(Source MESI)

4- Actifs par sites entre 2015 et 2016

Quand on fait la répartition des patients actifs sous ARV par site au cours de l'exercice écoulée, on a vu que Le site de La Fossette possède le plus grand nombre de patient actif sous ARV avec 582 patients soient un pourcentage de 22% des patients actifs à travers le CDS ; ensuite on trouve le site de Trou du Nord avec 548 patients actifs sous ARV pour un pourcentage de 20% ; puis on trouve les sites de Petite Place Cazeau avec 307 patients actifs sous ARV pour un pourcentage de 11% et le Terrier – Rouge avec 270 patients actifs sous ARV qui représente un pourcentage de 10% des patients actifs sous ARV.

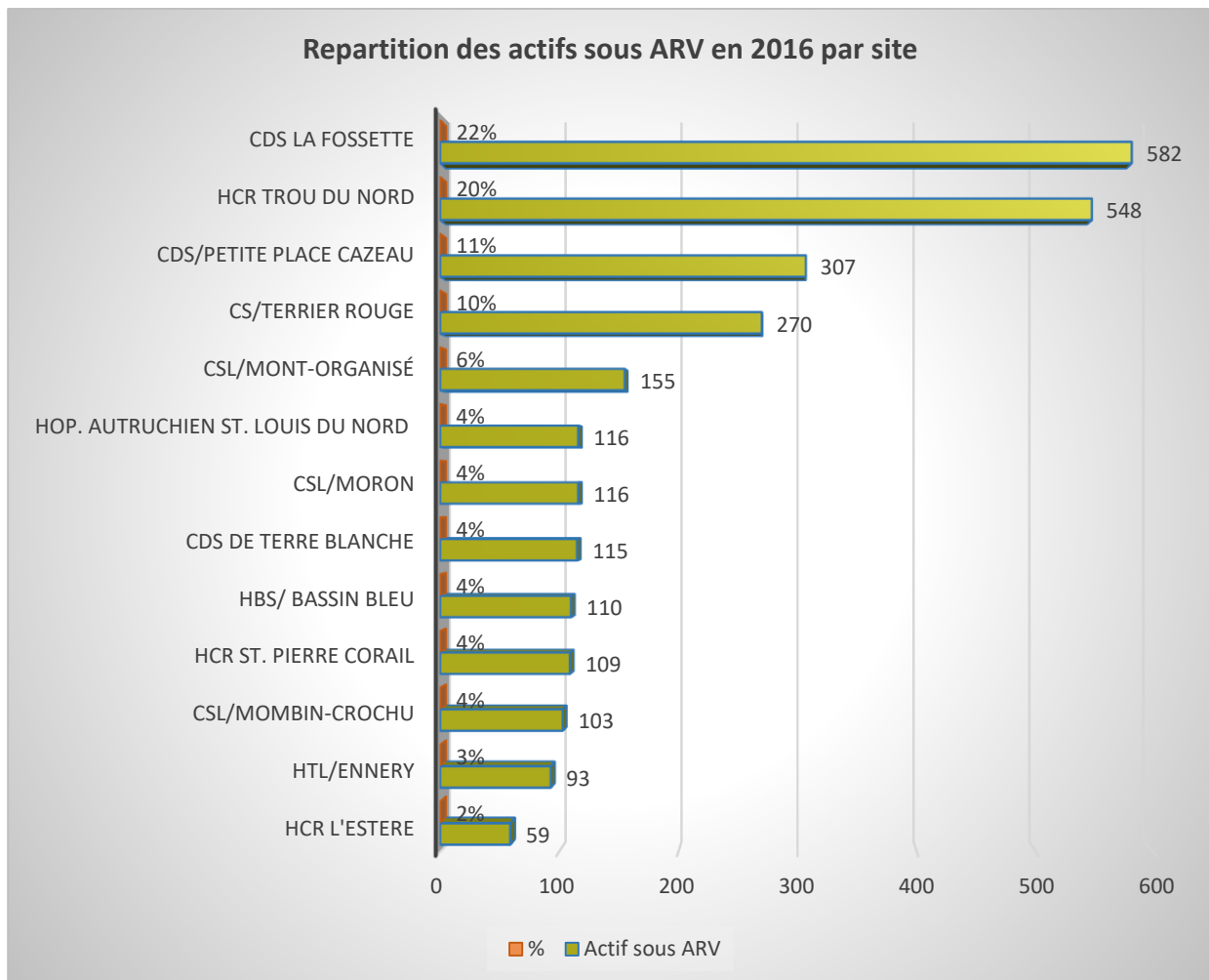
Parallèlement, on a vu que l'Estère possède la plus faible quantité de patient actifs sous ARV avec 59 patients actifs sous TAR pour un pourcentage de 2%. Ensuite, on trouve Ennery avec 93 patients



actifs sous ARV qui représente un pourcentage de 3% des actifs ; puis on trouve respectivement Mombin-Crochu avec 103 patients actifs sous TAR, Corail avec 109 patients, Bassin- Bleu avec 110 patients, St Louis du Nord avec 116 et Moron avec 116 patients également actifs sous TAR ; chacun de ces sites représente environ 4% des patients actifs sous TAR à travers le CDS.

D’où la majorité des patients actifs se trouvent dans les réseaux CDC et SSQH, ce qui est normal car les sites de ces réseaux ont beaucoup plus de maturité dans le programme comparativement à ceux du réseau fond mondial.

