



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Prévention de la transmission mère-enfant du VIH :
Stratégies du CHU Sainte Justine de Montréal.
Quelle applicabilité pour Haïti ? « Cas du
département des Nippes. »**

Présenté par

MARIE-CARLINE LEOPOLD

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

Le 06 Avril 2015

Devant le jury composé de :

Docteur François Marie LAHAYE

Directeur du département Santé-Université Senghor
d'Alexandrie

Président

Docteur Normand LAPOINTE

Co-directeur du CMIS et de l'UHRESS-Université de Montréal- Canada

Directeur

Professeur Anne-Marie MOULIN

Directeur de recherche au CNRS

Examineur

Docteur Sany KOZMAN

Consultant international pour l'ONUSIDA
et Directeur de l'ONG Friends of life

Examineur

Remerciements

Je tiens à présenter mes sincères remerciements :

- **Au Dr François Marie LAHAYE.** Cher Directeur, votre dévouement pour nous aider à réussir notre Master en Santé Internationale nous a beaucoup marqué. Vous avez toujours été à notre écoute. Merci pour tout le support moral.
- **Au Dr Christian MESENGE.** Cher Directeur, vous avez toujours été disponible pour nous, même après votre départ malgré vos multiples occupations. Merci pour tous vos conseils.
- **Au Dr Normand LAPOINTE.** Cher Docteur, je ne saurais assez vous remercier, malgré vos multiples occupations vous avez accepté de m'encadrer pour la réalisation de ce travail. Merci pour votre patience, votre disponibilité et pour tous vos conseils.
- **Au Pr Anne-Marie MOULIN.** Chère Professeure, merci pour le support si précieux apporté à la réalisation de ce mémoire.
- **Au Dr. Sany KOZMAN.** Cher Docteur, merci d'avoir accepté d'examiner mon travail et de faire parti de mon jury jusqu'à la dernière minute malgré vos multiples occupations.
- **A Madame Alice MOUNIR.** Vous avez toujours été disponible pour nous. Merci pour votre appui durant toute la durée des études à l'Université Senghor.
- **Au corps professoral de l'Université Senghor.** Merci de nous avoir transmis votre savoir. Les graines sont tombées dans une bonne terre et à coup sur elles porteront fruits.
- **Au staff du personnel de la CMIS du CHU Sainte Justine de Montréal.** Pour tout le support que vous m'avez apporté durant mon stage. J'ai beaucoup appris de vos expériences en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Merci pour tout.
- **Au staff du personnel de l'Hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne.** Ce travail n'aurait pas été possible sans votre collaboration. Merci d'avoir été disponible et disposé à me fournir des informations fiables pour la réalisation de ce travail.
- **Au club de mères infectées par le VIH de HSTM.** Femmes courageuses qui décident de lutter contre le VIH. Merci d'avoir accepté de poser votre pierre pour la réalisation de ce travail.
- **A tous ceux** qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail. Je suis infiniment reconnaissante.

Dédicace

Ce travail de fin d'études est dédié spécialement :

- A ma mère **Aline LEOPOLD**. Ma chère maman, saches que je suis infiniment reconnaissante envers toi. Tu as consenti à de grands sacrifices pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Que le grand DIEU te comble de sa faveur.

- A Mon feu grand frère, **Gregory LEOPOLD**. Tu as toujours été pour moi un conseiller. Tout ce que tu m'as dit résonne encore dans ma tête, c'est ce qui me donne à chaque fois la force de continuer.

- A mon amie **Esther Naomie DESTIL**. Les mots me manquent ma chère amie. Merci pour tout et que DIEU déverse sa bénédiction sur toi et ta famille.

- A mes soeurs **Junette KENEY** et **Saloua LABZIZI**. Vous avez été toujours là pour moi, surtout dans les moments les plus difficiles. Merci pour tout le soutien moral. Que le grand DIEU vous bénisse.

- Aux **Femmes haïtiennes** infectées par le VIH. Ce travail est vôtre. Puisse ce document contribuer à faire avancer le processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge du VIH en Haïti.

Résumé

Introduction

La prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) fait l'objet d'une attention toute particulière au niveau mondial, elle est l'une des mesures les plus puissantes dans la prévention de nouveaux cas de VIH. (ONUSIDA 2012). Dans les pays développés comme le Canada le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est presque nul.

En Haïti, malgré l'adoption de politique nationale de santé visant à réduire les nouveaux cas de VIH, le taux de transmission mère-enfant du VIH reste toujours élevé. Des études ont été réalisées afin de rechercher les facteurs limitant la PTME en Haïti, cependant aucune proposition n'a été faite sur de nouvelles stratégies de prise en charge inspirées d'un pays étranger comme le Canada.

Notre étude se porte sur l'analyse des principaux facteurs limitant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti, l'identification des principales stratégies qui ont été adoptées par la Clinique maternelle et infantile sur le SIDA du CHU Sainte Justine et la proposition d'un projet tiré du modèle canadien.

Méthode

Nous avons effectué une étude descriptive et comparative basée d'une part sur une collecte de données auprès de certains organismes communautaires à Montréal et par l'observation des soins et des entretiens avec le personnel du Centre Maternel et Infantile sur le SIDA du CHU Sainte Justine de Montréal. D'autre part, par des entretiens et l'observation des soins à l'Hôpital Sainte Thérèse qui est l'hôpital de référence pour le département des Nippes d'Haïti. Nous avons procédé aussi à une revue de la littérature en utilisant des bases de données comme PubMed et celle du Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti (MSPP) et sur les sites de l'ONUSIDA et de l'OMS.

Résultats

Pour les deux structures respectives les résultats nous permettent de constater que :

Du début de l'épidémie du VIH à Décembre 2013, la clinique materno-infantile sur le SIDA du CHU Sainte Justine a enrôlé 915 femmes infectées par le VIH, durant cette période 874 accouchements ont été enregistrés, 781 enfants non-infectés nés de mères infectées par le VIH, 181 enfants infectés par le VIH, 39 enfants avec statut indéterminé. Durant cette période le nombre de décès enregistrés est 49 dont le dernier remonte à 1996.

L'hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne a enrôlé 920 femmes de 2004 à 2014 dont 497 femmes enceintes. Parmi les 497 accouchements enregistrés durant la période, 10 ont été réalisés à domicile et 25 enfants ont été infectés par transmission verticale du VIH. Parmi les 10 accouchements réalisés à domicile 4 enfants n'ont pas bénéficié de la prophylaxie ARV parce qu'ils ont été emmenés à l'hôpital deux mois après l'accouchement. Le nombre de décès enregistré est 3.

Conclusion

En dépit des facteurs qui représentent un obstacle à la PTME en Haïti, une réduction du taux de transmission mère-enfant du VIH est possible mais cela doit passer par le renforcement des services de santé communautaire, la prévention, la promotion de la santé et l'application de nouvelles stratégies dans la PTME. Pour cela, l'Etat haïtien qui est l'organe responsable de l'état de santé de la population peut adopter de nouvelles politiques et mettre en œuvre de nouvelles stratégies afin de garantir un niveau de santé optimal à la population.

Mot-clefs

VIH et Grossesse, PTME, VIH/SIDA, HIV infection, CMIS.

Abstract

Introduction

Prevention of mother to child transmission of HIV (PMCT) is the subject of particular attention in the world; it is one of the most powerful measures in preventing new HIV cases (UNAIDS, 2012). In developed countries such as Canada, the rate of transmission of HIV from mother to child is almost nil. In Haiti, despite the adoption of national health policy to reduce new HIV cases, the rate of transmission from mother to child HIV is still high. Studies have been conducted to identify factors limiting PMTC in Haiti; however, no proposal has been made on new management strategies inspired by a foreign country like Canada.

Our study focuses on the analysis of the main factors limiting the prevention of mother to child transmission of HIV in Haiti, identify key strategies that have been adopted by the Maternal and Child Clinic AIDS CHU Sainte Justine and project proposal drawn the Canadian model.

Method

We conducted a descriptive and comparative study based partly on data collection from community agencies in Montreal and observation of care and interviews with the Maternal and Child Health Center staff on AIDS CHU Sainte Justine of Montreal. Furthermore, we conducted interviews and observation of care at the St. Therese Hospital that is the referral hospital for the Nippes Department of Haiti. We also conducted a literature review using databases such as PubMed and the Ministry of Public Health and Population in Haiti (MSPP) and the UNAIDS and WHO websites.

Results

For the two respective structures the results allow us to conclude that:

Since the beginning of the HIV epidemic in December 2013, Maternal and Child Clinical AIDS CHU Sainte Justine enrolled 915 women infected with HIV during this period 874 births were registered, 781 uninfected children born to mothers HIV, 181 children infected with HIV, 39 children with indeterminate status. During this period, the number of registered deaths is 49, the last was in 1996.

The hospital St. Therese Miragoâne enrolled 920 women from 2004 to 2014 including 497 pregnant women. Of the 497 births registered during the period, 10 were performed at home and 25 children were infected through vertical transmission of HIV. Among the 10 home births attended four children have not received ARV prophylaxis because they were taken to the hospital two months after delivery. The number of registered deaths is 3.

Conclusion

Despite factors that are a barrier to PMTCT in Haiti, reduced transmission rates from mother to child HIV is possible but it has to go through strengthening community health services, prevention, health promotion and implementation of new strategies in PMTCT. For this, the Haitian government which is the organ responsible for the health of the population needs to adopt new policies and implement new strategies to ensure optimal health for the population.

Key-words

HIV and pregnancy, PMTCT, HIV/AIDS, HIV infection, CMIS.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- **SIDA** : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- **PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
- **TME** : Transmission Mère-Enfant
- **ONUSIDA** : Programme Commun des Nations Unies su le VIH/SIDA
- **HAART** : Traitement Antirétroviral Hautement Actif
- **ARV** : Anti rétroviral
- **TAR** : Traitement Anti Retroviral
- **TDF** : Tenofovir
- **3TC** : Lamivudine
- **EFV** : Efavirenz
- **FTC** : Emtricitabine
- **AZT** : Zidovudine
- **NVP** : Nevirapine
- **INTI** : Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase Inverse
- **INNTI** : Inhibiteur Non-Nucléotidique de la transcriptase Inverse
- **UNICEF** : Fond des Nations-unies pour l'Enfance
- **PNLS** : Programme National de Lutte contre le SIDA
- **MSPP** : Ministère de la santé Publique et de la Population.
- **MINUSTAH** : Mission des Nations Unis pour la stabilisation en Haïti
- **ONG** : Organisation non gouvernementale
- **EMMUS V** : Enquête, Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
- **PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement
- **IDH** : Indice de Développement Humain
- **PIB** : Produit Interieur Brut
- **FMI** : Fond Monétaire International
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.
- **CMIS** : Centre Maternel et Infantile sur le SIDA
- **HARSAH** : Homme ayant des Rapports Sexuels Avec des Hommes.
- **IHSI** : Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
- **MESI** : Monitoring and Evaluation Surveillance interface
- **PEPFAR**: Plan d'urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA
- **ACDI**: Agence Canadienne de Développement International
- **ICC**: International Child Care
- **IHE**: Institut Haïtien de l'Enfance
- **GHEKIO** : Groupe Haïtien d'Etudes du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes.
- **PCR** : Polymérase Chain Réaction
- **CPN** : Clinique Périnatale
- **VCT** : Test de dépistage volontaire.
- **SCMS** : Supply Chain Management Services

Définition des concepts utilisés

Stigmatisation: Processus de production et de reproduction de rapports de force inégaux ou des attitudes négatives envers un groupe de personnes, renvoyant à des attributs particuliers tels que le statut sérologique, le genre, la sexualité ou le comportement, sont créées et entretenues afin de légitimer des groupes dominants dans la société. (www.unaids.org)

Discrimination : C'est une manifestation de la stigmatisation. La discrimination est toute forme de distinction, exclusion ou restriction arbitraires, soit par action, soit par omission, renvoyant à un attribut qui fait l'objet de stigmatisation. (www.unaids.org)

Taux de Mortalité : Le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année. (www.insee.fr)

Prévalence : Proportion de personnes présentant un événement de santé dans une population à un moment donné. Elle permet de connaître l'état de santé d'une population à un moment donné. (www.oms.org)

Incidence : Nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée apparus dans une population pendant une période donnée. Elle permet de mesurer la vitesse de propagation d'une maladie. (www.oms.org)

Transmission verticale : On parle de transmission verticale ou transmission mère-enfant, lorsqu'une mère infectée par le VIH transmet le virus à son enfant. (www.unaids.org)

Table des matières

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Mot-clefs.....	iii
VIH et Grossesse, PTME, VIH/SIDA, HIV infection, CMIS.....	iii
Abstract.....	iv
Key-words.....	iv
HIV and pregnancy, PMTCT, HIV/AIDS, HIV infection, CMIS.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Définition des concepts utilisés.....	vi
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Problématique du VIH/SIDA.....	3
1 Epidémiologie du VIH/SIDA au niveau mondial.....	3
2 Epidémiologie du VIH/SIDA dans les Caraïbes.....	4
3 Généralités sur la transmission du VIH de la Mère à l'enfant.....	4
3.1 Mécanismes de transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	4
3.2 Facteurs influençant la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	5
4 Généralité sur la prise en charge de la transmission mère-enfant du VIH.....	5
5 Epidémie du VIH en Haïti.....	6
6 Présentation de la république d'Haïti.....	6
6.1 Contexte démographique et socioculturel et économique.....	7
6.2 Contexte sanitaire.....	8
7 Programme du Ministère de la Santé Publique et de la Population.....	9
8 Programme national de lutte contre le VIH en Haïti.....	10
8.1 Normes de prise en charge de la femme enceinte infectée et du nouveau-né.....	10
9 Les principales sources de financement.....	11
10 Justification de l'étude.....	12
11 Question de recherche.....	13
12 Hypothèses de recherche.....	13
13 Objectif général.....	13
14 Objectifs spécifiques.....	13
Chapitre 2 : Méthode.....	14
1. Champ de l'étude : Département des Nippes d'Haïti.....	14
1.1. Situation géographique, sociodémographique et économique du Département des Nippes.	15

1.2.	Les ressources disponibles.....	15
1.3.	Situation sanitaire du Département des Nippes.....	16
1.4.	Les acteurs et sources de financement	16
1.5.	Les soins materno-infantiles dans le Département des Nippes.	17
1.6.	Prise en charge des femmes enceintes infectées et des nouveau-nés dans le Département des Nippes (exemple de l'Hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne).	17
1.6.1.	Présentation de l'Hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne	17
1.6.2	Circuit de la femme enceinte.....	17
1.6.3	Le dépistage de la femme enceinte	18
1.6.4	La prise en charge du VIH chez la femme enceinte.....	18
1.6.5	Prise en charge du nouveau-né de mère infectée par le VIH.....	18
1.6.6	L'accompagnement psychosocial	19
1.7	La Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH au Canada. (Exemple du CHU Sainte Justine de Montréal).	19
1.7.1	Présentation de la CMIS du CHU Sainte Justine.....	19
1.7.2	Stratégies de prise en charge du CMIS du CHU Sainte Justine de Montréal	20
1.7.3	Conseil et dépistage	20
1.7.4	Prise en charge médicale de la femme enceinte et du nouveau-né.....	20
1.7.5	Accompagnement psychosocial.....	21
Chapitre 3 : Résultats		23
1.	CMIS du CHU Sainte Justine de Montréal	23
2.	Hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne en Haïti.....	24
Chapitre 4 : Discussions		26
1.	Facteurs socio-culturel	28
2.	Facteurs liés au système de santé.....	29
3.	Les limites.....	31
4.	Les difficultés rencontrées	31
Conclusion		32
Recommandations		33
Chapitre 5 : Proposition d'un projet de renforcement de la PTME dans le département de Nippes.....		34
Références bibliographiques.....		57
Liste des tableaux		60
Liste des photos.....		61
Liste des figures.....		62
Annexes.....		63

Introduction

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) responsable du SIDA qui a opposé un défi terrible au monde depuis sa découverte, connaît actuellement un regain d'intérêt, fonction du nombre de nouveaux cas d'infections qui vont augmentant dans certaines régions du monde, de l'amélioration de nouvelles molécules d'antirétroviraux et de l'espoir suscité par les progrès de la science (OMS 2012).