Graphe 35. Répartition des actifs sous TAR en 2016 par site



(Source MESI)

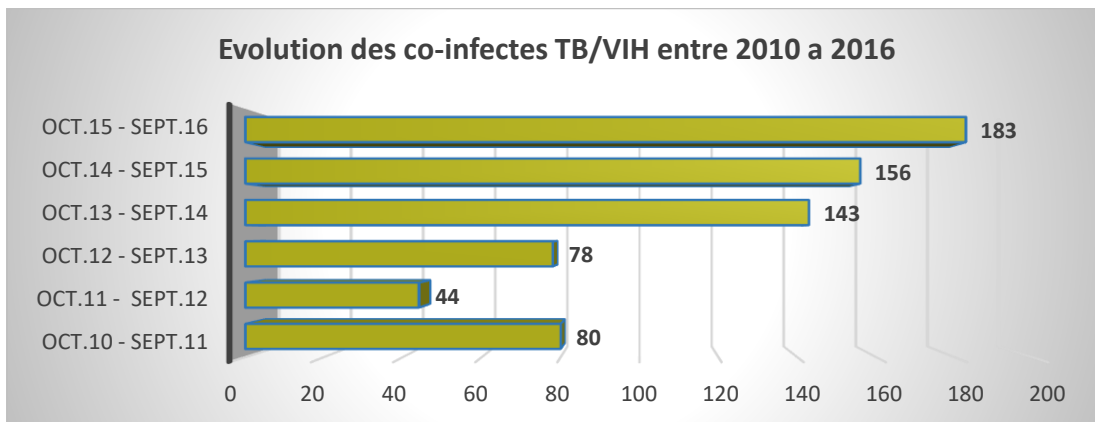


G- PRISE EN CHARGE DE COINFECTION TB /VIH

1- Co –infection TB/VIH sous traitement de 2010 à 2016

On sait qu’avec l’infection au VIH/SIDA, le nombre de patient atteints de la tuberculose augmente considérablement. C’est ainsi que dès le début du programme, le CDS s’est occupé de la prise en charge des patients Co infectés TB/VIH. Ainsi, d’Octobre 2010 à Septembre 2011, le CDS a pris en charge 80 patients Co infectés TB/VIH ; D’Octobre 2011 à Septembre 2012, le nombre de Co infectés pris en charge était complètement en régression, soient 44 patients Co infectés seulement ; D’Octobre 2012 à Septembre 2013, 78 Co infectés ont été pris en charge par le CDS. Avec l’intégration des sites de Fonds mondial dans les départements de L’Artibonite, du Nord-Ouest et de la Grande-Anse en 2014, le nombre de Co infectés pris en charge est passé de 78 à 143 entre Octobre 2013 et Septembre 2014, puis on observe encore une petite augmentation entre 2014 – 2015 car le nombre de Co infectées pris en charge durant cette période était de 156. Enfin durant l’exercice fiscal 2015 – 2016, le nombre de Co infectés pris en charge par le CDS était de 183. D’où une augmentation annuelle de Co-infectés à travers le réseau, à l’exception de l’année fiscale 2011 – 2012 ou le nombre de patients Co infectés était inférieur à l’exercice fiscal 2010 – 2011.

Graph 36. Evolution des Co infectés TB/VIH entre 2010 à 2016



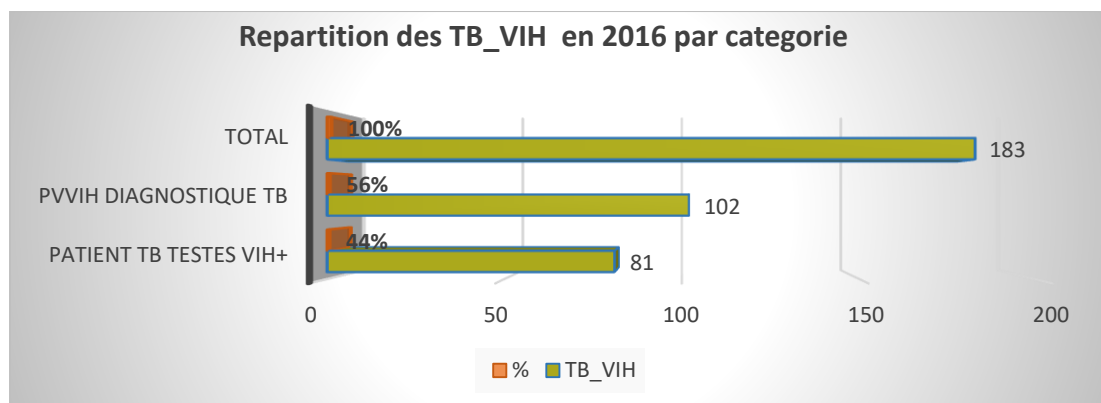
(Source MESI)



2- Co-infectés TB/VIH entre 2015 et 2016 par catégorie

Quand on considère les patients Co infectés par catégorie, soit patient enrôlés dans le programme VIH/SIDA puis diagnostiqué positif pour la tuberculose et patients TB en suivi dans le programme TB puis diagnostiqué positif pour le VIH, on voit que parmi les 183 patients Co infectés pris en charge en 2015 – 2016, 102 sont des PVVIH en soin et traitement diagnostiqués positif pour la tuberculose, ce qui représente 56% de Co infectés TB/VIH ; les autres 81 qui représentent 44% des Co infectés sont des patients pris en charge en clinique TB pour la tuberculose qui ont été diagnostiqués positif pour le VIH. D’où comme on vient de le voir, les patients infectés au VIH sont plus susceptibles de développer une infection à la tuberculose.

Graph 37. Répartition des Co infectés TB/VIH entre 2015 et 2016 par catégorie



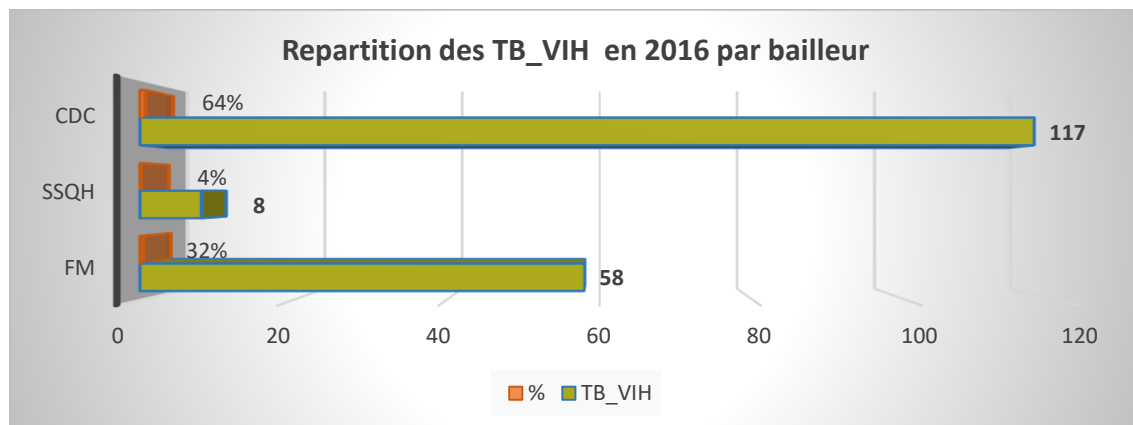
(Source MESI)

3- Co infectés TB/VIH par bailleur entre 2015 et 2016

Parmi les 183 patients pris en charge pour la coïnfection TB/VIH en Octobre 2015 et Septembre 2016, le CDC a réalisé la prise en charge de 117 Co infectés, ce qui représente 64% des patients Co infectés, le Fond – Mondial a réalisé la prise en charge de 58 patients pour un pourcentage 32%, enfin le SSQH réalise la prise en charge de 8 patients qui représente 4% des patients pris en charge pour la coïnfection TB/VIH. D’où comme, comme on vient de le voir, le plus grand nombre de patients Co infectés se trouve dans les sites de CDC alors que le SSQH renferme la plus faible quantité de patients Co infectées TB/VIH à travers le CDS durant l’exercice fiscale écoulée.



Graph 38. Répartition des TB_VIH sous TX en 2016 par bailleur

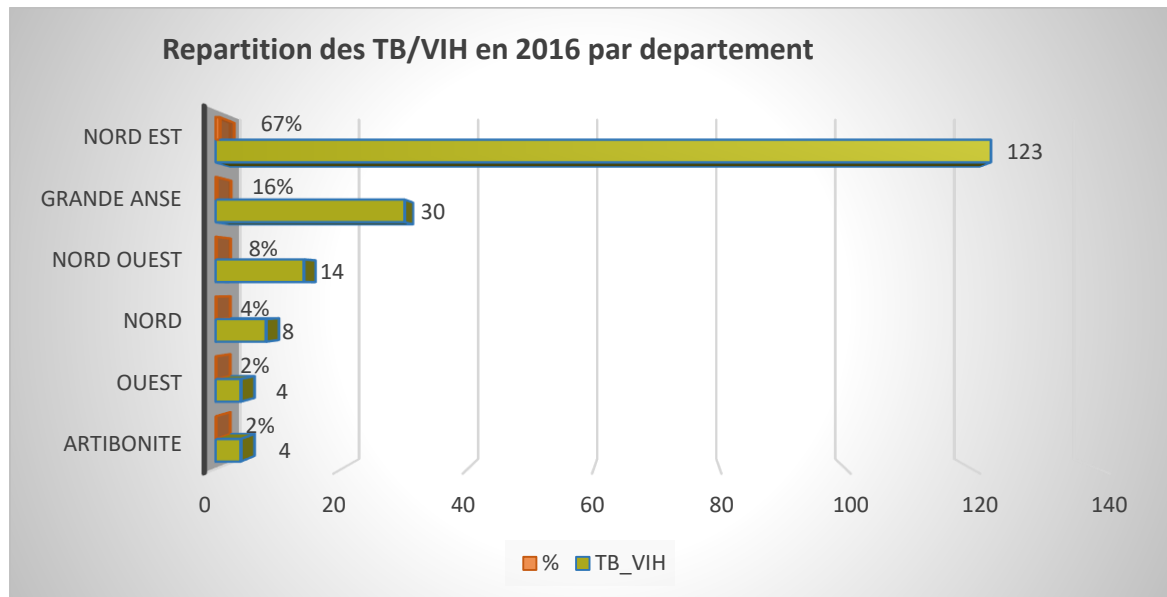


(Source MESI)

4- Co infectés TB/VIH par département entre 2015 et 2016

Par rapport aux départements, on a vu que, durant l'exercice fiscale 2015 – 2016, le Nord –Est à lui seul réalise la prise en charge de 123 sur les 183 Co infectés TB/VIH ce qui représente un pourcentage de 67% des Co infectés, c'est le département ayant le plus grand nombre de Co infectés pris identifiés et pris en charge à travers le CDS ; ensuite on trouve respectivement la Grande-Anse avec 30 Co infectés pour un pourcentage de 16% et le Nord-Ouest avec 14 Co infectés pour un pourcentage de 8%. Les départements ayant la plus faible quantité de patients Co infectés pris en charge sont : l'Artibonite et l'Ouest, chacun de ces départements réalise la prise en charge de 4 patients Co-infectés au cours de l'exercice écoulé ce qui représente un pourcentage de 2% pour chacun de ces sites, puis on trouve le département du Nord avec 8 patients Co-infectés TB/VIH pris en charge, ce qui représente un pourcentage de 4% de Co- infectés pris en charge.