Chaque année, près de 400 000 enfants sont infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission de la mère à l'enfant (TME), responsable de plus de 90% des infections par le VIH chez l'enfant. En l'absence de traitement, un tiers des enfants vivant avec le VIH meurt avant l'âge d'un an et presque la moitié meurt avant l'âge de deux ans. Dans les pays à faibles et moyens revenus, la couverture des programmes de prévention de la transmission mère-enfant reste faible, et des taux de transmission élevés continuent donc d'être observés. La transmission mère enfant du VIH est devenue la principale voie de contamination des moins de 15 ans.

Dans le cas d'Haïti, le VIH/SIDA représente une grande charge de morbidité. Malgré les grands progrès réalisés ces cinq dernières années qui ont fait baisser le taux de prévalence du VIH chez les personnes de 15-49 ans à 2.2 %, Haïti reste le pays le plus touché de la région des Amériques par l'épidémie du VIH (EMMUS V). En Juin 2011, Haïti s'est engagé sur la voie des trois zéros : Zéro nouvelles infections, zéro décès et zéro stigmatisation/discrimination prôné par l'ONUSIDA pour 2015.

Les différents rapports publiés dans le pays montrent en dépit des efforts déployés dans la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH un taux de transmission de la mère à l'enfant de 7.0% donc très élevé (bulletin épidémiologique VIH/SIDA no. 7 -MSPP 2013).

Dans les pays à revenus élevés, le taux de transmission mère-enfant du VIH (TME) est inférieur à 1 % tandis que dans les pays à faibles et moyens revenus, des taux de transmission élevés continuent d'être observés (ONUSIDA 2012). Ce qui nous pousse à nous poser les questions suivantes : La PTME en Haïti présente des limites quand à la réduction de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, quelles en sont les causes ? Pourquoi dans d'autres pays comme les Etats Unis, le Canada, le taux de transmission Mère-Enfant du VIH est moins de 1% ? Quelles sont les stratégies qui y sont appliquées afin d'obtenir de tels résultats ?

Ce travail dont l'objectif est de proposer un projet de PTME nous a permis d'apporter des éléments de réponses aux différentes questions suscitées. Il est d'abord tiré de l'expérience d'un pays comme le Canada où la PTME est une réussite et ensuite adapté au contexte d'Haïti afin de réduire le risque de la transmission du VIH chez l'Enfant et améliorer la qualité de vie de la Mère. Pour ce faire, ce travail a été divisé en cinq grands chapitres :

- Dans le premier chapitre nous avons abordé la problématique du VIH/SIDA dans le monde, l'épidémie du VIH en Haïti et le programme national de lutte contre le VIH, la question de recherche, les hypothèses ainsi que les objectifs de recherche.
- Dans le second chapitre, nous avons présenté le cadre de l'étude et l'approche méthodologique utilisée.
- Dans le troisième chapitre nous avons présenté les résultats.
- Le quatrième chapitre est réservé à la discussion.
- Le dernier chapitre est consacré à la conclusion et au projet de renforcement.

Chapitre 1 : Problématique du VIH/SIDA

1 Epidémiologie du VIH/SIDA au niveau mondial

Depuis le début de l'épidémie, le VIH/SIDA a fait plus de 36 Millions de morts à travers le monde et demeure la première cause de mortalité des femmes en âge de procréer dans le monde (OMS 2012)

Selon les données de l'ONUSIDA, le nombre de personnes infectées par le VIH est de 35,3 Millions. Les nouvelles infections à VIH dans le monde en 2012 ont atteint 2,3 Millions et 260,000 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH au cours de cette même période (ONUSIDA-2012).

Tableau I. Statistiques et caractéristiques régionales du VIH/SIDA

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez les adultes (15–49) [%]	Décès d'adultes et d'enfants liés au sida
Afrique subsaharienne	23,5 millions [22,1 millions–24,8 millions]	1,8 million [1,6 million–2,0 million]	4,9% [4,6% – 5,1%]	1,2 million [1,1 million–1,3 million]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	300 000 [250 000 – 360 000]	37 000 [29 000 – 46 000]	0,2% [0,1% – 0,2%]	23 000 [18 000 – 29 000]
Asie du Sud et du Sud-Est	4,0 millions [3,1 millions – 5,2 millions]	28 000 [170 000 – 460 000]	0,3% [0,2% – 0,4%]	250 000 [190 000 – 340 000]
Asie de l'Est	830 000 [590 000 – 1,2 million]	89 000 [44 000 – 170 000]	0,1% [0,1% – 0,1%]	59 000 [41 000 – 82 000]
Amérique centrale et du Sud	1,4 million [1,1 million – 1,7 million]	83 000 [51 000 – 140 000]	0,4% [0,3% – 0,5%]	54 000 [32 000 – 81 000]
Caraïbes	230 000 [200 000 –250 000]	13 000 [9 600 – 16 000]	1,0% [0,9% – 1,1%]	10 000 [8 200 – 12 000]
Europe orientale et Asie centrale	1,4 million [1,1 million – 1,8 million]	140 000 [91 000 – 210 000]	0,8% [0,6% – 1,0%]	92 000 [63 000 – 120 000]
Europe occidentale et centrale	900 000 [830 000 – 1,0 million]	30 000 [21 000 – 40 000]	0,2% [0,2% – 0,3%]	7 000 [6 100 – 7 500]
Amérique du Nord	1,4 million [1,1 million – 2,0 millions]	51 000 [19 000 – 120 000]	0,6% [0,5% – 1,0%]	21 000 [17 000 – 28 000]
Océanie	53 000 [47 000 – 60 000]	2 900 [2 200 – 3 800]	0,3% [0,2% – 0,3%]	1 300 [<1 000 – 1 800]
Total	34,0 millions [31,4 millions – 35,9 millions]	2,5 millions [2,2 millions – 2,8 millions]	0,8% [0,7% - 0,8%]	1,7 million [1,5 million – 1,9million]

Source : ONUSIDA/ 2012 : Rapport sur l'épidémie mondiale du Sida

2 Epidémiologie du VIH/SIDA dans les Caraïbes

Selon ONUSIDA 2012, les Caraïbes est la région du monde la plus touchée par la pandémie du SIDA, après l'Afrique subsaharienne.

Le nombre de personnes infectées par le VIH dans cette région est de 250.000, les nouvelles infections à VIH au cours de l'année 2012 a atteint 12.000 chez les adultes et le nombre de décès atteint les 11.000 mille pour tous âge confondu.

Les taux nationaux de prévalence du VIH chez l'adulte sont élevés dans l'ensemble de la région : 1%-2% à la Barbade, en République dominicaine et en Jamaïque, et 2%-4% aux Bahamas, en Haïti et à la Trinité-et-Tobago. Exception faite pour Cuba qui a une prévalence inférieure à 0,1%.

Les trois quarts des personnes infectées par le VIH dans les Caraïbes se trouvent sur l'île d'Hispaniola qui se partage entre Haïti et la République Dominicaine. Les données de l'ONUSIDA ont montré qu'en République Dominicaine, le nombre de personnes vivants avec le VIH est de 45.000, le taux national de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans est de 1.1%. Les décès dus au SIDA sont de 1900. Chez les femmes enceintes, la prévalence du VIH est restée stable (Selon UNAIDS 2012).

3 Généralités sur la transmission du VIH de la Mère à l'enfant

On parle de transmission de la mère à l'enfant ou transmission verticale, lorsqu'une mère infectée par le VIH transmet le virus à son enfant, pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement. En l'absence de tout traitement les taux de transmission varient de 15 à 45%. Toutefois une bonne prise en charge peut ramener ces taux à un niveau inférieur à 5%(OMS). (Tableau des risques de transmissions en annexe.)

3.1 Mécanismes de transmission du VIH de la mère à l'enfant

Transmission in utero

A tous les stades de la grossesse le Virus du SIDA peut traverser la barrière placentaire et l'enfant est à risque d'être contaminé par le liquide amniotique infecté.

Le risque de transmission le plus probable se présente en fin de grossesse lors des échanges sanguins entre la mère et l'enfant où la mère peut transmettre des cellules infectées à l'enfant.

Transmission per partum

Elle peut s'effectuer soit :

-Lors des contractions utérines qui peuvent entraîner des micro-transfusions de sang de la mère vers le fœtus. Dans ce cas, une prophylaxie aux antirétroviraux à la naissance est nécessaire pour réduire les risques d'infection.

-Lors du passage du fœtus à la filière vaginale, à ce moment le fœtus est en contact direct avec le sang et les sécrétions vaginales. Un accouchement par césarienne permet de réduire ce risque.

Transmission post partum

Elle s'effectue essentiellement par l'allaitement, chez une femme avec une charge virale élevée, d'où l'importance pour une femme infectée qui veut allaiter son enfant d'avoir une charge virale indétectable.

3.2 Facteurs influençant la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Plusieurs facteurs peuvent influencer la transmission du VIH de la mère à l'enfant, certains sont d'origine virale, maternelle, obstétricale, d'autres sont liés au mode d'allaitement adopté par la mère.

Tableau II : Représentation des facteurs influençant la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Facteurs d'origine virale	Une souche virale à réplication rapide peut augmenter le risque de TME VIH1 se développe beaucoup plus rapidement que le VIH 2.
Facteurs d'origine maternelle	Si la mère a : -Une charge virale élevée, elle a plus de risques de transmettre le VIH à son enfant. -Un stade avancé de l'infection à VIH. -Une infection virale, bactérienne ou parasitaire. -Consomme de la drogue. -Des lésions au niveau des seins
Facteurs d'origine obstétricale	-Accouchement par voie basse chez une mère ayant une charge virale élevée. -Rupture prématurée des membranes -Prématurité -Manœuvres obstétricales
Facteurs liés au mode d'allaitement	-Allaitement maternel mixte. -Allaitement prolongé chez une mère dont la charge virale est élevée.

Source : OMS

4 Généralité sur la prise en charge de la transmission mère-enfant du VIH

On peut prévenir totalement la transmission mère-enfant si on donne à la mère comme à l'enfant le traitement ARV à tous les stades où l'infection peut se produire. Les antirétroviraux réduisent la réplication virale et peuvent réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant, soit en abaissant la charge virale plasmatique chez les femmes enceintes ou à travers la prophylaxie post-exposition pour leurs nouveau-nés.

Les lignes directrices de l'OMS (OMS 2013) sur l'utilisation des ARV pour la PTME recommandent de commencer un traitement antirétroviral pour sa propre santé et pour la prévention de l'infection du nourrisson par le VIH.

Un TAR de première intention doit être composé de deux INTI et d'un INNTI. L'option privilégiée recommandée pour mettre en route un TAR, en association d'ARV en doses fixes est :

TDF+3TC+EFV 300/300/600mg

TDF+FTC+EFV 300/200/600mg

Si l'association TDF+3TC(ou FTC) +EFV est contre-indiquée ou n'est pas disponible, il est recommandé d'utiliser l'une des options suivantes :

AZT+3TC+EFV 300mg/150mg/

AZT+3TC+NVP 300/150/200mg

TDF+3TC+NVP 300/150/600mg

TDF+FTC+NVP 300/200/200mg

Un nourrisson né d'une mère qui reçoit un TAR et allaité au sein doit recevoir une prophylaxie pour nourrisson par administration de NVP une fois par jour pendant six semaines.

Si le nourrisson reçoit une alimentation de substitution, il doit recevoir une prophylaxie pour nourrisson par administration de NVP une fois par jour (ou d'AZT deux fois par jour) pendant quatre à six semaines. La prophylaxie pour nourrisson doit commencer à la naissance ou lors que l'on prend connaissance après l'accouchement de l'exposition au VIH.

5 Epidémie du VIH en Haïti

En Haïti, le SIDA représente une grande charge de morbidité. Selon l'OMS 2012, il reste le pays le plus touché de la région des Amériques par l'épidémie du VIH avec 150.000 personnes vivant avec le VIH, 6.000 décès par année, une incidence de 8.200 nouveaux cas et une prévalence de 2.2 % chez les 15 à 49 ans. Selon l'enquête mortalité morbidité et utilisation de services (EMMUS V), la prévalence est de 2.7 % chez les femmes et 1.7 % chez les hommes, la plus élevée se trouve dans le groupe d'âge de 20 à 34 ans. Ce phénomène a un impact négatif sur la santé, la croissance économique, le développement et affecte toutes les forces vives de la société.

Selon le Bulletin épidémiologique VIH/SIDA no 7 du MSPP- 2013, chez les femmes enceintes et selon leur provenance, la prévalence du VIH est de 2,4 % en milieu urbain et 2,3 % en milieu rural. La transmission mère-enfant est responsable de 76% des cas d'incidents chez les enfants. En 2013 environ 52 sur 1000 décès chez les enfants sont dus au VIH/SIDA. (Voir en annexe pages 63 et 64 les graphiques présentant les nouveaux cas de VIH par âge et sexe).

6 Présentation de la république d'Haïti

La république d'Haïti est située dans la région caribéenne au Nord-Ouest de Cuba et au Sud-ouest de la Jamaïque. Elle est bornée au Nord par l'Océan Atlantique, au sud par la mer des Caraïbes ou mer des Antilles. Le pays occupe la partie occidentale de l'île qu'elle partage avec la République Dominicaine. La surface totale du pays atteint les 27 750 km² pour une densité de 356,5 habitants / km².

Du point de vue administratif, le pays est divisé en 10 départements, 41 arrondissements, 140 communes et 570 sections communales. Les dix départements sont : Le Nord, le Nord-est, le Nord-Ouest, l'Artibonite, le Sud, le Sud-est, la Grand 'Anse, les Nippes et le département de l'Ouest dont le chef lieu est Port-au-Prince, la capitale du pays et aussi le centre des décisions politiques et administratives.

Photo I : Carte géographique de la république d'Haïti



Source : Googlemap

6.1 Contexte démographique et socioculturel et économique

La population d'Haïti est estimée à environ 10.413.211 habitants en 2012 selon l'institut haïtien de statistique et d'informatique (IHSI). La moitié de la population est âgée de moins de 21 ans. (Pyramide des âges en annexe page 64)

La population urbaine représente 55% et celle vivant dans les agglomérations de plus de 1 million d'habitants est de 22%. (Statistiques Mondiales 2012) et selon EMMUS V, 4% vivent dans les camps. La densité de la population est de 370 habitants/km². La croissance démographique annuelle est de 1,7 %. Le taux de fécondité est de 3,2 (3 enfants par femme en milieu urbain et 4 enfants par femme en milieu rural). L'espérance de vie est de 62,7 ans (61 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes).

Le français et le créole haïtien sont les deux langues officielles d'Haïti. Le français est parlé par à peine 10 % de la population. L'anglais est de plus en plus parlé par les jeunes et dans le secteur des affaires. Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau primaire est de 77%, soit 74% parmi les femmes et 79% parmi les hommes. Le statut matrimonial relève que 55 % des femmes et 41 % des hommes vivent en couple. (EMMUS V, 2012). Pour une couche importante de la population, la survenue de certaines maladies, particulièrement manifestation spectaculaire, est attribuée à des étiologies d'ordre

surmaturel orchestrées par un ennemi connu ou inconnu. En ce qui a trait à la religion, les données de l'EMMUS V stipulent que 53 % des femmes et 45 % des hommes sont de confession protestante et 39 % de femmes contre 42 % d'hommes de confession catholique. D'autres groupes religieux présents en moindre nombre comptent également des témoins de Jéhovah, des musulmans, des scientologues et des praticiens du vaudou. En matière de développement humain, Haïti est classé au rang de 161e sur 187 pays les plus pauvres avec un IDH de 0,454 et un PIB de 7843 Milliard de dollars. Le taux de croissance est de 4,3 avec un taux d'inflation de 4,5%, touchant notamment les denrées alimentaires.

Selon le rapport du PNUD 56% des Haïtiens vivent avec moins d'un dollar par jour, 76 % avec moins de deux dollars par jour ces chiffres témoignent d'une pauvreté extrême. Deux tiers de la population sont touchés par le chômage et le sous-emploi. (PNUD 2013).

Avec une économie dominée par une agriculture traditionnelle de faible productivité Haïti dispose d'une économie fortement tributaire de son secteur agricole traditionnel qui continue de mobiliser la plus forte partie de sa main-d'œuvre active (50,6% dans l'ensemble du pays et 68,4% en milieu rural selon l'IHSI) et fournit environ 30% du PIB.