Graphe 39. Répartition des TB_VIH en 2016 par département



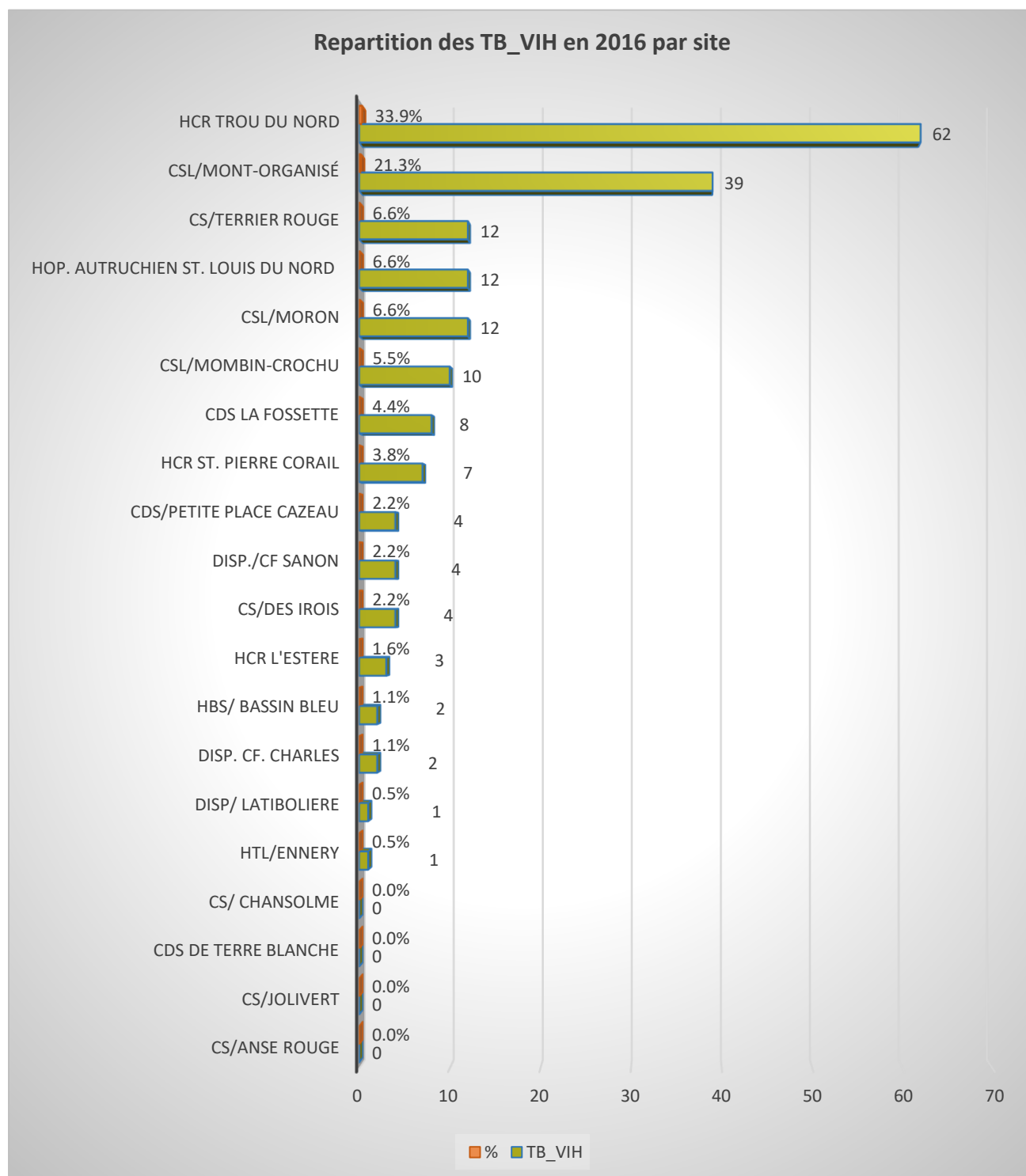
(Source MESI)

5- Co infectés TB/VIH par sites entre 2015 et 2016

Par rapport aux sites, le site ayant réalisé la prise en charge du plus grand nombre de patients Co infectés TB/VIH durant l'exercice fiscal écoulé est le site de Trou du Nord avec 62 patients sur les 183 Co infectés identifiés à travers le CDS ce qui représente un pourcentage de 34% des patients pris en charge pour la coïnfection TB/VIH ; Ensuite on trouve le site de Mont – Organise avec 39 patient qui représentent 21% des Co infectées ; puis on trouve les sites de Terrier – Rouge, Moron et Saint-Louis du Nord avec 12 co-infectés pour chacun de ces site ce qui représente un pourcentage de 7% pour chacune de ces institutions ; on trouve aussi le site de Mombin – Crochu avec 10 Co infectées pris en charge durant l'année pour un pourcentage de 6% ; Parmi les sites avec la plus faible quantité de patients Co infectés pris en charge durant l'exercice fiscal écoulé, on trouve : Anse –Roue, Jolivert, Terre – Blanche et de Chansolme qui d'ailleurs n'ont pas identifiés de patients Co infecté durant la période, ensuite on trouve : Ennery et Latibolière avec 1 seul patient Co infecté durant l'année fiscale pour chacun de ces sites, Carrefour -Charles et Bassin-Bleu avec 2 patients Co infectés pour chacun de ces sites, L'Estère avec 3 patients , Carrefour Sanon et les Irois avec 4 patients Co infectés pour chacun.



Graphe 40. Répartition des Co infectés TB/VIH en 2016 par site



(Source MESI)



H- SUPPRESSION VIRALE

I- Rétention des patients sous ARV

1- Gain net de patients sous TAR/Rétention des patients sous TAR par bailleur entre 2015 et 2016

Le tableau suivant résume en quelque sorte la performance des différents projets en terme de rétention des patients placés sous traitement ARV durant l'exercice écoulé, on a vu qu'avant l'exercice fiscale 2015 – 2016, les trois projets de façon globale avait un total de 1607 patients actifs sous TAR, au cours de l'exercice écoulé 1382 patients ont été placés sous TAR, ceci dit qu'on devrait avoir 2989 patients actifs sous TAR au 30 Septembre 2016, cependant à la fin de la période, on a comptabilisé 2683 patients actifs sous TAR, d'où un total de 306 patients tombés inactifs sous TAR, pour un gain net de 1076 patients actifs durant l'année écoulé. Cela représenterait un taux de rétention globale d'environ 90% pour le CDS, en faisant le *rapport des actifs en fin période et total actif sans perte*.

On a ainsi pu constater que le réseau SSQH/USAID possède beaucoup plus de difficulté pour maintenir les patients sous ARV avec un gain net de 183 pour une perte de 110 sur un total de 293 patients enrôlés sous TAR durant l'exercice écoulé. Et le taux de rétention serait de 84% pour ce réseau. Pour le PSI/OHMASS-FM, parmi les 537 patients enrôlés sous TAR, on a enregistré un gain net de 425 pour une perte de 112 patients, on devrait avoir 933 patients actifs sous TAR pourtant le nombre de patients actifs comptabilisés à travers ce réseau est de 821, ce qui représenterait un taux de rétention de 88% pour l'année fiscale ; Enfin les sites du réseau CDC/PEFAR ont beaucoup amélioré leur performance durant l'exercice écoulé par rapport à cet aspect du programme, car avant l'exercice fiscale le réseau avait maintenu 812 patients actifs sous ARV, durant l'exercice 552 patients ont été placés sous TAR, donc on devrait avoir 1364 patients actifs sous ARV, cependant au 30 Septembre 2016 on a comptabilisé 1280 patients actifs, d'où 84 patients sont tombés inactifs au cours de la période, le gain net enregistré est donc de 468 patients. Et le taux de rétention pour ce projet serait de 94% très proche du benchmark (taux de rétention exigé au niveau national) qui est de 95%.