6.2 Contexte sanitaire

Les entités chargées de la livraison des services de santé sont les institutions sanitaires (publiques, privés ou mixte). Ces entités sont classées par la Direction d'Organisation des Services de Santé du Ministère de la santé (DOSS) suivant une structure pyramidale contenant trois niveaux de prestation de services :

- Le niveau primaire regroupe le premier échelon (dispensaires, centres de santé avec et sans lits et les cabinets médicaux) et le deuxième échelon qui comprend les hôpitaux communautaires de référence.
- Le niveau secondaire comprend les hôpitaux départementaux au nombre de 10 et les cabinets de spécialités.
- Le niveau tertiaire regroupe les hôpitaux universitaires et les hôpitaux spécialisés. La majorité des institutions sanitaires en Haïti sont privées (environ 46%) tandis que les institutions publiques représentent 30%. Le système de santé haïtien offre des soins formels à environ 47% de la population. 72 % de la population vivent à 30 minutes ou plus d'un établissement de santé (EMMUS-IV 2005-06). Dans certaines zones, l'accès géographique aux centres de santé est rendu difficile par un réseau routier peu développé et un manque de transports publics.

L'accessibilité des services est largement déterminée d'une part par la capacité de payer du bénéficiaire et d'autre part par le temps de trajet pour atteindre les établissements de santé.

En ce qui a trait aux ressources humaines, on constate une insuffisance tant en qualité qu'en quantité du fait que beaucoup de professionnels qualifiés quittent le pays pour aller vers des pays étrangers.

En 2012, les dépenses totales de santé représentaient 8.2 % du PIB et la coopération internationale participe à hauteur de 86 %. En Haïti seuls les fonctionnaires et les individus les plus aisés ont accès au système d'assurance.

Quand on considère les principaux indicateurs de la dernière Enquête, Mortalité, Morbidité et Utilisation de Services (EMMUS V, 2012) relatifs au VIH/SIDA et à d'autres maladies infectieuses comme la tuberculose, la malaria, on constate qu'Haïti est le pays qui a les taux les plus élevés parmi les pays de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Pour ce qui est de la mortalité maternelle les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2012 font état de 350 décès maternels/100 000 naissances vivantes, par rapport à 630 décès/100 000 en 2006. Les causes sont le SIDA, les infections opportunistes liées au SIDA, les carences nutritionnelles, les pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement, les accouchements à domicile. Car, 36% des femmes accouchent à l'hôpital et seulement 37 % des accouchements sont assistés d'un personnel de santé ce qui accroît les risques de complications.

L'un des défis majeurs du pays en matière de santé est un accès équitable aux services de soins.

Le niveau de santé de la population contribue à maintenir Haïti dans le peloton de queue des pays à faible développement humain.

La médecine traditionnelle occupe une place importante dans le cadre sanitaire, elle constitue le premier recours pour près de 80 % de la population en raison de son faible coût et de sa proximité. (Voir en annexe les tableaux des indicateurs de santé et du profil épidémiologique).

7 Programme du Ministère de la Santé Publique et de la Population

La constitution de Mars 1987 confère à l'état l'obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine à tous les citoyens sans distinction, conformément à la Déclaration Universelle des Droits de l'homme. Dans le but d'améliorer la situation sanitaire de la population, le Ministère de la santé a mis en place différents programmes de santé.

- Programme de santé de la reproduction
- Programme de prise en charge des maladies de l'enfance (PCIME)
- Le programme élargi de vaccination (PEV)
- Programme de lutte contre les IST/SIDA, Malaria et la Tuberculose
- Programme national de nutrition
- Programme de lutte contre la Filariose
- La promotion de la santé
- Programme de réponse au choléra

8 Programme national de lutte contre le VIH en Haïti

Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) assume la gestion de l'ensemble des interventions visant le contrôle de l'épidémie à VIH/SIDA en Haïti. Il comporte 5 axes stratégiques inspirés en grande partie des directives d'ONUSIDA 2012-2015. Ces axes stratégiques visent le renforcement de la gouvernance et du leadership, l'établissement de partenariats stratégiques, le renforcement de la capacité et de la performance, l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de prévention, le monitoring et l'évaluation.

Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA priorise cinq groupes dans la population :

- Les jeunes de 15 à 24 ans des deux sexes
- Femmes
- Les personnes les plus à risque (les travailleurs sexuels, les HARSAH, prisonniers, etc.)
- Hommes
- Personnes vivant avec le VIH.

Le traitement antirétroviral est disponible gratuitement pour les PVVIH dans les différents sites de prise en charge, au niveau des dix départements du pays.

En ce qui a trait à la PTME, le programme a démarré en 2000. La disponibilité des services de PTME est passée de 36 sites de prise en charge en 2004 à 137 sites enregistrés en 2013. Le plan national suivi évaluation 2012-2015 a prévu de diminuer à 1% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2015, cependant selon les données de l'EMMUS V le taux de transmission mère-enfant reste à 7%, donc très élevé.

8.1 Normes de prise en charge de la femme enceinte infectée et du nouveau-né

Le Ministère de la Santé et de la Population a établi des directives pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, qui doivent être appliquées à tous les niveaux de soins. Que la mère ait participé ou non à un programme de PTME, le MSPP recommande que tous les nourrissons exposés au VIH reçoivent une prophylaxie antirétrovirale.

Toute femme enceinte diagnostiquée VIH (+) doit être placée immédiatement sous un protocole thérapeutique, quel que soit le terme de sa grossesse. Les régimes de choix sont :

- AZT+3TC+EFV/300mg/150mg/600mg
- TDF+3TC+EFV/300mg/150mg/600mg
- AZT+3TC+NVP/300MG/150mg/200mg

Chez l'enfant la Névirapine est utilisée à raison de 2mg/kg de poids en une dose par jour et l'AZT 4mg/kg de poids 2 fois par jour. En cas de prématurité, l'AZT est utilisée à raison de 2mg/kg de poids 2 fois par jour. Cependant l'allaitement maternel au sein est recommandé jusqu'à six mois pour le nouveau-né.

Le dépistage du VIH est gratuit et disponible pour toutes les femmes enceintes fréquentant la CPN et l'option B+ est recommandée afin de garantir la santé de la mère et de réduire les risques de

transmission verticale .Cette option consiste à fournir trois molécules d’ARV à la femme enceinte sitôt le diagnostic posé, poursuivis toute sa vie, quelque soit son taux de CD4. Cette option présente de nombreux avantages, cependant selon l’OMS, les pays qui veulent adopter cette option doivent être soutenus afin d’évaluer la faisabilité, le rapport coût/avantages et l’impact de santé publique de cette option.

9 Les principales sources de financement

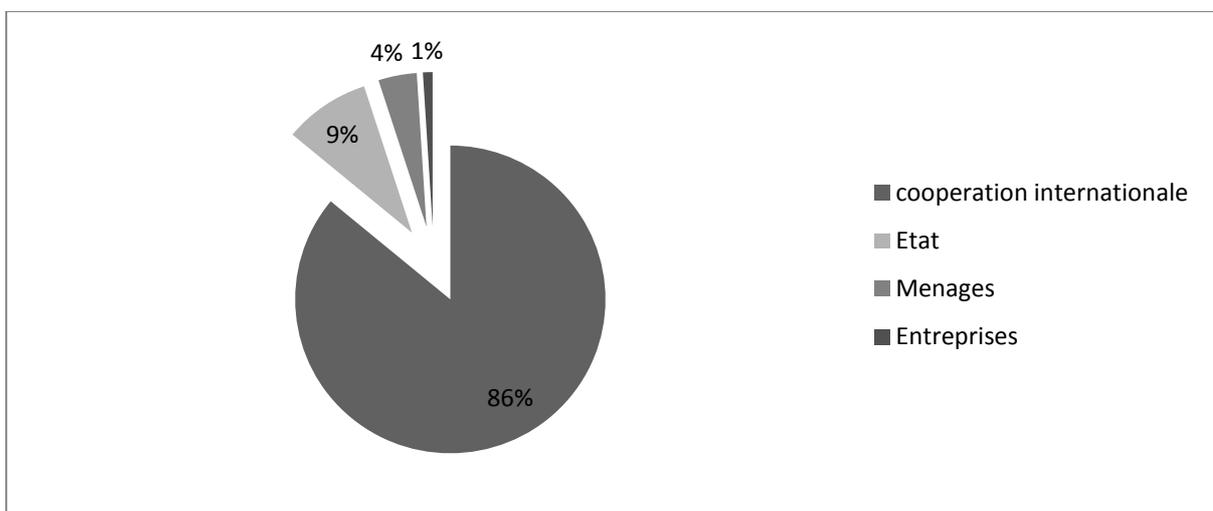
Le mécanisme de financement en Haïti s’effectue à travers 3 sources principales :

Les ménages : la majeure partie de leurs dépenses est consacrée à l’achat de médicaments et le paiement des honoraires des médecins dans les institutions privées.

L’Etat procède par la fiscalisation des dépenses. Il prélève des taxes et impôts sur les ménages et les entreprises quelle qu’en soit la taille. De ces montants prélevés, une partie est allouée au Ministère de la Santé pour financer les institutions publiques mandatées à fournir les services de santé à la population, puis le reste aux autres Ministères du pays. Ces fonds en provenance du trésor public, couvrent les frais de régulation, des fonctions administratives et des fonctions liées à la prestation des soins et services dont la plus grande partie est absorbée par les réhabilitations, constructions et le paiement des salaires du personnel.

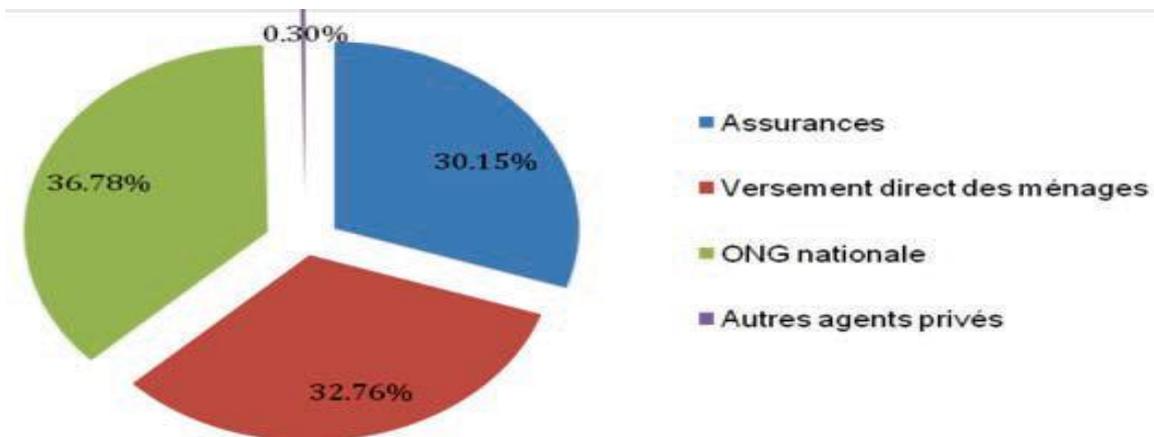
La coopération externe, finance sous forme de prêts ou de dons les services des institutions sanitaires publiques, privées et les Organisations non Gouvernementales au profit des ménages tant dans les investissements que dans le fonctionnement. Le système de santé haïtien en est très dépendant. La coopération internationale, assure le financement des programmes prioritaires (Tuberculose, SIDA, Santé de la Reproduction, Programme Elargi de Vaccination, Malaria, Nutrition, PCIME, Choléra...) par l’achat de médicaments, la formation du personnel, la dotation en matériels et équipements.

Figure I. Sources de financement du système de santé



Source : MSPP 2013

Figure II. Répartition des fonds gérés par les agents dans les dépenses nationales de santé (2010-2011)



Source : MSPP 2013

10 Justification de l'étude

Au cours des dix dernières années presque tous les pays du monde incluent dans leurs plans nationaux de lutte contre le SIDA, des programmes pour prévenir les nouvelles infections parmi les enfants et garantir la santé de la mère (ONUSIDA 2012). En Haïti, le projet de PTME a démarré au cours de l'année 2000 avec l'appui du Fond des Nations-Unies pour l'Enfance. Plusieurs actions ont été mises en œuvre par le Ministère de la Santé Publique afin d'améliorer les principaux indicateurs relatifs à la santé maternelle et de l'enfant.

Les dernières Enquêtes Mortalité Morbidité et Utilisation de service (EMMUS V) nous permettent de constater que malgré toutes ces interventions la situation est loin de s'améliorer. En ce qui a trait à la mortalité maternelle, bien que le taux soit passé de 523/100.000 naissances vivantes en 2000 à 630/100.000 en 2005 puis à 350/100.000 naissances vivantes en 2011, Haïti reste le pays accusant le taux le plus élevé de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes (OMS 2012). Pour la mortalité infantile, les données ont montrés que 59 enfants pour 1000 décèdent avant l'âge d'un an.

La prévalence du VIH dans la population générale de 15-49 ans en Haïti est passée de 3.1% en 2000 à 2.2 % en 2006 depuis lors elle n'a pas changé (EMMUS V, 2012). Haïti représente plus de 60% du poids de l'épidémie dans les Caraïbes (ONUSIDA 2012).

Selon une enquête menée par le MSPP auprès des femmes enceintes fréquentant les CPN, la prévalence du VIH est passée de 6.2% en 1993 à 4.5 % en 2000 pour atteindre 2.3% en 2012 .En Haïti, 3.1 % des femmes enceintes dépistées pour le VIH en Haïti sont séropositives, seulement la moitié reçoit un traitement antirétroviral pour éviter la transmission mère-enfant. Le taux de transmission du

VIH de la mère à l'enfant est passé de 8.6 % en 2012 à 7.0% en 2014 .Le pourcentage de femmes enceintes qui accouchent à domicile sans la présence d'un personnel qualifié est 80%.

La situation d'Haïti demeure préoccupante en ce qui concerne les objectifs du millénaire pour le développement et de façon absolue. Ainsi, cette étude nous pousse-t-elle à poser la question suivante :

11 Question de recherche

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH reste un défi en Haïti. Quelles nouvelles stratégies pourrait-on appliquer afin de réduire le taux de transmission mère-enfant dans le pays ?

12 Hypothèses de recherche

- Des facteurs d'ordre social, économique et culturel auxquels font face les femmes haïtiennes influencent négativement la PTME.
- La faiblesse du système de santé haïtien est un facteur limitant la PTME en Haïti.
- L'adoption de nouvelles stratégies de prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH ainsi que les nouveau-nés pourraient aider à réduire le taux de transmission mère-enfant en Haïti.

13 Objectif général

- L'objectif principal de cette étude est d'analyser les principaux facteurs limitant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti afin de proposer de nouvelles stratégies de prise en charge qui pourraient aider à diminuer le taux de transmission mère-enfant dans le pays.

14 Objectifs spécifiques

- Identifier les principales stratégies adoptées au CMIS du CHU Sainte Justine de Montréal pour arriver à un taux de transmission de moins de 1%.
- Proposer un projet de PTME incluant de nouvelles stratégies de prise en charge des femmes enceintes infectées tirées du modèle du CHU Sainte Justine et adaptées au contexte d'Haïti.

Chapitre 2 : Méthode

Pour réaliser ce travail nous avons procédé à une revue de la littérature en utilisant des moteurs de recherche comme PubMed, certaines bases de données comme celle du Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti (MSPP), du MESI et de l'IHSI. Certains sites comme l'ONUSIDA, OMS ont été aussi consultés, afin de recueillir des données nationales et internationales sur la PTME.

Une collecte primaire d'observations des soins et d'entrevues individuelles avec le personnel impliqué dans la prestation des services PTME et CPN a été effectué à l'Hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne qui est l'hôpital de référence pour tout le département des Nippes d'Haïti. Nous avons aussi consulté les différents registres (Enrôlement, Prénatal, Maternité et Dépistage) utilisés pour le programme de prise en charge.

Pour effectuer cette collecte de données auprès des prestataires nous avons utilisé un guide d'entretien. (Voir en annexe page 62)

Nous avons procédé à une étude descriptive et comparative entre la clinique maternelle et infantile sur le SIDA du CHU Sainte Justine de Montréal et l'hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne en Haïti.

Nous avons aussi effectué un stage de mise en situation professionnelle au Centre Maternel et Infantile sur le SIDA au CHU Sainte Justine de Montréal. Ce stage nous a permis de recueillir des données auprès du personnel du CMIS et certains organismes communautaires comme Gapvies et Maison plein cœur, qui interviennent dans la prise en charge communautaire des PVVIH à Montréal.

En termes d'acquis, ce stage nous a permis de comprendre l'importance d'une bonne prise en charge mère-enfant dans la lutte contre les nouveaux cas d'infections à VIH, les mécanismes à mettre en place pour y parvenir et comment assurer la pérennité.

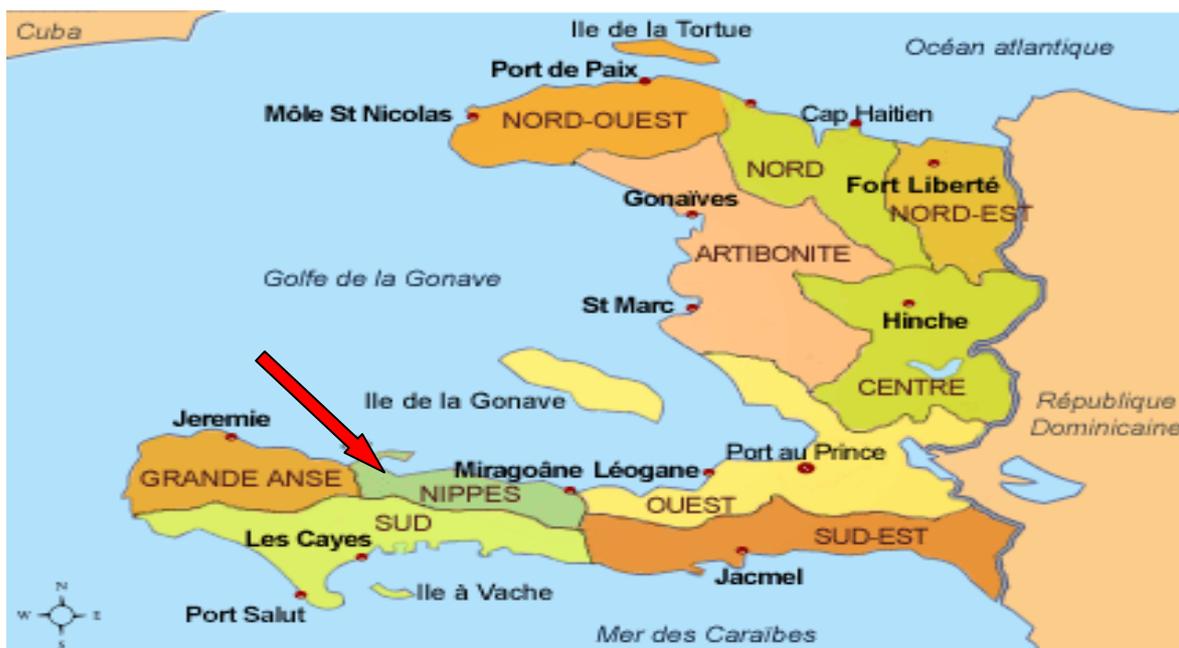
Les professionnels de santé expérimentés que nous avons rencontrés durant notre stage au CHU sainte Justine seront pour nous des personnes ressources, que nous pourrons contacter en cas de besoin. Les différents organismes communautaires que nous avons eu la chance de visiter pourront aussi nous supporter dans la mise en œuvre de notre projet de PTME.

Cette structure en matière de prise en charge de la transmission mère-enfant nous servira de modèle pour la mise en œuvre de notre projet de renforcement de la PTME en Haïti, plus spécialement dans le département des Nippes pour contribuer à la réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

1. Champ de l'étude : Département des Nippes d'Haïti

Nous avons choisi de mener notre étude sur le Département des Nippes, spécialement la commune de Miragoâne, l'une des zones les plus touchées par l'épidémie du VIH en Haïti.

Photo II. Carte représentant les dix départements d'Haïti



Source Googlemap

1.1. Situation géographique, sociodémographique et économique du Département des Nippes.

Le département des Nippes est le plus jeune département et aussi le moins peuplé d'Haïti. Il est borné au Nord par le Golfe de la Gonave, au Sud par le département du Sud, à l'Est par le département de l'Ouest ; à l'Ouest par le département de la Grand-Anse. Il a une superficie de 1,268 Km², avec une population estimée à 332,084 Habitants dont 174,118 hommes et 157,966 femmes (IHSI 2013), il est divisé en 3 arrondissements et 11 communes et son chef lieu est Miragoâne.

Selon les données de l'EMMUS V, 63 % de la population du département des Nippes se situe dans les deux quintiles les plus bas du bien-être économique. Le taux de fécondité est à 3,4. En ce qui a trait à l'éducation, le taux net de fréquentation scolaire est 19%. On constate aussi que 16% des femmes contre 12% des hommes dans la population des Nippes n'ont aucun niveau d'instruction.

Sur le plan économique, la population des Nippes vit d'agriculture et d'élevage. Cependant, au niveau de la ville de Miragoâne, chef lieu du Département des Nippes, qui est une ville commerciale avec son principal port ouvert au commerce extérieur, elle reçoit un nombre important de commerçants venus de tous les endroits du pays.

1.2. Les ressources disponibles

Selon une enquête menée en 2011 par l'Unité de Planification et d'Evaluation du Ministère de la Santé Publique auprès des institutions sanitaires, le département des Nippes compte 29 institutions sanitaires dont 20 dispensaires, 4 centres de santé à lits, 1 centre de santé sans lit et 4 hôpitaux.

Au niveau de la commune de Miragoâne, chef lieu du département des Nippes on retrouve 7 institutions sanitaires dont 6 dispensaires et 1 hôpital qui est le seul hôpital de référence pour tout le département.

En termes de ressources humaines ce département dispose de 50 infirmières, 29 médecins, 40 auxiliaires infirmières, 2 dentistes, 2 assistants sociaux, 3 pharmaciens, 2 psychologues, 2 techniciens en radiologie, 27 technologistes de laboratoire pour 100 000 habitants.

Pour le personnel communautaire le département dispose de : 15 agents de santé, 16 matrones, 7 tradipraticiens.

24.14% des institutions sanitaires, et la majorité des professionnels de santé de ce département se trouvent au niveau de la commune de Miragoâne.

1.3. Situation sanitaire du Département des Nippes

Le cas du département des Nippes n'est pas différent du reste du pays : Couverture sanitaire insuffisante, carence criante en ressources humaines, mauvaise distribution des services de santé, des soins de qualité qui ne sont accessibles qu'à moins d'un tiers de la population. (EMMUS V). Selon les données de l'enquête Mortalité, morbidité et utilisation de services, en 2006, le département des Nippes était le département le plus touché par l'épidémie du VIH avec une prévalence de 3.8 %.

La prévalence du VIH/SIDA est passée de 3.8 % en 2006 à 2.0 % avec un taux de 2.6% pour les femmes et 1.3% pour les hommes, et le taux de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'image du pays reste élevé. Du point de vue de la santé maternelle, d'après EMMUS V, 28% des femmes accouchent dans les institutions de santé et 80% d'entre elles ne bénéficient d'aucune assistante de personnel formé (Médecin, Infirmières, Sage femmes, matrones). Ainsi, 60% des femmes qui sont venues faire une visite prénatale ne reviennent plus dans l'institution pour l'accouchement. 79% des grossesses ne sont pas suivies et le taux de mortalité maternelle demeure élevé. Par contre, on constate que parmi les naissances qui ont lieu dans un établissement sanitaire, 74% des femmes ont bénéficié d'un suivi postnatal au cours des deux jours qui ont suivi l'accouchement. L'accès à l'eau ainsi que les conditions d'hygiène et d'assainissement restent un défi majeur.

1.4. Les acteurs et sources de financement

Le secteur santé au niveau du département des Nippes est financé, d'une part par l'Etat, les institutions sanitaires privées et les ménages et certaines ONG internationales. Parmi les ONG internationales, on a l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI), qui appuie les programmes prioritaires de santé incluant ceux de la santé maternelle et infantile, santé de la reproduction et la vaccination.

Nous avons aussi le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) qui finance les programmes de prise en charge des PVVIH et l'International Child Care (ICC), qui finance les initiatives de prévention et de promotion de la santé ainsi que les soins cliniques de base.

1.5. Les soins materno-infantiles dans le Département des Nippes.

Au niveau du département des Nippes il existe très peu de structures qui offrent des soins materno-infantiles à la population. La plupart des structures sont privées, offrant les soins à des prix élevés. Les structures sanitaires publiques existantes ont une carence en ressources humaines et un plateau technique insuffisant. Pour les onze communes du département il n'y a que cinq institutions sanitaires qui font la prise en charge des femmes enceintes infectées et des enfants nés de mères infectées par le VIH (MESI-2013).

1.6. Prise en charge des femmes enceintes infectées et des nouveau-nés dans le Département des Nippes (exemple de l'Hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne).

1.6.1. Présentation de l'Hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne

Situé au cœur de la commune de Miragoâne, l'hôpital Sainte Thérèse a été créé en 1980 avec la mission d'un centre de santé à lits. Depuis 2003, il a subi de multiples rénovations pour devenir aujourd'hui l'hôpital de référence pour tout le département et la seule institution de la commune de Miragoâne qui fait la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH et des nouveau-nés. Les autres institutions sanitaires offrent seulement le test de dépistage du VIH aux femmes enceintes et lorsque ces dernières sont dépistées positives pour le VIH, elles sont référées à l'hôpital Sainte Thérèse pour être prises en charge.

L'hôpital Sainte Thérèse fonctionne 7/7 jours / 24/24 heures avec un effectif de 117 employés dont 13 médecins, 12 infirmières et 18 auxiliaires infirmières. Il a une capacité de 40 lits et offre les quatre services de base : médecine interne, chirurgie, pédiatrie et les services gynécologiques/ obstétriques. Il comprend aussi les services auxiliaires de diagnostic et de traitement : radiologie, laboratoire et pharmacie. L'hôpital offre un paquet minimum de service à la population incluant : la consultation générale, la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, le planning familial, l'éducation sanitaire participative, la prise en charge de l'enfant, les programmes IST/VIH/SIDA et Tuberculose, la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales.

La prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH ainsi que leurs nouveau-nés se fait par une équipe composée de médecins, d'infirmières, de sages femmes, de pharmaciens, de techniciens de labo, d'un psychologue et d'un travailleur social.

1.6.2 Circuit de la femme enceinte

Toute femme enceinte qui vient en consultation à l'hôpital Sainte Thérèse pour la première fois qu'elle soit référée par une autre institution ou non, doit passer d'abord à la réception pour faire sa carte et son dossier de consultation. La consultation s'obtient avec un paiement de 25 Gdes et les services d'accouchement à 500 Gdes (12 USD environ).

1.6.3 Le dépistage de la femme enceinte

Une fois que le dossier est fait, un facilitateur accompagne la femme enceinte à la clinique prénatale et c'est là qu'elle va bénéficier du counseling et des tests de dépistage du VIH et de la syphilis. Tout se fait en même temps et dans un même lieu. Le dépistage est gratuit et se fait à l'aide de tests rapides dans une salle où seule l'infirmière counselor et la femme enceinte ont accès durant le processus et les résultats sont donnés le même jour.

Si le résultat est négatif, le counseling est renforcé sur les moyens de prévention et la femme enceinte bénéficiera d'un deuxième test en fin de grossesse.

Si le test rapide du VIH est positif, un deuxième test, Colloïdal Gold est réalisé pour confirmer la séropositivité. Si le deuxième test est positif, dans ce cas on dit que la femme enceinte est infectée par le VIH.

1.6.4 La prise en charge du VIH chez la femme enceinte.

Une fois que le diagnostic est confirmé, la femme enceinte est vue par le psychologue pour commencer la préparation au traitement antirétroviral. Cette première séance, a pour but d'informer la patiente sur l'infection à VIH, d'identifier tout ce qui peut constituer un obstacle à l'adhérence au traitement et d'aider la femme enceinte à faire un choix pour sa propre santé et celui de son enfant. Après l'entretien avec le psychologue, la femme enceinte part en consultation prénatale, ensuite elle est référée à la clinique ARV pour être enrôlée.

A l'enrôlement, un bilan biologique (CD4, PPD, Glycémie, Groupe sanguin, Sickling test pour le dépistage de la drépanocytose, Hémoglobine, bilan rénal, bilan hépatique) est effectué pour toute femme enceinte dépistée positif pour le VIH et un rendez-vous dans trois jours est donné à la femme enceinte pour la lecture du test à la tuberculine (PPD).

Dès le prochain rendez-vous, la femme enceinte infectée par le VIH reçoit le traitement antirétroviral dépendamment de l'âge de la grossesse. Le régime thérapeutique adopté pour toute femme enceinte infectée par le VIH à l'hôpital sainte Thérèse de Miragoâne est le TDF+3TC+EFV sauf certaines femmes référées des autres sites du département qui ont été déjà placées sous ARV et ont un régime thérapeutique différent comme Combivir + NVP. Une fois placé sous ARV, un rendez-vous mensuel est donné à la femme enceinte jusqu'à l'accouchement.

1.6.5 Prise en charge du nouveau-né de mère infectée par le VIH.

Après l'accouchement, le nouveau-né reçoit la prophylaxie aux antirétroviraux (AZT + NVP) pendant six semaines et il est nourri au sein jusqu'à l'âge de six mois. A un mois et demi de vie, on réalise un premier test de PCR-ADN/VIH pour la détection précoce du VIH puis un deuxième PCR à l'âge de neuf mois (9 mois) ensuite on fait un test rapide à 18 mois.

Si les tests sont négatifs l'enfant est sorti du programme et on lui donne des rendez-vous juste pour compléter ses vaccins.

Si les tests sont positifs, l'enfant recevra alors une thérapie antirétrovirale à vie avec un suivi mensuel afin d'évaluer son état clinique et immunologique.

1.6.6 L'accompagnement psychosocial

L'accompagnement psychosocial de tout patient dépisté positif à l'hôpital Sainte Thérèse est assuré par l'équipe psychosociale qui est composée d'un psychologue et d'un travailleur social. Ces derniers travaillent en collaboration afin d'aider les patients ainsi que leur famille à faire face aux problèmes générés par l'infection à VIH/SIDA. Ils organisent des activités conjointes comme le focus groupe et les clubs de mères séropositives.

Avant de débiter le traitement antirétroviral, la femme enceinte bénéficie d'une évaluation psychologique, celle-ci a pour but d'informer la patiente sur l'infection à VIH, d'identifier tout ce qui peut constituer un obstacle à l'adhérence au traitement et d'aider la femme à faire un choix pour sa propre santé et celui de son enfant. Ensuite avec l'accord de la femme enceinte, le travailleur social effectue une visite domiciliaire pour évaluer la situation socioéconomique et identifier le domicile de la femme en cas de besoin.

Au prochain rendez-vous, l'équipe psychosociale commence la préparation au dévoilement et encourage la femme à amener son partenaire et les autres membres de la famille pour se faire dépister.

Dès que la femme commence à recevoir le traitement antirétroviral, à chaque rendez-vous le counseling est renforcé sur l'importance de l'accouchement en milieu hospitalier et sur l'adhérence au traitement. Des frais sont prévus pour payer le transport de tout patient placé sous traitement antirétroviral pour faciliter le respect des rendez-vous.

1.7 La Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH au Canada. (Exemple du CHU Sainte Justine de Montréal).

1.7.1 Présentation de la CMIS du CHU Sainte Justine

Situé à Montréal, le centre hospitalier universitaire Sainte-Justine est l'un des plus importants hôpitaux pédiatriques d'Amérique du nord et le centre hospitalier universitaire mère-enfant du réseau québécois de la santé. Sa vocation spécifique est de concourir à l'amélioration de la santé des enfants, des adolescents et des mères du Québec. En plus de dispenser des soins et services, le CHU Sainte Justine est un centre reconnu pour son enseignement aux professionnels de la santé et pour ses activités de recherche.

Pour répondre à sa vocation, le CHU Sainte Justine est doté d'une équipe pluridisciplinaire constituée d'environ 5700 membres dont 1500 Infirmières, 523 Médecins et Pharmaciens, 1064 professionnels de la santé et 205 chercheurs, il dispose de 1000 lits.