Tableau 2. Gain net de patient sous TAR /Rétention des patients sous TAR par bailleur

Répartition des Inactifs calculés par bailleurs entre Octobre 2015 et Septembre 2016							
Bailleurs	Actifs avant période	Enrôlés sur la période	Total sans perte	Actifs en fin période	Inactifs calculés	Gain effectif	Rétention pour la période
CDC/PEPFAR	812	552	1364	1280	84	468	94%
PSI/OHMASS-FM	396	537	933	821	112	425	88%
SSQH/USAID	399	293	692	582	110	183	84%
Total CDS	1607	1382	2989	2683	306	1076	90%

(Source MESI/Rapport des sites)

2- Gain net de patients sous TAR/Rétention des patients sous TAR par département entre 2015 et 2016

Quand on fait la répartition des inactifs calculés par département, on voit que le département du Nord possède la plus faible performance en rétention durant la période, soit un taux de 84%. En effet on avait comptabilisé au niveau de La Fossette 339 patients actifs sous TAR avant la période, 293 patients ont été enrôlés sous TAR durant la période, donc le département devrait avoir 692 patients actifs sous TAR s’il n’y avait pas de perte de patients, cependant, à la fin de la période La Fossette possède 582 patients actifs sous TAR, ce qui correspond à un gain net de 183 patients et une perte de 110 patients, ce qui est vraiment alarmant. Ensuite on trouve les départements du Nord- Ouest, et de l’Artibonite avec un taux de rétention d’environ 88%. Et les départements de l’Ouest et de la Grande – Anse avec un taux de rétention de 89%.

Par ailleurs le département du Nord – Est possède la meilleure performance en terme de rétention des patients sous TAR avec 94% de rétention, en effet avant la période on avait enregistré 688 patients actifs sous ARV au niveau du Nord – Est, au cours de l’exercice 451 patients ont été enrôlés sous TAR au niveau du département, donc on devrait avoir 1139 patients actif, cependant on a enregistré 1076 patients actifs à la fin de la période, ce qui correspond à un gain net de 388 patients pour une perte de 63 durant la période.



Tableau 3. Répartition des inactifs calculés par département entre Octobre 2015 et Sept 2016

Répartition des Inactifs calculés par département							
Départements	Actifs avant période	Enrôlés sur la période	Total sans perte	Actifs en fin période	Inactifs calculés	Gain effectif	Rétention pour la période
Nord est	688	451	1139	1076	63	388	94%
Ouest	198	147	345	307	38	109	89%
GA	103	150	253	225	28	122	89%
Artibonite	125	179	304	267	37	142	88%
Nord -Ouest	94	162	256	226	30	132	88%
Nord	399	293	692	582	110	183	84%
Total CDS	1607	1382	2989	2683	306	1076	90%

(Source MESI / Rapport des sites)

3- Gain net de patients sous TAR/Rétention des patients sous TAR par Sites entre 2015 et 2016

La répartition des patients inactifs calculés par site nous permet de voir que le site d'Ennery possède la plus faible performance en terme de rétention durant l'exercice écoulé avec un taux de 80%, soient 93 patients actifs durant la période sur un total de 116 patients qui devraient être actifs. On voit ensuite que la majorité des autres institutions ont un taux de rétention qui varie entre 83 à 90%, on trouve donc par ordre croissant : Bassin – Bleu avec un taux de rétention de 83%, La Fossette avec 84%, Mombin – Crochu 86%, Moron 88%, Terre – Blanche 88%, Petite Place Cazeau 89% et Corail avec 90% de taux de rétention. Enfin, le CDS possède 5 sites avec un taux de rétention supérieur à 90%, il s'agit de : Mont – organise avec un taux de rétention de 93%, St – Louis du Nord avec un taux de 94%, Trou du Nord 95%, Terrier – Rouge 98% et L'Estère 102%. En effet pour l'Estère, on a démarré les ARV au cours du Mois d'Avril 2016, cependant il y avait 29 patients en attente qui étaient déjà en soin ARV à Ennery au cours de l'exercice antérieur, une fois qu'on a démarré avec les soins ARV à l'Estère, ces patients sont automatiquement transférés d'Ennery vers L'Estère afin de poursuivre les soins aux ARV. En effet, on considère qu'avant la période, on avait enregistré 29 patients actifs aux ARV au niveau du site, durant l'exercice on a enrôlé 29 autres patients et on a comptabilisé 59 patients actifs sous TAR à la fin de la période, alors qu'on devrait comptabiliser 58 tenant compte du nombre de patient enrôlé et du nombre de patients déjà sous TAR, cela est probablement dû à un cas de transfert d'autre site vers l'Estère.



Donc, par rapport aux sites on a vu que seulement quelques institutions du réseau se rapprochent au benchmark national qui est de 95% de rétention de patients sous TAR, d'où la rétention des patients sous ARV constitue encore l'un des grands défis du programme au niveau de CDS, malgré les efforts déjà entamés afin d'améliorer notre performance dans le domaine. Toutes fois, on voit qu'il y a des améliorations dans le domaine par rapport aux années antérieures car, on vient de voir que le CDS possède un taux de rétention d'environ 89% et 5 de nos institutions ont un taux plus ou moins proche de 95% ; cela est dû aux multiples stratégies utilisées au niveau de l'organisation afin d'améliorer le problème tels que : *le tracking communautaire des patients perdus de vue (PLR), la distribution communautaire qui a débuté dans certains sites du réseau CDC, le Multi-Month Scripting (MMS) et aussi la mise en œuvre d'un plan de rétention dans chaque site du réseau, en particulier les sites du réseau CDC/PEPFAR afin d'adresser le problème de rétention.* Nous allons donc renforcer ces stratégies qui sont d'ailleurs payantes afin d'améliorer de façon continue le taux de rétention de l'organisation. (Voir le tableau 4)



Tableau 4. Répartition des inactifs calculés par site entre Octobre 2015 et Septembre 2016