En ce qui concerne l'infection à VIH, la prise en charge se fait au niveau de la clinique materno-infantile sur le SIDA du CHU Sainte Justine pour les femmes enceintes infectées, les enfants nés de ces femmes ainsi que pour la famille. Cette dernière bénéficie des services d'ordre biomédical et d'un soutien psychosocial. Pour empêcher la transmission verticale du VIH, une équipe multidisciplinaire (Médecins, Infirmières, Sages femmes, Techniciens de labo, Pharmaciens, Psychologue, Travailleur social, Physiothérapeute, Ergothérapeute, Nutritionniste et Chercheurs) se mobilise auprès des patients en leur offrant des soins et soutien de qualité.

1.7.2 Stratégies de prise en charge du CMIS du CHU Sainte Justine de Montréal

Au sein du CMIS les soins sont organisés de manière à répondre aux besoins de la femme, de l'enfant et à apporter un soutien psychosocial à la famille infectée.

La prise en charge de la femme enceinte et du bébé comporte un suivi clinique et immunologique, une prise en charge nutritionnelle et psychosociale. Le CHU Sainte Justine étant aussi un centre d'enseignement et de recherche, la mère infectée par le VIH ainsi que son bébé ont accès aux différents essais cliniques et à une approche thérapeutique par les antirétroviraux.

1.7.3 Conseil et dépistage

Le test de dépistage du VIH fait partie du bilan prénatal au CHU Sainte Justine. Il est offert à toutes les femmes enceintes qui viennent en consultation ou qui ont été référées par une autre structure sanitaire, cependant le test reste volontaire, c'est pourquoi lors du counseling le médecin doit avoir le consentement de la femme enceinte.

En cas de refus une note est inscrite au dossier de la femme, mais dans le cas contraire le test de dépistage est réalisé selon les principes de confidentialité. Si le test de dépistage du VIH est positif, la femme est référée au CMIS pour être prise en charge par une équipe multidisciplinaire.

1.7.4 Prise en charge médicale de la femme enceinte et du nouveau-né

Soins de la femme enceinte :

Au cours du deuxième trimestre de la grossesse la femme reçoit une multi thérapie antirétrovirale afin de minimiser les risques de transmission du VIH. Un suivi mensuel de la femme enceinte, de son état immunologique et nutritionnel est assuré pour une meilleure issue de la grossesse.

Si la charge virale est indétectable, s'il n'y a aucune contre indication, la femme peut accoucher par voie basse. Pendant le travail la femme reçoit une dose de zidovudine en intraveineuse et une dose de maintien jusqu'à l'accouchement.

Si la charge virale est élevée, une section césarienne est programmée pour empêcher le passage du bébé par la filière vaginale qui augmenterait le risque de transmission du virus. La section césarienne est réalisée à 38 semaines avant le début du travail et la rupture de la poche des eaux.

Le personnel de la salle d'accouchement va rester en contact avec la femme durant cette période. Quelques jours avant l'intervention, la femme reçoit un appel téléphonique pour lui rappeler son rendez-vous et qu'elle puisse se préparer et être à l'hôpital à la date indiquée pour la césarienne.

Deux heures avant l'intervention, on administre de la zidovudine en intraveineuse à la femme. Après l'intervention la femme est emmenée dans une chambre privée afin de lui prodiguer des soins en toute confidentialité.

En période post-partum, le counseling est renforcé sur l'importance de la prise régulière des antirétroviraux tant pour la mère que pour le nouveau-né, sur l'alimentation de la femme et du nouveau-né et sur l'importance du suivi post natal.

Avant de laisser l'hôpital la femme reçoit les antirétroviraux, on lui montre comment les administrer au nouveau-né. Un rendez-vous est donné par l'équipe soignant à 15 jours de vie pour le bébé et à six ou huit semaines du post-partum pour la mère.

Soins du nouveau-né :

Une thérapie antirétrovirale est donnée au nouveau-né quelques heures après sa naissance et pendant six semaines en fonction des molécules d'antirétroviraux que recevait la mère durant la grossesse. Cette méthode vise à réduire les risques de résistance chez le nouveau-né.

Le bébé est nourri avec un substitut de lait maternel car l'allaitement maternel représente un risque pour le bébé parce que des études ont montré que le lait maternel peut contenir des virus et que le bébé peut être infecté durant l'allaitement.

Le diagnostic précoce du VIH chez le nouveau-né se fait à l'aide du test PCR-ADN/VIH réalisé à six semaines de vie. Un suivi mensuel du bébé est assuré afin d'évaluer son état immunologique, nutritionnel et son développement psychomoteur. En général les enfants bénéficient d'une évaluation par le physiothérapeute entre quatre et six mois. Le suivi se fait tous les mois jusqu'à ce que l'enfant marche.

1.7.5 Accompagnement psychosocial

L'accompagnement psychosocial occupe une place importante dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Il comprend un soutien purement moral apporté aux personnes infectées ainsi qu'à leur famille et des mesures sociales adaptées aux besoins des PVVIH.

Au CHU Sainte Justine, le psychologue et les travailleurs sociaux interviennent en lien avec l'équipe soignante dans des situations difficiles (dépression liée au diagnostic, crise d'angoisse, tendance suicidaire, culpabilité, anxiété, crise de panique etc.). Ils organisent des séances de thérapie individuelle et des séances de thérapie familiale systémique pour la préparation au dévoilement.

Ils travaillent en collaboration avec les différents organismes communautaires de Montréal qui offrent des soins aux PVVIH (Gap vies, maison plein cœur, ... etc.) pour réaliser les focus groupes, les visites domiciliaires et des activités de sensibilisation sur le VIH/SIDA.

L'équipe intervient aussi auprès des autorités locales, des compagnies pharmaceutiques et certaines organisations pour trouver de l'aide matérielle et financière pour les familles les plus démunies, afin de faciliter l'accès au traitement, aux soins et l'observance.

Chapitre 3 : Résultats

1. CMIS du CHU Sainte Justine de Montréal

En termes de réalisation, le CHU Sainte Justine effectue environ 203 276 consultations externes par année, 64 818 visites à l'urgence et 3520 accouchements.

En ce qui concerne la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA à la CMIS du CHU Sainte Justine, les données ont montré que :

Du début de l'épidémie du VIH à Décembre 2013, la clinique materno-infantile sur le SIDA du CHU Sainte Justine a enrôlé 915 femmes infectées par le VIH, durant cette période 874 accouchements ont été enregistrés, 781 enfants non-infectés nés de mères infectées par le VIH, 181 enfants infectés par le VIH, 39 enfants avec statut indéterminé. Durant cette période le nombre de décès enregistrés est 49 dont le dernier remonte à 1996.

Depuis 1998, grâce aux médicaments antirétroviraux disponibles, il y a possibilité d'une multi thérapie et aussi de grands efforts déployés par le staff dans la recherche pour contrôler le virus et diminuer ainsi le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Aujourd'hui, aucune femme enceinte infectée par le VIH prise en charge du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement à la clinique materno-infantile de Sainte Justine n'a pu transmettre le virus à son enfant.

Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est moins de 1% au Canada. Ils ont eu le contrôle du virus, maintenant ils passent à une nouvelle étape avec pour objectif l'éradication du virus.

Tableau III- Femmes enceintes VIH+ enrôlées / taux de transmission verticale 1988 à 2013 au CHU Sainte Justine de Montréal.

Année	Prise en charge	Femmes enceintes VIH+ enrôlées	Enfants nés de mères VIH+ infectés	Taux de transmission
1988-1989	SANS TRAITEMENT	125	37	29,4%
1990-1993	AZT(durant la grossesse)	14	1	7,7%
1994-1997	AZT(grossesse,accouchement,Nne)	61	2	3,3%
1998-2013	MULTIPLE THERAPIE *	554	1	0,184%

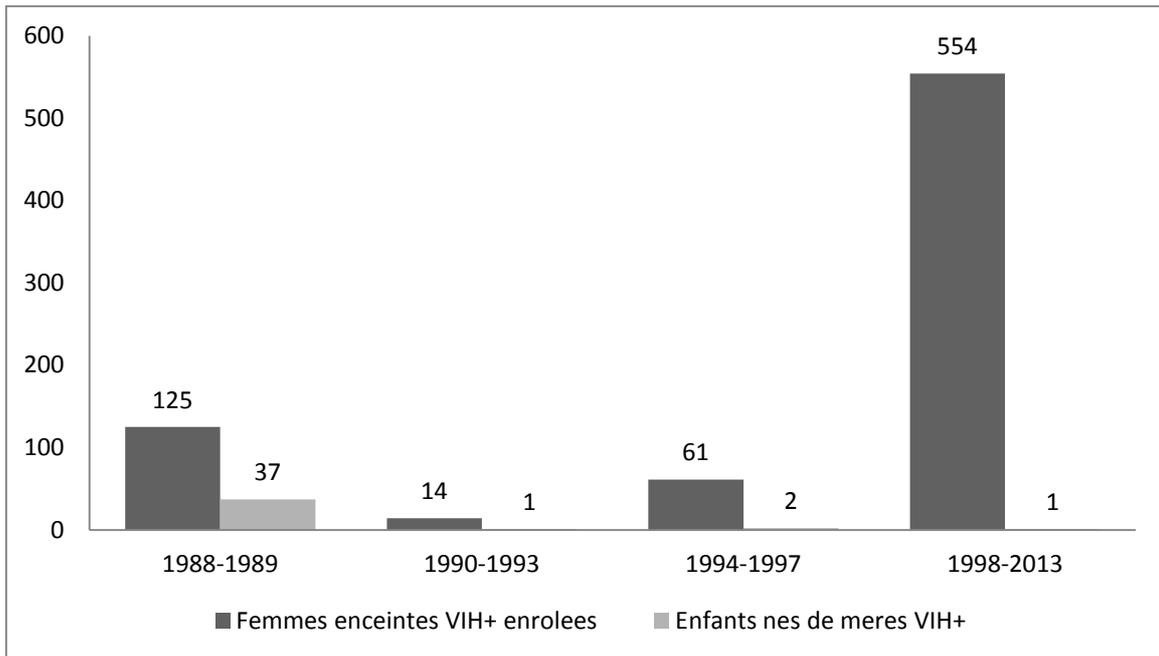
Sources : CHU Sainte Justine de Montréal- Décembre 2013.

***Traitement Optimal** : > 8 semaines avant accouchement

Intraveineuse pendant le travail et l'accouchement

Nouveau-né durant 6 semaines et pas d'allaitement

Figure III. Femmes enceintes VIH+ enrôlées / enfants infectés par transmission verticale.



2. Hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne en Haïti

Suite aux entrevues avec le personnel qui participe à la prise en charge des PVVIH et les différents registres consultés (Maternité, Enrôlement aux ARV, CPN, VCT et PCR) nous avons obtenu les résultats suivants :

L'hôpital sainte Thérèse de Miragoâne réalise en moyenne 15000 consultations externes par année et environ 5000 accouchements par année. En ce qui a trait au dépistage du VIH, 14000 personnes en moyenne sont dépistées pour le VIH par année.

Le programme de prise en charge des patients infectés par le VIH a débuté en 2004 et depuis le début jusqu'en août 2014, 1622 patients ont été enrôlés, parmi eux 920 femmes dont 497 femmes enceintes. Parmi les 497 femmes enceintes qui ont accouchées durant cette période 25 enfants ont été infectés par transmission verticale du VIH et de ces 25 enfants 10 sont nés à domicile.

Parmi les 10 accouchements réalisés à domicile, 4 enfants n'ont pas bénéficié de prophylaxie ARV parce que ces femmes ont emmenés leurs enfants deux mois après l'accouchement.

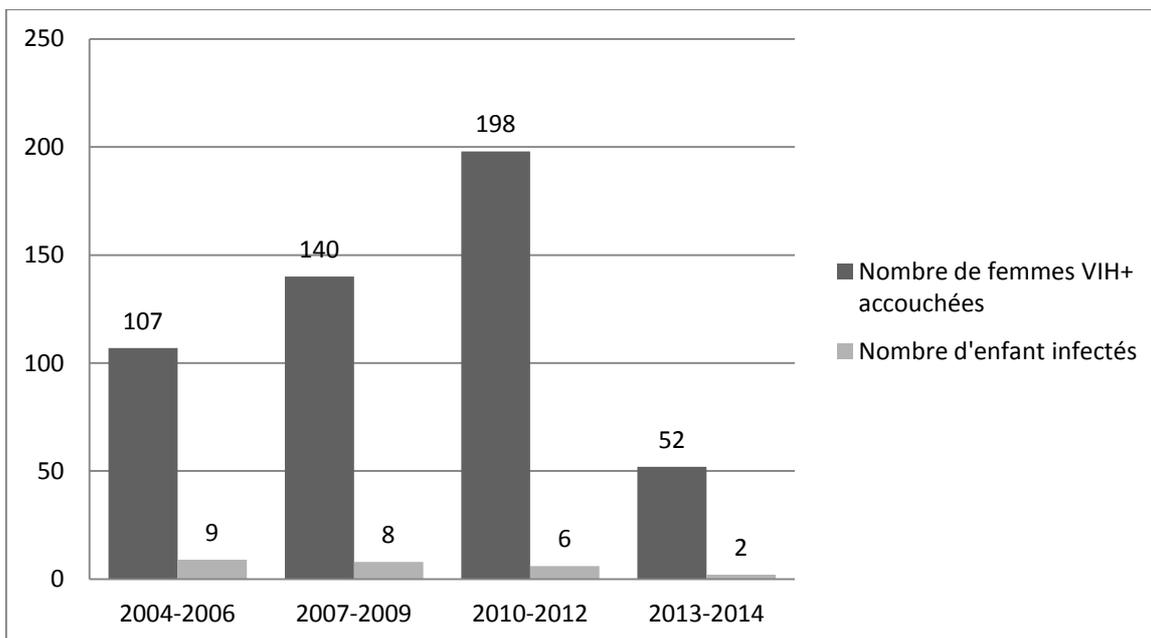
Durant cette même période, 16 femmes sont perdues de vue dont 6 après accouchement et 10 pendant la grossesse.

Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant pour l'hôpital Sainte Thérèse est de 5% alors que le taux pour le pays est de 7 % malgré la possibilité d'une multi-thérapie. Cela ne fait pas une grosse différence.

Tableau IV. Femmes enceintes VIH+ enrôlées / taux de transmission verticale 2004 à 2014 à l'hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne.

Année	Prise en charge	Femmes enceintes VIH+ enrôlées	Enfant nés de mères VIH+ infectés	Taux de transmission du VIH
2004-2006	AZT(durant la grossesse)	107	9	8,4%
2007-2009	Bithérapie (durant la grossesse, accouchement, Nné)	140	8	5,7%
2010-2012	Trithérapie+ Allaitement au sein	198	6	3%
2012-2014	Option B+ et Allaitement au sein	52	2	3,8 %

Figure IV. Nombre de femmes VIH+ accouchées / nombre d'enfants infectés par transmission verticale.



Chapitre 4 : Discussion

Dans cette partie, nous allons analyser et comparer les résultats obtenus à partir de l'observation des soins et des entrevues avec le personnel au niveau du CHU Sainte Justine de Montréal et l'Hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne en Haïti.

Les données ont montré qu'au niveau des deux pays le traitement antirétroviral est disponible avec possibilité d'une multi thérapie tant pour la mère que pour le nouveau-né. Quand on compare les données au niveau des deux institutions, on constate que les taux de transmission verticale sont nettement différents. Au CHU Sainte Justine, on enregistre un taux de transmission de moins de 1% et à l'hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne un taux de 5%. Quand on compare les différentes stratégies de prise en charge on voit qu'au CHU Sainte Justine :

- La PTME est intégrée dans les soins materno-infantiles ce qui est moins stigmatisant.
- La femme enceinte infectée par le VIH reçoit une multi thérapie, plus de 8 semaines avant l'accouchement. Pendant le travail et l'accouchement, on lui administre de l'AZT en intraveineuse.
- Une césarienne est programmée pour toute femme enceinte infectée par le VIH dont la charge virale est élevée afin de diminuer les risques de transmission, sinon la femme peut accoucher par voie basse à moins qu'il y ait une contre indication.
- Tout nouveau-né d'une femme infectée par le VIH reçoit un traitement antirétroviral de six semaines et l'allaitement maternel est contre-indiqué.
- Le lait maternisé dans ce cas est préconisé et la femme bénéficie de l'aide afin qu'elle puisse se procurer du lait maternisé pour le nouveau-né.
- Le test PCR/ARN-VIH est réalisé afin de détecter précocement le VIH chez les enfants nés de mères infectées par le VIH.
- Les enfants nés de mères infectées par le VIH bénéficient d'un suivi annuel même après sero-réversion.
- Le couple mère-enfant bénéficie d'une évaluation nutritionnelle par un nutritionniste et l'enfant est vu par un physiothérapeute à chaque visite pour une évaluation de son développement psychomoteur.

Tandis qu'à l'hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne :

- Les soins ne sont pas tout à fait intégrés, ce qui augmente les risques de stigmatisation.
- La femme enceinte infectée par le VIH bénéficie d'une trithérapie aux antirétroviraux avec option B+.
- Les femmes infectées par le VIH accouchent par voie basse, malgré la non disponibilité de la charge virale, sauf en cas d'indication obstétricale ou on pratique une section césarienne.
- Un traitement antirétroviral de six semaines est administré à tout nouveau-né d'une femme infectée par le VIH.

- Un test PCR/ARN-VIH est réalisé à six semaines de vie pour tout nouveau-né de femme infectée par le VIH afin de détecter précocement le virus.
- Le nouveau-né est allaité au sein jusqu'à l'âge de six mois, même si la charge virale de la mère est inconnue.
- Les enfants dépistés négatifs à 18 mois par le test rapide ne bénéficient d'aucun suivi.
- Il n'y a pas de physiothérapeute, d'ergothérapeute ni de nutritionniste à l'hôpital Sainte Thérèse, cependant des conseils sont donnés à la femme sur son alimentation et celle du nouveau-né.

Quand on considère les stratégies de prise en charge au Canada et en Haïti et leur taux de transmission verticale, nous nous permettons de dire que certains aspects dans la prise en charge du VIH chez la femme enceinte en Haïti doivent être réévalués.

Une étude réalisée aux Etats Unis, LA Women Infant Transmission Study (WITS) en 1993 a montré que le risque de transmission verticale est de 23.4% chez les femmes enceintes infectées par le VIH avec une charge virale supérieure à 30.000 copies/ ml , de 14.7% chez celles dont la charge virale est comprise entre 10.000 et 29.999, de 9.3% chez celles dont la charge virale est comprise entre 3500 et 9999, de 5.3% chez celles dont la charge virale est comprise entre 400 et 3499 tandis que pour les femmes qui ont une charge virale de moins de 400 copies/ml les risques de transmission sont de 1%. La charge virale est donc cruciale pour la décision thérapeutique.

Ainsi, plus la charge virale de la femme enceinte infectée par le VIH est élevée, plus grands sont les risques de transmission. L'étude prouve que la charge virale est un facteur capital de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, donc il est important de connaître la charge virale d'une femme enceinte infectée par le VIH pour une meilleure prise en charge. (Cooper et al. 2002)

Une autre étude faite sur l'allaitement chez les femmes enceintes infectées par le VIH a montré que les mères infectées par le VIH qui allaitent leurs nouveau-nés ont beaucoup plus de risque de transmettre le VIH à leurs nouveau-nés que celles qui n'allaitent pas. Sans traitement antirétroviral pendant la grossesse, le risque de transmission verticale est de 25 à 50 % chez les femmes qui allaitent leurs enfants et 10 à 20 % chez celles qui n'allaitent pas, tandis que chez les femmes qui reçoivent une trithérapie antirétrovirale et qui n'allaitent pas leurs enfants les risques de transmission sont de 1 %. Plus la durée d'allaitement est longue, plus grands sont les risques de transmission verticale. (Cooper et al. 2002).

En Haïti, la majorité des mères infectées par le VIH sont obligées d'allaiter leurs enfants malgré les risques que cela comporte non seulement à cause de leurs faibles moyens économiques mais aussi pour éviter la stigmatisation.

Le lait maternisé, bien qu'il présente des inconvénients en termes de coût, demeure la meilleure option puisqu'il contribue grandement à réduire les risques de transmission verticale. Certains pays développés comme le Canada préconisent le lait maternisé chez toute mère infectée par le VIH parce

que l'allaitement au sein est trop risqué et la prise en charge d'un enfant infecté par le VIH serait beaucoup plus coûteuse.

Il est vrai qu'Haïti est un pays à ressources limitées, si aujourd'hui le traitement antirétroviral est disponible au niveau des dix départements du pays avec possibilité d'une trithérapie, il est possible aussi de préconiser et de subventionner le lait maternisé pour tout nouveau-né de mère infectée par le VIH et de réaliser au moins une charge virale pour toute femme enceinte infectée par le VIH. Pour cela, il relève de la responsabilité de l'Etat haïtien de mettre en place des politiques de financement et des mécanismes pour garantir un niveau de santé optimal à la population.

Rappelons que l'objectif de cette étude porte sur l'analyse des principaux facteurs limitant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti, l'identification des principales stratégies de la CMIS du CHU Sainte Justine pour arriver à un taux de moins de 1% et la proposition d'un projet tiré du modèle canadien.

Les résultats obtenus nous permettent de vérifier les hypothèses émises au départ à propos des facteurs qui font obstacles à la PTME en Haïti :

1. Facteurs socio-culturels

Des facteurs d'ordre socio-culturel auxquels font face les femmes haïtiennes influencent négativement la PTME. Ils entraînent un retard à la consultation prénatale, au dépistage du VIH, limitent l'accès aux soins et contribuent à augmenter le taux d'accouchement en dehors du cadre médical.

a) Facteurs sociaux

La pauvreté est le facteur structurel le plus important qui empêche l'accès aux services socio-sanitaires en Haïti. Selon le rapport du PNUD publié en 2013, 56% des haïtiens vivent avec moins d'un dollar américain par jour. L'accessibilité des services de santé est largement déterminée par la capacité de payer du bénéficiaire et par le temps de trajet pour atteindre les établissements de santé. Dans beaucoup de cas, les soins ne sont pas gratuits, ce qui en éloigne encore plus les populations les plus vulnérables.

En ce qui a trait au VIH/SIDA, il affecte les individus et leurs familles non seulement sur le plan physique et psychologique mais aussi sur le plan économique. Les conséquences sont particulièrement graves du fait de la chronicité de la maladie. Il diminue la productivité, les ressources familiales à cause des dépenses en soins médicaux, le taux de scolarisation des enfants ainsi que l'accès aux soins de santé suite à la baisse des revenus.

Pour les femmes enceintes infectées, la complexité des problèmes engendrés par l'infection à VIH/SIDA nécessite une prise en charge basée sur une approche holistique pour empêcher la transmission du virus de la mère à l'enfant et garantir la santé de la mère. Le statut socio-économique précaire des femmes surtout en milieu rural limite la demande et entraîne une interruption dans le suivi, malgré les subventions faites pour les soins materno-infantiles et les grandes endémies, en raison des frais d'utilisation et des coûts de transport.

Le manque d'information et de communication pour le développement, la faible promotion des services au niveau communautaire constituent un blocage à l'adoption au sein de la communauté de pratiques essentielles de santé. Certaines femmes enceintes, par manque d'information ne viennent pas en consultation prénatale ou arrivent très tard, parfois avec des complications graves.

La prise en charge d'une femme enceinte de la grossesse jusqu'à l'accouchement nécessite des soins de qualité par un personnel qualifié pour une meilleure issue de la grossesse. Dans le cadre de l'infection à VIH chez la femme enceinte la prise en charge est plus complexe et fait appel à des compétences diverses pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant et garantir la santé de la mère.

En Haïti, les complications liées à la grossesse représentent chez les femmes de 15 à 49 ans la deuxième cause de décès après le VIH/SIDA. Le pourcentage de femmes enceintes qui accouchent à domicile sans la présence d'un personnel qualifié est de 80%. (EMMUS V).

Dans la majorité des cas, l'accouchement à domicile se fait dans de très mauvaises conditions, ceci a un impact direct sur la mortalité maternelle et accroît les risques de transmission verticale chez la femme enceinte infectée par le VIH.

La stigmatisation et la discrimination demeurent un obstacle à l'utilisation des services, à l'adhérence aux soins et traitement des femmes enceintes infectées par le VIH. Par peur d'être stigmatisé, certaines femmes refusent non seulement de se faire dépister, de dévoiler leur statut à leurs partenaires mais aussi d'accepter le traitement antirétroviral et d'adopter de meilleures pratiques pour éliminer les risques de transmission verticale.

b) Facteurs culturels

Pour une couche importante de la population, la survenue de certaines maladies est attribuée à des étiologies d'ordre surnaturel, orchestrées par un ennemi connu ou inconnu. En Haïti, le VIH/SIDA est perçu comme une maladie honteuse, une malédiction. (EMMUS V) Par peur d'être rejeté soit par la communauté ou par les membres de la famille, certaines femmes refusent de se faire dépister ou après avoir été dépistées positif pour le VIH ne reviennent plus à l'hôpital pour être prises en charge.

Les restrictions concernant la présence des membres de la famille pendant la naissance du bébé. La femme préfère accoucher à la maison entourée de ses proches que dans un hôpital avec des personnes auxquelles elle n'est pas habituée.

2. Facteurs liés au système de santé

a) Faiblesse du système de santé

Depuis l'adhésion d'Haïti aux résolutions de la conférence d'Alma-Ata (URSS 1978) et à l'objectif mondial « Santé pour tous », l'accès équitable aux services de soins reste l'un des défis majeurs en matière de santé en Haïti. (MSPP 2012). En 2013, des efforts conjugués ont été déployés pour renforcer le système de santé et harmoniser les actions des différents intervenants, publics, privés tant nationaux

qu'internationaux. A la suite des Etats Généraux organisés en 2012, le système dispose en ce jour d'une Politique Nationale de Santé et d'un Plan Directeur de 2012-2020. En dépit de ces multiples efforts déployés par le ministère de la santé publique pour garantir la santé de la population, le système de santé reste défaillant. (MSP 2013). Cette défaillance s'explique par un manque d'infrastructures sanitaires, accès aux soins primaires non universel, l'insuffisance des ressources humaines surtout dans les zones les plus reculées, l'insuffisance du budget alloué à la santé et un manque de coordination des interventions des différents partenaires qui sont sur le terrain. Avant le tremblement de terre du 12 Janvier 2010, 47 % de la population n'avait pas accès aux soins de santé. (EMMUS V). Après le séisme, plusieurs centres hospitaliers ont été endommagés rendant la population beaucoup plus vulnérable. Les services de santé communautaire sont faibles, l'accès à des soins de santé de qualité est très limité. Cet accès réduit aux services de santé est compensé en partie par l'utilisation de la médecine traditionnelle et à l'automédication comme premiers recours face à la maladie.

b) Facteurs médicaux

La non disponibilité de la charge virale pour les femmes enceintes infectées par le VIH limite les bonnes décisions thérapeutiques à différents niveaux. Des études ont prouvé que la charge virale est un facteur capital de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, donc il est important de connaître la charge virale d'une femme enceinte infectée par le VIH pour une meilleure prise en charge. (Cooper et al. 2002)

La non intégration de la PTME dans les soins materno-infantiles augmente les risques de stigmatisation, ce qui limite la demande et l'utilisation des services par les femmes enceintes infectées par le VIH.

Le délai d'attente trop long et aussi l'attitude inappropriée de certains prestataires lors de la consultation prénatale n'encourage pas certaines femmes à revenir à l'hôpital pour leur accouchement.

Ces facteurs sont liés et représentent un très grand obstacle à la réduction du taux de décès maternelle et de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Haïti, cependant ils peuvent être surmontés. Il relève de la responsabilité de l'Etat haïtien de garantir la santé de la population comme il est mentionné dans la constitution de 1987.

3. Les limites

Notre étude a connu des limites relatives à la collecte de données au niveau de la zone d'études:

Après notre stage au Canada, nous nous sommes rendus en Haïti pour recueillir les données et rencontrer les prestataires au niveau des structures qui interviennent dans la prise en charge des patients infectés par le VIH dans la commune de Miragoâne. Comme on était en période de vacances, certains étaient déjà partis en congé, donc nous n'avons pas pu rencontrer tous les prestataires comme prévu.

Nous avons prévu de mener une enquête auprès des cinq institutions du département des Nippes d'Haïti qui offrent le traitement antirétroviral aux femmes enceintes infectées par le VIH. Par faute de moyens, nous avons choisi uniquement l'hôpital Sainte Thérèse qui est l'hôpital de référence pour tout le Département.

4. Les difficultés rencontrées

En Haïti, le VIH/SIDA, est vu comme une maladie honteuse et par peur d'être stigmatisées les personnes infectées préfèrent cacher leur statut. Il était très difficile pour nous d'aborder des questions d'ordre personnel sur le VIH/SIDA lors des entretiens avec un groupe de femmes infectées par le VIH à l'hôpital saint Thérèse de Miragoâne, ce qui pourrait influencer négativement les réponses données aux différentes questions posées.

Conclusion

La prévention de la transmission mère enfant du VIH reste un défi, malgré les politiques adoptées et les interventions du Ministère de la Santé Publique pour améliorer la PTME en Haïti. Les hypothèses émises au début sur les facteurs faisant obstacle à la PTME comme la faiblesse du système de santé, les facteurs socio-économiques et culturels auxquels font face les femmes haïtiennes, le faible taux d'accouchement en milieu hospitalier ainsi que certains aspects de la prise en charge ont toutes été vérifiées.

Ainsi, l'hypothèse émise concernant la faiblesse du système de santé haïtien a montrée que ce facteur a eu comme conséquences le recours de la population à des soins alternatifs comme la médecine traditionnelle et à l'automédication qui ont des répercussions non seulement sur l'état de santé de l'individu mais aussi sur l'économie du pays.

La deuxième hypothèse émise sur les facteurs socio-économiques et culturels auxquels font face les femmes haïtiennes a montré que le statut socio-économique précaire des femmes surtout en milieu rural limite la demande de soins et entraîne une interruption dans le suivi, malgré les subventions faites pour les soins materno-infantiles et les grandes endémies en raison des frais d'utilisation et des coûts de transport.

Ce facteur fait que certaines femmes enceintes sont dépistées très tard pour le VIH, soit en fin de grossesse ou au moment de l'accouchement, ce qui réduit l'efficacité des soins visant à réduire la transmission verticale.

Pour la troisième hypothèse concernant le faible taux d'accouchement en milieu hospitalier, les données ont montré (EMMUS V-2012) que ce facteur est lié aux facteurs socio-économiques et culturels et représente un obstacle majeur pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Haïti. Vu la faiblesse des services de santé communautaire, la majorité des femmes qui accouchent à domicile, le fait dans de très mauvaises conditions ce qui augmente les risques de mortalité maternelle et de transmission verticale du VIH.

Nous avons aussi émis l'hypothèse que certains facteurs de la PTME en Haïti doivent être réévalués, vu le taux de transmission verticale par rapport aux stratégies de prise en charge appliquées. Des études ont montré que les mères qui ont une charge virale élevée, qui accouchent par voie basse et qui allaitent au sein leurs nouveau-nés doublent les risques de transmission verticale. En Haïti, les mères infectées par le VIH accouchent par voie basse même si la charge virale de la mère est inconnue et les nouveau-nés sont allaités au sein jusqu'à l'âge de six mois, ce qui double les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant et qui contribue à maintenir le taux à 7 % en Haïti.

Pour conclure, nous pouvons dire qu'en dépit de ces facteurs qui représentent un obstacle à la PTME en Haïti, une amélioration est possible mais cela peut passer par le renforcement des services de santé communautaire, la prévention, la promotion de la santé et l'application de nouvelles stratégies dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Pour cela, il est primordial pour l'Etat haïtien qui est l'organe responsable de l'état de santé de la population d'adopter de nouvelles politiques et de mettre en œuvre de nouvelles stratégies afin de garantir un niveau de santé optimal à la population.