Répartition des Inactifs calculés par bailleurs/Rétention sous TAR par site							
Bailleurs	Actifs avant période	enrôlés sur la période	Total sans perte	Actifs en fin période	Inactifs calculés	Gain effectif	Rétention pr la période
L'Estère	29	29	58	59	-1	30	102%
Terrier - Rouge	134	142	276	270	6	136	98%
Trou Du Nord	356	221	577	548	29	192	95%
ST Louis	39	84	123	116	7	77	94%
Mont - Organise	124	42	166	155	11	31	93%
Corail	59	62	121	109	12	50	90%
Petite Place Cazeau	198	147	345	307	38	109	89%
Moron	44	88	132	116	16	72	88%
Terre Blanche	45	85	130	115	15	70	88%
Mombin - Crochu	74	46	120	103	17	29	86%
La Fossette	399	293	692	582	110	183	84%
Bassin Bleu	55	78	133	110	23	55	83%
Ennery	51	65	116	93	23	42	80%
Total CDS	1607	1382	2989	2683	306	1076	90%

(Source MESI/rapport des sites)

II- Charge virale

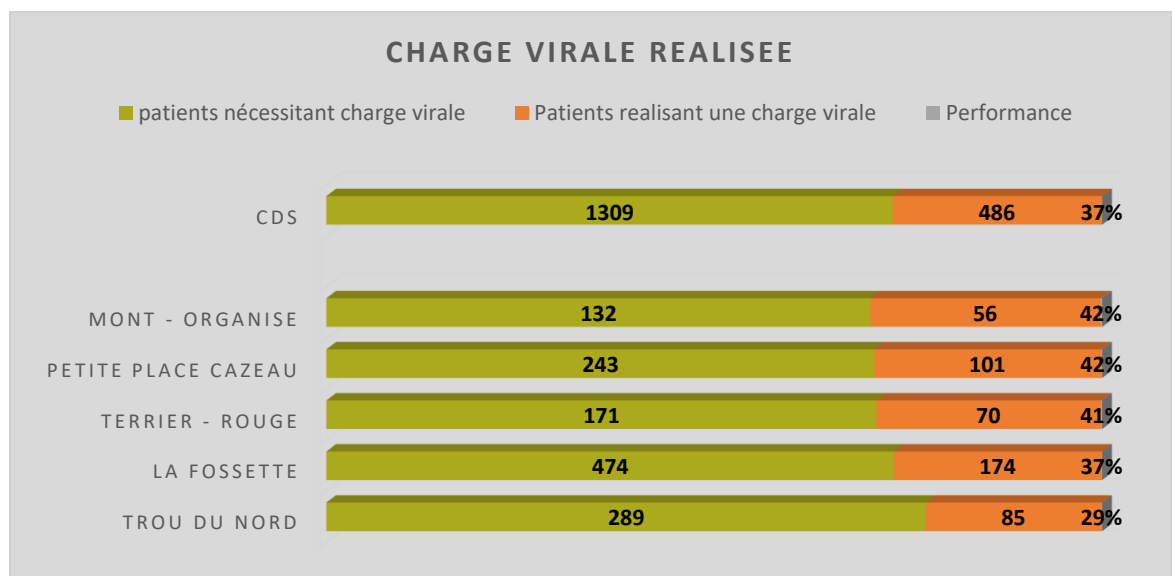
1- Charge virale réalisée entre 2015 et 2016

On a démarré avec la charge virale au cours de l'année écoulé particulièrement dans les sites financés par le CDC/PEFAR et SSQH/USAID, ainsi, tous les patients nécessitant une charge virale n'avaient pas réalisé l'examen, car on a débuté au milieu de l'exercice fiscale ; c'est ce qui explique une faible performance en terme de réalisation de charge virale, à savoir quand on fait le rapport des patients réalisant une charge virale sur les patients nécessitant une charge virale on a vu que l'organisation possède une très faible performance de 37% ; Par rapport aux sites, on voit que le



site de Trou du Nord possède la plus faible performance en terme de réalisation de charge virale avec 85 patients réalisant une charge virale sur 289 patients nécessitant une charge virale pour une performance de 29%, ensuite on trouve le site de La Fossette avec une performance de 37% en charge virale réalisée. Par ailleurs, la meilleure performance en charge virale est attribuée aux sites de Mont – Organise et de Petite-Place-Cazeau au qui ont chacun une performance de 42%, ensuite on trouve le site de Terrier – Rouge avec 41% de performance en charge virale. Comme on vient de le voir de façon globale le CDS accuse une très faible performance en charge virale réalisée au cours de l’exercice écoulé, cela est dû au fait que le processus de réalisation de charge virale était en phase embryonnaire au cours de l’exercice antérieur, de plus au niveau des sites, on fait le prélèvement pour charge virale, mais l’examen proprement dit est réalisé au niveau du laboratoire national et parfois on attend quelques mois avant de recevoir les résultats, ce qui explique qu’au moment de l’analyse des données, il y avait des prélèvements pour charge virales dont les résultats n’étaient pas encore acheminés au niveau des sites, par contre on ne pouvait pas comptabiliser ces examens ; tout cela explique la faible performance de l’organisation en charge virale.

Graphe 41. Charge virale réalisée entre 2015 et 2016 au niveau de CDS



(Source Registre de laboratoire / dossiers patients)

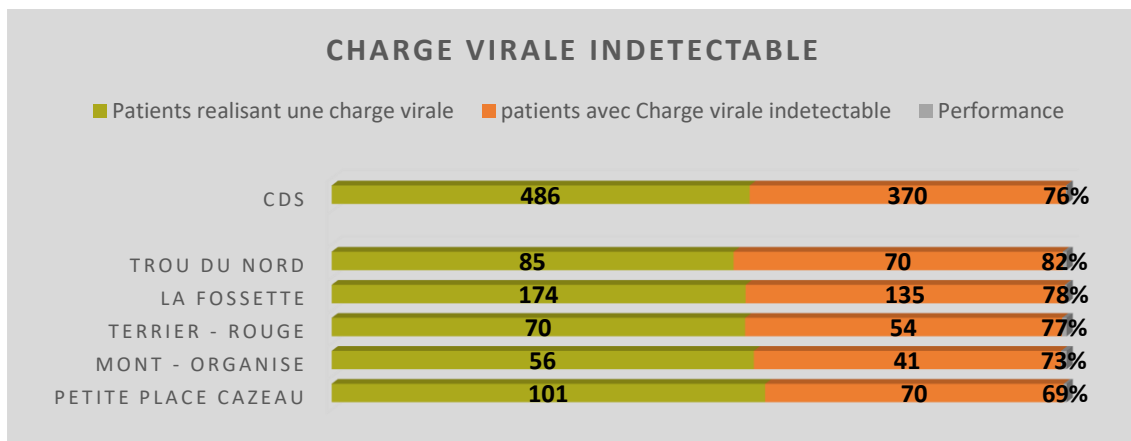


2- Charge virale indétectable entre 2015 et 2016

Quand on fait la relation entre les patients avec une charge virale indétectable par rapport aux patients réalisant une charge virale, ce qui nous permet en quelque sorte d'évaluer la qualité de notre programme, on a vu que seulement 76% des patients ont une charge virale indétectable alors que le benchmark national est de 90%, d'où l'organisation doit encore améliorer sa performance en terme de charge virale et surtout dans le souci de respecter l'un des trois 90 prônés par le ministère, cependant , on était en phase embryonnaire comme on vient de le voir, tout cela peut expliquer la faible performance de l'organisation par rapport à cet indicateur.