Recommandations

1. **Mise en place des mécanismes pour lutter contre l'interruption du suivi des femmes enceintes infectées par le VIH.**
 - Décentralisation du système de santé afin d'augmenter l'offre de soins.
 - Renforcement des structures sanitaires déjà existantes.
 - Renforcement des services de santé communautaire.
 - Intégration des cliniques CPN aux cliniques de PTME pour combattre la stigmatisation.
 - Formation du personnel de santé sur la communication et l'accueil.
 - Engagement de tous les secteurs dans la lutte contre les nouveaux cas de VIH.
2. **Adoption de nouvelles stratégies et des politiques de prévention et de promotion de la santé.**
 - Mettre en vigueur des lois contre la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH. Il faut donc intégrer les leaders religieux dans la lutte contre le VIH.
 - Trouver des financements pour la réalisation de la charge virale pour au moins les femmes enceintes infectées par le VIH.
 - Subvention de lait maternisé pour les enfants nés de mères infectées par le VIH pour réduire les risques de transmission car le traitement d'un enfant infecté serait beaucoup plus coûteux.
 - Distribution de kits d'hygiène pour les familles.
 - Distribution de produits pour le traitement de l'eau afin de diminuer les risques de maladies diarrhéiques chez les enfants.
 - Organisation des campagnes de sensibilisation au niveau des dix départements du pays sur l'importance du dépistage du VIH et de la prise en charge de la femme enceinte infectée.
 - Sensibilisation de la population sur l'importance de l'accouchement en milieu hospitalier.
 - Rendre accessible en permanence des méthodes de contraception dans les formations sanitaires pour les femmes afin de réduire les grossesses non désirées et précoces.
 - Garantir à la population l'accès à des médicaments essentiels.

Chapitre 5 : Proposition d'un projet de renforcement de la PTME dans le département de Nippes.

A. Présentation du projet

Ce projet de PTME fait suite à l'étude que nous avons effectuée au niveau du département des Nippes sur la prise en charge des femmes infectées par le VIH et des nouveau-nés de mères infectées pour réduire la transmission verticale. Il est tiré du modèle canadien et adapté au contexte d'Haïti afin d'optimiser la PTME en Haïti. Ce projet pilote veut introduire de nouvelles stratégies dans la prise en charge du VIH pour le couple mère-enfant.

Le projet sera implanté dans la commune de Miragoâne, chef lieu du département des Nippes pour une période de cinq ans allant de 2016 à 2021. Le projet couvrira une population estimée à 30.882 habitants (IHSI-2013).

L'objectif principal du projet c'est de contribuer à réduire de 60 %, le taux de transmission verticale chez les femmes enceintes infectées par le VIH dans le département des Nippes, au niveau de la commune de Miragoâne de 2016 à 2021. Les différents groupes ciblés par ce projet sont :

- Les femmes en âge de procréer
- Les femmes enceintes infectées par le VIH ainsi que leurs nouveau-nés.

B. Axes d'intervention du projet

Le projet est centré sur les trois axes d'intervention suivants et les différentes actions à entreprendre pour pouvoir atteindre notre objectif général. Ces axes d'intervention sont décrits dans le cadre logique et le plan d'action opérationnelle.

I. Sensibiliser 95 % des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer du département des Nippes à adopter un comportement sexuel responsable :

- Recrutement et formation des agents communautaires sur le VIH/SIDA.
- Organisation de séances de sensibilisation communautaire sur l'importance du dépistage et la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH.
- Réalisation de spots et d'émissions à la radio sur le dépistage du VIH et l'importance de la prise en charge de la femme enceinte infectée par le VIH.
- Organisation d'une caravane de sensibilisation lors de la journée mondiale du SIDA.
- Création d'un espace où les femmes peuvent se renseigner sur les Maladies Transmises Sexuellement et par le Sang (MTSS) et sur les méthodes de contraception.
- Création de groupe de mères paires éducatrices au niveau de la commune de Miragoâne.
- Organisation de séances de formation pour les mères paires éducatrices afin qu'elles puissent former d'autres femmes au niveau de la communauté.

- Mobilisation des associations et des leaders communautaires afin qu'ils collaborent avec l'équipe de projet dans la réalisation de ses activités.
- II. Dépister 100 % des femmes enceintes et 80 % de femme en âge de procréer pour le VIH au niveau de la commune de Miragoâne.**
- Formation du personnel de santé sur le counseling, le dépistage du VIH et la prise en charge de la femme enceinte infectée et du nouveau-né.
 - Création d'un espace où les femmes peuvent se faire dépister et adopter une méthode de contraception en toute confidentialité et gratuit.
 - Disponibilité et gratuité du test de dépistage et des méthodes de contraception au niveau du centre 24h/24h.
 - Organisation de campagnes de dépistage au niveau de la commune de Miragoâne pour le public cible.
- III. Assurer une prise en charge optimale basée sur une approche holistique pour les femmes enceintes infectées par le VIH et leurs nouveau-nés :**
- Création d'un centre de prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH ainsi que les enfants nés de mères infectées par le VIH.
 - Disponibilité d'un traitement antirétroviral optimal pour les femmes enceintes infectées par le VIH ainsi que les nouveau-nés en adoptant l'option B+ pour empêcher la transmission verticale du virus et garantir la santé de la mère.
 - Suivi régulier de la femme enceinte pendant la grossesse et en post -partum pour une meilleure issue de la grossesse.
 - Réalisation d'au moins un test PCR/ARN-VIH pour les nouveau-nés de mères infectées par le VIH pour le dépistage précoce du VIH et d'un test rapide à 18 mois.
 - Suivi de l'enfant après le test rapide de 18 mois sera assuré même après sero-réversion.
 - Réalisation d'une charge virale pour les femmes enceintes infectées par le VIH.
 - Césarienne élective pour toute femme enceinte infectée dont la charge virale est élevée.
 - Subvention de lait maternisé pour les nouveau-nés de mères infectées par le VIH afin d'éliminer les risques liés à l'allaitement.

Tableau I. Matrice FFOM du projet

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> -Dynamisme et multidisciplinarité de l'équipe projet. -Bonne connaissance du terrain. -Le projet fait parti intégrante des stratégies de lutte du Ministère de la santé contre les nouveaux cas de VIH en Haïti. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dépendance du projet du financement extérieur. -Faible niveau d'éducation de la population
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> -Appui du Ministère de la Santé et de la Population au projet. -Intérêt et participation de la communauté Miragoânaise à un tel projet. -Collaboration des leaders et des associations locales avec l'équipe projet. -Zone d'accès facile. 	<ul style="list-style-type: none"> -L'instabilité politique qui règne dans le pays. -Zone à risque de catastrophes naturelles -Concurrence d'autres associations de la commune de Miragoâne pour obtenir du financement.

C. Les principales ressources pour la mise en œuvre du projet

1) Ressources humaines

La gestion du projet sera assurée par un personnel à recruter, comme : un chef de projet, un assistant chef de projet , un assistant de direction, une personne en suivi /évaluation, médecins, infirmières, technicien de labo, auxiliaires, Pharmacien, psychologue, travailleur social, un gestionnaire des finances, un logisticien ,un statisticien/informaticien, un chauffeur, gardien, personnel de soutien et des agents de terrain.

Tableau II. Ressources humaines nécessaires

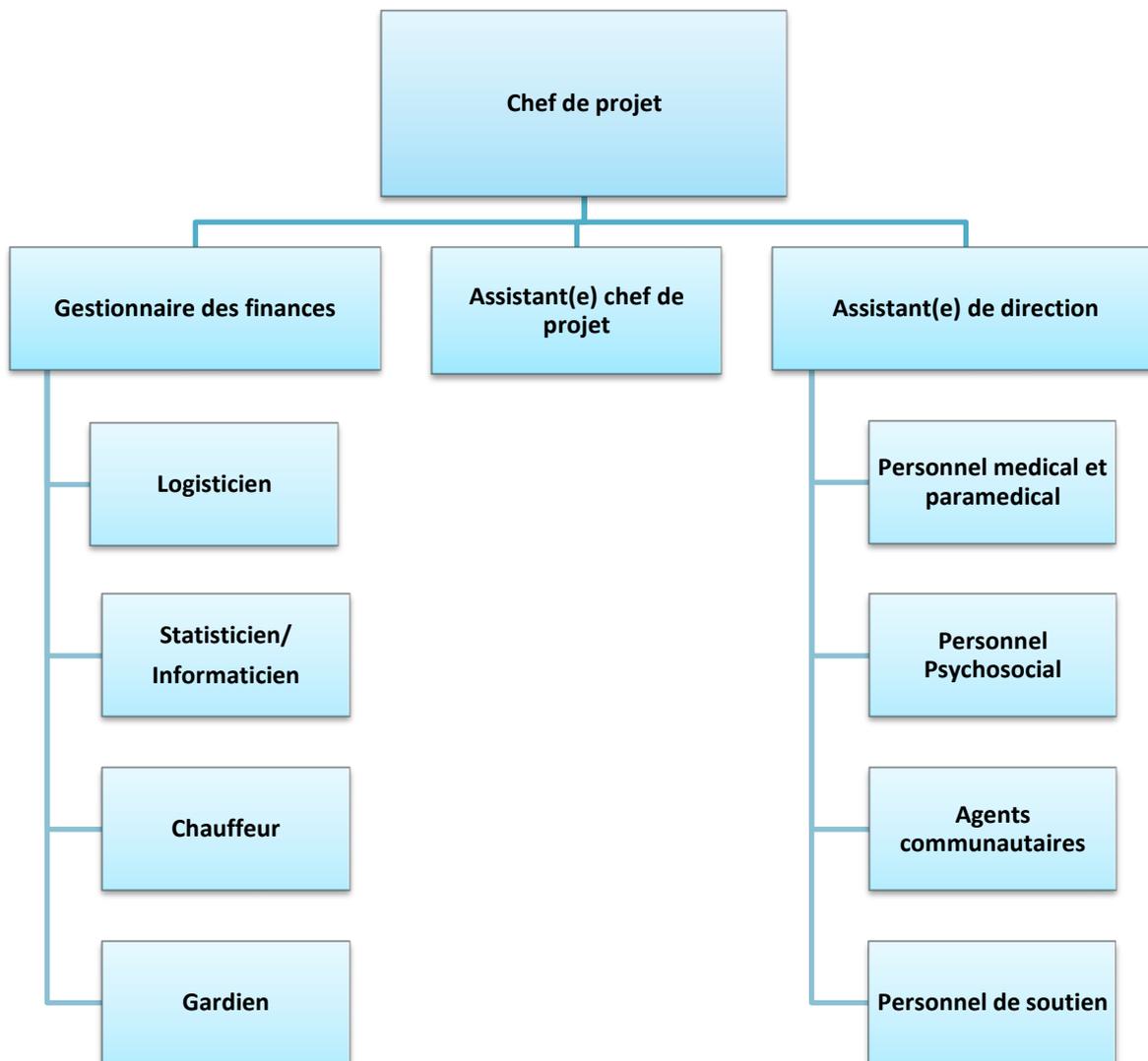
Poste	compétences	Qualité	Principales tâches
Chef de projet	<ul style="list-style-type: none"> -Médecin -Expérience d'au moins 2 ans dans la planification et la gestion de projet -Conduite de projet -Eléments de base en gestion des ressources humaines -Utilisation d'outils bureautiques -Technique d'animation d'équipe. -Normes rédactionnelles -Français /anglais parlé et écrit exigés 	<ul style="list-style-type: none"> -Leadership/sens de la négociation -Bonne connaissance du milieu et des langues locales -Capacité à gérer les conflits -Rigueur -Capacité de travailler en équipe -Sens de l'organisation -Capacité de communication -Autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> -Coordination du projet -Relation avec les bailleurs de fond -Management d'équipe
Assistant(e) chef de projet	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômé en épidémiologie+2 ans d'expérience -Bonne connaissance des logiciels de traitement des données -Maitrise de l'outil informatique (pack office, internet) 	<ul style="list-style-type: none"> -Rigueur -Capacité de travailler en équipe -Autonomie Sens de l'organisation -Capacité de communication 	Elaboration et supervision des activités, des enquêtes
Assistante de direction	<ul style="list-style-type: none"> -Formation supérieure en secrétariat et expérience de 2 ans -Maitrise de l'outil informatique (pack office, internet) - Normes rédactionnelles Méthode de classement et d'archivage Technique de communication 	<ul style="list-style-type: none"> -Rigueur, capacité de travailler en équipe -Autonomie, sens de l'organisation -Capacité d'écoute, d'orientation et de communication -Sens de responsabilité 	Secrétariat
Comptable	<ul style="list-style-type: none"> -Bac+3 minimum en finances/comptabilité/gestion -2 ans d'expérience en gestion financière et ressource humaine -Bonne connaissance des 	<ul style="list-style-type: none"> -Rigueur, capacité de travailler en équipe -Autonomie, sens de l'organisation 	<ul style="list-style-type: none"> -Suivi du budget -Achats du matériel -Elaborations des états financiers -Conseil sur les questions

	logiciels de gestion comptable -Maitrise de l'outil informatique (pack office, internet)		financières -Coordination des dépenses
Logisticien	Bac+2 formation en logistique Maitrise de l'outil informatique (pack office, internet) Maitrise de l'outil de gestion de stock, logistique	Rigueur, capacité de travailler en équipe Autonomie, sens de l'organisation	Gestion des locaux, des équipements techniques /approvisionnement, stockage/entreposage, transport, Organisation des déplacements, des livraisons
Statisticien/Informaticien	-Diplôme en statistique Utilisation de logiciels de recueil et de gestion des données -Utilisation d'outils bureautiques	-Autonomie -Capacité de travailler en équipe	Analyses statistiques de l'enquête CAP
Pédiatre	-Licence et diplôme/ 5 ans d'expériences -Expériences d'au moins 2 ans dans la prise en charge du VIH chez les enfants - Utilisation d'outils bureautiques -Bonne connaissance du milieu - Utilisation d'outils bureautiques	-Rigueur, capacité de travailler en équipe -Autonomie, sens de l'organisation -Sens de responsabilité	-Fournir des soins de qualité aux enfants -Assurer le suivi des enfants
Médecin généraliste	-Licence et diplôme/ 5 ans d'expérience -Expériences dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH - Utilisation d'outils bureautiques	Rigueur, capacité de travailler en équipe -Autonomie, sens de l'organisation -Sens de responsabilité	-Fournir des soins de qualité aux patients -Participation aux activités de promotion de la santé
Gynécologue / Obstétricien	-Licence et diplôme/ 5 ans d'expériences -Connaissance sur la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH - Utilisation d'outils bureautiques	Rigueur, capacité de travailler en équipe -Autonomie, sens de l'organisation -Sens de responsabilité	-Suivi des femmes enceintes infectées -Accouchement et suivi dans le postpartum
Pharmacien	-Licence et diplôme/ 3 ans d'expériences -Gestion de stock - Maitrise de l'outil de gestion de	Rigueur, capacité de travailler en équipe -Autonomie, sens de l'organisation -Sens de responsabilité	-Gestion de stock de médicaments -Fournir des explications aux patients -Contrôle de l'adhérence

	<p>stock</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bonne connaissance de médicaments antirétroviraux -Expériences dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH 	<p>Respect des principes de confidentialité</p>	<p>au traitement</p>
Nutritionniste	<ul style="list-style-type: none"> -Licence et diplôme /3 ans Expériences de travail -Expériences dans la prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes infectées par le VIH et des nourrissons - Utilisation d'outils bureautiques 	<ul style="list-style-type: none"> Rigueur, capacité de travailler en équipe -Autonomie, sens de l'organisation -Sens de responsabilité -Respect des principes de confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluation /surveillance de l'état nutritionnel des patients -Conseils diététiques aux femmes enceintes infectées et leurs nouveau-nés
Sage-femme	<ul style="list-style-type: none"> -Diplôme et licence avec au moins 3 ans d'expérience -Connaissance sur la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH - Utilisation d'outils bureautiques 	<ul style="list-style-type: none"> -Autonomie -Capacité de travailler en équipe -Sens de responsabilité -Dynamique et motivée -Respect des principes de confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> -Prise en charge des femmes enceintes Appuyer l'obstétricien-gynécologue dans ses activités quotidiennes
Infirmière	<ul style="list-style-type: none"> -Diplôme et licence en soins infirmiers -Expériences de travail d'au moins 3 ans -Expériences dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH - Utilisation d'outils bureautique 	<ul style="list-style-type: none"> -Sens de responsabilité -Dynamique et motivée -Capacité de travailler en équipe Respect des principes de confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> -Fournir des soins de qualité aux patients -Participation active aux activités de promotion de la santé
Auxiliaire	<ul style="list-style-type: none"> -Licence et diplôme / 3 ans d'expériences au moins -Connaissance sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH. -Expériences de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> -Sens de responsabilité -Dynamique et motivée -Capacité de travailler en équipe -Respect des principes de confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> -Fournir des soins de qualité aux patients -Participation active aux activités de promotion de la santé
Psychologue	<ul style="list-style-type: none"> -Licence et diplôme -Expérience d'au moins 3 ans dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacité de travailler en équipe Respect des principes de confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge psychosociale des patients