Par rapport aux sites, on voit que le site de Petite Place-Cazeau possède la plus faible performance en charge virale indétectable avec 69%, suivi de Mont – Organisé avec 73%, et Terrier – Rouge avec 77%, ensuite on trouve de La Fossette avec 78% de patients avec une charge virale indétectable.; par ailleurs, le site de Trou Nord possède la meilleure performance en charge virale indétectable avec 82%, D'où comme on vient de le voir, beaucoup d'efforts doivent être réalisés dans ce domaine du programme, car de façon globale la performance est faible.

Graphe 42. Charge virale indétectable entre 2015 et 2015 au niveau des CDS



(Source registre de laboratoire / Dossiers patients)

I- INSTITUTIONS PERFORMANTES

Durant l'exercice écoulé, certaines institutions ont amélioré leur performance dans plusieurs domaines de prise en charge par rapport aux années antérieures, ainsi en considérant l'ensemble des indicateurs clefs du programme à savoir : patients connaissant leur statut VIH, patients placés



sous TAR, la rétention des patients sous TAR, le gain net de patients sous ARV, la PTME entre autres, on a vu que les sites de Trou du Nord et de Petite Place Cazeau sont les sites les plus performants au niveau de CDS durant la période écoulée.

Cela est dû quelques parts à certains changements apportés au niveau du staff de ces deux

sites au cours l'exercice, ce qui a pour effet : une réorganisation du travail, une plus grande motivation du personnel et les résultats sont probants ; On a noté aussi une plus grande implication du personnel communautaire dans le tracking des patients au niveau de ces institutions ; De plus, l'équipe psycho-sociale est beaucoup plus actif à Trou du Nord et Petite Place Cazeau comparativement aux autres sites ; enfin il faut noter l'impact des



2 nouveaux médecins coordonnateurs recrutés aux cours de l'exercice (Un pour Trou du Nord et un autre pour Petite Place Cazeau) , ils ont pu harmoniser les travaux des différentes équipes de leurs institutions, ce qui contribue beaucoup à l'atteinte des résultats.

J- PRINCIPAUX DEFIS ET STRATEGIES COURANTE

Défis	Stratégies courantes
➤ La faible performance en charge virale, les sites du réseau PSI-OHMASS n'ont pas encore démarré avec la charge virale.	✓ Intensifier la réalisation de la charge virale au niveau des sites du réseau CDC et renforcer les sites de PSI_OHMASS afin de réaliser la charge virale.
➤ La rétention des patients sous ARV, la performance de l'organisation est inférieure au Benchmark (95%).	✓ Evaluer et renforcer les plans de retentions en application au niveau des sites.
➤ La faible performance en distribution d'ARV communautaire (DAC).	✓ Renforcer la distribution d'ARV communautaire d'ARV (DAC)
➤ Le Multi – Month Scripting n'est pas encore fonctionnel à travers le réseau	✓ Rendre fonctionnel le Multi – Month – Scripting (MMS) au niveau des sites.
➤ Le Finger-Point n'est pas encore opérationnel dans tous les sites de CDS.	✓ Rendre fonctionnel le finger – point dans les sites déjà équipés et l'étendre dans le réseau PSI_OHMASS.
➤ L'absence des données de certains sites du réseau PSI_OHMASS sur MESI.	✓ Inscrire sur MESI tous les sites du réseau PSI_OHMASS
➤ L'absence de l'EMR dans certains sites du réseau PSI_OHMASS.	✓ Plaidoyer auprès de I –TECH afin d'installer l'EMR dans tous les sites du réseau PSI_OHMASS.
➤ La réplique de l'EMR de façon inadéquate.	✓ Discuter avec I-TECH afin d'installer la nouvelle version d'EMR au niveau des sites.
➤ La faible connections de l'internet au niveau du réseau.	✓ Améliorer la qualité de l'internet au niveau des sites (fibre optique pour certains sites, Plan natcom et digicel pour d'autres)



K- LECONS APPRISES

- Le système d'information est indispensable au bon fonctionnement d'un programme, il nous informe en quelques sortes sur l'évolution de notre programme, l'état de santé même du programme.
- Les nouvelles plate-forme utilisées dans le programme VIH/SIDA (*MESI et EMR*) facilitent l'analyse des données d'où l'importance d'utiliser ces plates-formes dans toutes les institutions offrant des services VIH.
- Le taux de positivité est beaucoup plus élevé chez les hommes que les femmes, d'où la nécessité d'intensifier le testing des partenaires au niveau de l'organisation.
- Les institutions avec plus forte taux de rétention sont celles ou les équipes psycho-sociales et communautaires sont beaucoup plus actives.
- L'implication du personnel communautaire est un facteur clef pour retenir les patients sous TAR.
- L'organisation du travail, la motivation et le travail d'équipe sont des facteurs indispensables à l'atteinte des résultats.
- Le Shopping médical est l'une des principales causes de perdue de vues de patients sous TAR, le finger-point serait donc une alternative permettant d'identifier les patients en shopping médical. D'où la nécessité de renforcer la réalisation du finger-point au niveau des sites de CDS.
- L'objectif de la prise en charge c'est d'augmenter la qualité de vie des PVVIH en les plaçant sous TAR afin de réduire la quantité virale dans leur sang d'où le besoin de renforcer la réalisation de la charge virale au niveau de tous les sites de CDS.



L- CONCLUSION

Au fil des années écoulées, de 2010 à 2016, le programme VIH/SIDA tend à augmenter sa vitesse de croisière au niveau du réseau de CDS grâce aux subventions des trois principaux bailleurs de fonds (CDC/PEPFAR, PSI_OHMASS/FM et SSQH/USAID). Au début on gérait 4 sites fournissant des prestations de soins et services dans le domaine, actuellement l'organisation fournit des services VIH dans 22 institutions sanitaires localisées dans 6 départements géographiques. On a pu observer aussi que le programme subit une courbe croissante dans tous les domaines : le dépistage des patients, la prise en charge en ARV, la prise en charge des Co infectés TB/VIH etc. Pour tous les indicateurs programmatiques les réalisations de l'organisation tendent à s'augmenter d'année en année. Toutefois, certains indicateurs sont critiques et constituent encore des points d'ombre notamment *la rétention des patients sous ARV*, qui reste d'ailleurs le plus grand défi du programme au niveau national. Les efforts déployés par la Coordination du programme et son équipe de terrain au cours de ce dernier exercice fiscal ont permis à l'institution d'avoir un taux de rétention plus ou moins acceptable grâce à la mise en œuvre de stratégies innovantes et payantes telles que : l'intégration des ASCP dans le tracking communautaire, le renforcement de la prise en charge psycho-sociale dans certains sites, la mise en œuvre du PLR au niveau de certains sites etc. La *charge virale* reste problématique, encore un autre grand défi sur lequel l'organisation devra se pencher vu que la majorité des institutions n'ont pas encore offert ce service, néanmoins, le CDS a déjà entrepris des démarches afin d'étendre l'examen dans les sites du réseau PSI_OHMASS qui n'avaient pas la possibilité de l'offrir au cours de l'exercice écoulé. Il faut entre autre, mentionner *les empreintes digitales* qui ne sont pas encore systématiquement utilisées dans la majorité des sites, c'est encore une autre faiblesse de l'organisation qui doit être adressée au cours de la prochaine année fiscale. Finalement, on a pu constater que la performance est liée à la motivation du staff, l'organisation du travail, le travail en équipe, l'intégration et l'harmonisation des activités, dans les sites où tous ces facteurs sont présents. Les sites les plus performants au cours de l'exercice écoulé sont ceux qui ont cultivé les éléments susmentionnés. Il convient de rappeler à tous que l'objectif poursuivi par l'organisation c'est d'avoir chaque année des institutions performantes car notre culture au CDS c'est la performance, le résultat et l'excellence.



M- INDEX : Liste des tableaux et graphiques

Graphiques

1- Évolution testing de 2010 à 2016 (G1)	12
2- Répartitions des patients testés par service entre 2015 et 2016 (G2)	12
3- Répartitions des patients testés par sexe au cours de l'exercice 2015 – 2016 (G3)	13
4- Répartition des patients testés par département entre 2015 et 2016 (G4)	14
5- Répartition des patients testés par bailleur entre 2015 et 2016 (G5)	14
6- Répartition des personnes testées par site entre 2015 et 2016. (G6)	15
7- Répartition des cas rapportés par CDS par année de 2010 à 2016 (G7)	16
8- Répartition des cas rapportés par sexe au cours de l'exercice 2015 – 2016 (G8)	17
9- Répartition des cas rapportées entre 2015 et 2016 par service (G9)	17
10- Répartitions des cas rapportés entre 2015 et 2016 par département (G10)	18
11- Répartition des cas rapportés entre 2015 et 2016 par bailleur (G11)	19
12- Répartition des cas rapportés par site durant l'exercice 2015 – 2016 (G12)	20
13- Evolution de taux de positivité de 2010 à 2016 (G13)	21
14- Taux de positivité par sexe (G14)	22
15- Taux de positivité par service (G15)	22
16- Taux de positivité par département (G16)	23
17- Taux de positivité par site (G17)	24
18- Evolution des nouveaux enrôlés sous TAR de 2010 à 2016 (G18)	26
19- Répartition des nouveaux enrôlés par sexe entre 2015 et 2016 (G19)	26
20- Répartition des nouveaux enrôlés entre 2015 et 2016 par âge. (G20)	27
21- Répartition des nouveaux enrôlés par service entre 2015 et 2016 (G21)	27
22- Répartitions des nouveaux enrôlés par bailleur (G22)	28
23- Répartition des nouveaux enrôlés par département (G23)	29
24- Répartition des nouveaux enrôlés par site. (G24)	30
25- Performance réelle en TX-NEW (G25)	31
26- Evolution des nouvelles femmes enceintes VIH sous TAR de 2010 à 2016 (G26)	32
27- Catégorie des femmes enceintes sous TAR entre 2015 – 2016 (G27)	33
28- Répartition des femmes enceintes sous TAR par bailleur (G28)	33
29- Répartition des femmes enceintes sous TAR par département (G29)	34



30- Répartition des femmes enceintes sous TAR par site (G30)	35
31- Performance réelle des femmes enceintes sous TAR (G31)	37
32- Evolution des actifs sous ARV de 2010 à 2016 (G32)	39
33- Répartition des actifs par entre 2015 et 2016 par bailleur (G33)	39
34- Répartition des actifs par département (G34)	40
35- Répartition des actifs par site (G35)	41
36- Evolution des pt Co-infectés TB/VIH sous traitement de 2010 à 2016 (G36)	42
37- Répartition des Co infectés TB/VIH entre 2015 et 2016 par catégorie (G37)	43
38- Répartition des Co infectés TB/VIH par bailleur (G38)	44
39- Répartition des Co infectés TB/VIH par département (G39)	45
40- Répartition des Co infectés TB/VIH par site (G40)	46
41- Charge virale réalisées au cours de l'exercice 2015 – 2016 (G41)	52
42- Charge virale indétectables au cours de l'exercice 2015 – 2016 (G42)	53

Tableaux

1- Tableau résumé des sites de CDS (Tableau 1)	5
2- Gain net par bailleur au cours de l'exercice 2015 – 2016 (Tableau 2)	48
3- Gain net par département au cours de l'exercice 2015 – 2016 (Tableau 3)	49
4- Gain net par sites cours de l'exercice 2015 – 2016 (Tableau 4)	51