	<ul style="list-style-type: none"> -Bonne connaissance de la langue locale. - Utilisation d'outils bureautiques 	<ul style="list-style-type: none"> -Autonomie, sens de l'organisation 	
Travailleur Social	<ul style="list-style-type: none"> -Licence et diplôme -Expériences d'au moins 3 ans dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH -Bonne connaissance de la langue locale. - Utilisation d'outils bureautiques 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacité de travailler en équipe -Respect des principes de confidentialité 	<ul style="list-style-type: none"> -Assurer la prise en charge psychosociale des patients
Technicien de labo	<ul style="list-style-type: none"> -Licence et diplôme -Expériences de travail d'au moins 3 ans -Expériences de travail dans un programme de prise en charge des personnes infectées par le VIH - Utilisation d'outils bureautiques -- Maitrise de l'outil de gestion de stock 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacité de travailler en équipe -Respect des principes de confidentialité -Sens de responsabilité 	<ul style="list-style-type: none"> -Réalisation des examens de labo -Gestion de stock de laboratoire
Personnel de soutien	<ul style="list-style-type: none"> Savoir lire et écrire 	<ul style="list-style-type: none"> Motivé et dynamique 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la propreté des locaux
Chauffeur	<ul style="list-style-type: none"> -Permis de conduire D -Bonne connaissance en mécanique et du terrain 	<ul style="list-style-type: none"> -Motivé et dynamique 	<ul style="list-style-type: none"> -Entretien, déplacement
Gardien	<ul style="list-style-type: none"> -Savoir lire et écrire --Bonne connaissance de la langue locale 	<ul style="list-style-type: none"> Motivé et dynamique -Bonne capacité relationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la sécurité et le maintien de l'ordre a l'intérieur des locaux
Agent de terrain	<ul style="list-style-type: none"> -Savoir lire et écrire -Bonne connaissance de la langue locale -Bonne connaissance du terrain -Expérience de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> -Motivation et dynamisme -Capacité de communication -Capacité d'animer des réunions -Autonomie -Aisance relationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> -Formation des mères -Sensibilisation communautaire -Réunions communautaires

Figure I. Organigramme du projet



2) Ressources Matérielles

- L'équipe de projet aura besoin d'un local
- Des matériels de bureau pour l'aménagement du local de l'équipe projet
- Un véhicule tous terrains et trois motocyclettes pour les déplacements.
- Pour le dépistage des patients : Des kits de dépistage et des intrants de laboratoire. Pour la prise en charge des femmes enceintes dépistées pour le VIH et les nouveau-nés : on aura

besoin de médicaments antirétroviraux et des médicaments pour les infections opportunistes et d'autres pathologies associées.

- Equipement pour l'aménagement des salles de consultation et d'accouchement : Table de consultation, table d'accouchement, plateau d'accouchement, matériels pour le contrôle des signes vitaux.
- Matériels didactiques et de communication : Posters, dépliants, affiches, album d'images, tee-shirts, mégaphone, vidéo projecteur, ordinateur, flipchart pour les séances de formation et sensibilisation.

3) Ressources financières

Pour réaliser le projet notre budget s'élève à **74.151.000.00 Gourdes** soit **1.765.500.00 USD** répartie comme suite :

- **Administration/Gestion** : 68,6%
- **Matériels/Equipements** : 26.7%
- **Formation du personnel/sensibilisation** : 3.29%
- **Suivi/Evaluation** : 1.29 %

Figure II. Répartition des dépenses

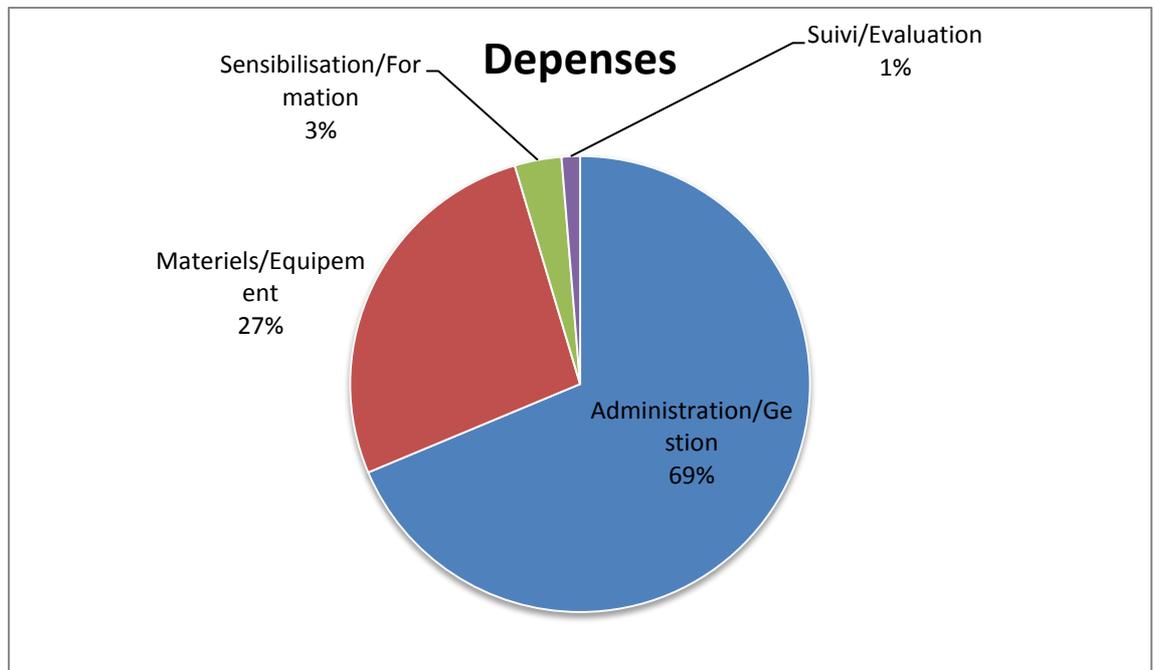


Tableau III. Budget détaillé du projet

Rubrique Budgétaire	Unité	Quantité	Salaires en Gourdes	# de mois	Montant total (Gourdes)	Montant total (USD)
Administration/Gestion						
Personnel						
Chef de projet	pers/mois	1	75.000.00	60	4.500.000.00	
Assistant(e) chef de projet	pers/mois	1	50.000.00	60	3.000.000.00	
Assistant(e) de direction	pers/mois	1	40.000.00	60	2.400.000.00	
Comptable	pers/mois	1	45.000.00	60	2.700.000.00	
Logisticien	pers/mois	1	20.000.00	60	1.200.000.00	
Statisticien/Informaticien	pers/mois	1	20.000.00	60	1.200.000.00	
Consultant M & E	pers/mois	1	125.000.00	60	125.000.00	
Pédiatre	pers/jour	1	50.000.00	60	3.000.000.00	
Médecin généraliste	pers/jour	1	45.000.00	60	2.700.000.00	
Obstétricien	pers/mois	1	60.000.00	60	3.600.000.00	
Pharmacien	pers/mois	1	30.000.00	60	1.800.000.00	
Nutritionniste	pers/mois	1	35.000.00	60	2.100.000.00	
Sage-femme	pers/mois	2	70.000.00	60	4.200.000.00	
Infirmière	pers/mois	6	120.000.00	60	7.200.000.00	
Auxiliaire	pers/mois	4	40.000.00	60	2.400.000.00	
Psychologue	pers/jour	1	25.000.00	60	1.500.000.00	
Travailleur Social	pers/jour	1	25.000.00	60	1.500.000.00	
Technicien de labo	pers/mois	4	60.000.00	60	3.600.000.00	
Personnel de soutien	pers/mois	2	6.000.00	60	360.000.00	
Chauffeur	pers/mois	1	7.500.00	60	450.000.00	
Gardien	pers/mois	1	3.000.00	60	180.000.00	
Agent de terrain	pers/mois	4	20.000.00	60	1.200.000.00	
Sous total					50.915.000.00	1.272.875
Matériels/ Equipements	Quantité		Coût unitaire		Montant total (Gourdes)	Montant total (USD)
Véhicule tour terrain	1		1.260.000.00		1.260.000.00	
Motocyclette	3		63.000.00		189.000.00	
Génératrice	1		630.000.00		630.000.00	
Inverter	1		84.000.00		84.000.00	
Photocopieuse	1		40.000.00		40.000.00	
Réfrigérateur	2		40.000.00		80.000.00	
Classeur métallique	6		30.000.00		180.000.00	
Batterie	24		4.500.00		108.000.00	
Rétroprojecteur	1		20.000.00		20.000.00	
Matériels pour labo (Microscope, Appareil pour CD4, chimie sanguine)	1		800.000.00		800.000.00	
Matériels pour la salle d'accouchement (table, plateau)	1		1.000.000.00		1.000.000.00	
Matériels pour la consultation (tensiomètre, thermomètre, balance)	1		1.000.000.00		1.000.000.00	
Matériels bureautiques (logiciel comptable, imprimante, encre)	1		1.000.000.00		1.000.000.00	
Matériels/Equipements	Quantité		Coût unitaire		Montant total (Gourdes)	Montant total (USD)

Matériels pédagogiques (ordinateur, vidéo projecteur, flip shart...)	1		1.000.000.00	1.000.000.00		
Achat de matériel de bureau (Table, chaise, classeur métallique, appareil photo,...)	1		2.000.000.00	2.000.000.00		
Sous total			2.111.500.00	9.391.000.00		
Consommables	Quantité		Coût unitaire	Montant total (Gourdes)	Montant total (USD)	
intranant pour laboratoire	1		Prise en charge par le MSPP			
médicaments	1					
Frais d'électricité	1					
Frais de location de bureau	1					
Achat de carburant	1		47.000.00	2.820.000.00		
Achat de cartes de recharge et d'internet	1		20.000.00	1.200.000.00		
Frais d'entretien de matériels	1		40.000.00	6.420.000.00		
Sous total			106.000.00	10.440.000.00		
Sensibilisation/Formation	Unité	Quantité	Perdiems en Gourdes	# de mois	Montant total (Gourdes)	Montant total (USD)
Sensibilisation						
Campagne de sensibilisation et de dépistage à l'occasion de la journée mondiale du SIDA		4	400.000.00	4	400.000.00	
Perdiems pour le personnel	pers/jour	21	30.000.00	4	120.000.00	
Campagne de sensibilisation et de dépistage à l'occasion de la journée internationale de la femme		4		4	400.000.00	
Perdiems pour le personnel	pers/jour	21	30.000.00	4	120.000.00	
Réunions communautaires (leaders, associations, femmes)		15	15.000.00	30	450.000.00	
Perdiems participants	pers/jour	15	15.000.00	30	450.000.00	
Emission/ Sport à la radio+Télé		1	Prise en charge par le MSPP			
dépliants/posters/album image						
Confection de teeshirt pour la journée mondiale du SIDA						
Sous total					1.940.000.00	
Sensibilisation/Formation	Unité	Quantité	Coût unitaire en Gourdes	# de mois	Montant total (Gourdes)	Montant total (USD)
Formation						
Formation du personnel de santé	pers/jour	21	50.000.00	2	100.000.00	

Perdiem formateurs	pers/jour	2	30.000.00	2	120.000.00	
Perdiem participants	pers/jour	21	1000.00	2	42.000.00	
Pause café	pers/jour	21	500.00	2	21.000.00	
Formation des Agents communautaires et mères pairs éducatrices	pers/jour	16	40.000.00	2	80.000.00	
Perdiem formateurs	pers/jour	1	15.000.00	2	30.000.00	
Perdiem participants	pers/jour	16	500.00	2	16.000.00	
Pause café	pers/jour	16	500.00	2	16.000.00	
Matériels de formation (cahiers, plumes, flipshart, chemise, documents de formation)	Kit/pers	40	40.000.00	2	80.000.00	
Sous total					505.000.00	
Consultants	Unité	Quantité	Coût unitaire en Gourdes	# de mois	Montant total (Gourdes)	Montant total (USD)
Suivi / Evaluation						
Formateurs externes	pers/jour	2	60.000.00	8	480.000.00	
Consultants suivi-évaluation	pers/jour	1	180.000.00	1	180.000.00	
Evaluation à mi parcours	pers/jour	1	100.000.00	1	100.000.00	
Evaluation à la fin	pers/jour	1	200.000.00	1	200.000.00	
Sous total					960.000.00	
Grand Total					74.151.000.00	1.765.500.00

Tableau IV. Cadre logique d'intervention

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification	Hypothèses
Objectif général	Contribuer à réduire de 60 %, le taux de transmission verticale chez les femmes enceintes infectées par le VIH dans le département des Nippes, au niveau de la commune de Miragoâne de 2016 à 2021.			
Objectif spécifique 1	Sensibiliser 95% de la population cible sur l'importance du test de dépistage du VIH	Pourcentage de personnes sensibilisées	Enquête CAP auprès de la population cible	- Bonne motivation des agents communautaires et des mères pairs éducatrices. - stabilité politique
Résultat 1	95% de la population cible est sensibilisé sur l'importance du test de dépistage du VIH	Nombre de personnes sensibilisées	Rapport des séances de sensibilisation	Collaboration des associations locales et des leaders
Activité 1.2	Recrutement de 4 agents communautaires	Nombre d'agents communautaires recrutés	Registre de personnel recruté	Fonds disponibles pour la mise en œuvre du projet
Activité 1.3	Formation de 4 agents communautaires et de 12 mères pairs éducatrices sur le VIH/SIDA	Nombre d'agents communautaires et de mères pairs éducatrices formés	Registre de personnel formé	Fonds disponibles
Activité 1.4	Création d'un espace où les femmes peuvent se renseigner sur les MTSS et le PF	Nombre d'espace disponible	Rapport d'activités réalisées	Fonds disponibles
Activité 1.5	Campagne de sensibilisation communautaire sur le dépistage et la prise en charge du VIH	Nombre de campagnes réalisées	Rapport d'activités	Aucune catastrophe naturelle/situation politique stable
Activité 1.4	Mobilisation des leaders et des associations locales pour la pérennisation du projet	Nombre de leaders et des associations locales touchées.	Registre de réunions communautaires	Bonne collaboration des leaders et des associations locales
Objectif spécifique 2	Dépister 100% des femmes enceintes et 95% des femmes en âge de procréer	Pourcentage de femmes enceintes/ femmes en âge de procréer dépistées	Registre de dépistage/Rapport d'activités	Bonne collaboration de la population/Motivation du personnel/ fonds disponibles

Résultat 2	100% des femmes enceintes et 95% de femmes en âge de procréer sont dépistées	Nombre de femmes enceintes/ femmes en âge de procréer dépistées	Registre de dépistage/Rapport d'activités	Bonne collaboration de la population/Motivation du personnel/ fonds disponibles
Activité 2.1	Formation du personnel de sante sur le counseling et le dépistage du VIH	Nombre de personnel formé	Registre de formation du personnel	Motivation et engagement du personnel
Activité 2.2	Organisation de campagnes de dépistage du VIH au niveau communautaire	Nombre de campagnes réalisées	Rapport d'activités/registre de dépistage	Fonds disponibles/aucune catastrophe naturelle/Situation politique stable/collaboration des leaders locaux
Activité 2.3	Création d'un espace où le public cible peut faire le test et la PF 24H/24H	Nombre d'espace disponible/ nombre de personnes reçues	Rapport d'activités réalisées/ registre de consultation	Fonds disponibles/ motivation du public cible.
Objectif spécifique 3	Assurer une prise en charge optimale pour 100 % des femmes enceintes dépistées ainsi que leurs nouveau-nés	Pourcentage de femmes et d'enfants enrôlés/pourcentage dépisté.	Registre de dépistage et d'enrôlement en soins.	Collaboration des patients et motivation de l'équipe.
Résultat 3	100% des femmes enceintes infectées ainsi que leurs nouveau-nés bénéficient d'une prise en charge optimale	Nombre de couple mère-enfant enrôlé	Registre de dépistage et d'enrôlement en soins.	Collaboration des patients et motivation de l'équipe.
Activité 3.1	Formation du personnel sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH	Nombre de personnel formé	Registre de formation du personnel	Fonds disponibles
Activité 3.2	Mettre en place un centre de prise en charge des femmes enceintes infectées et des nouveau-nés	Nombre de centre disponible	Rapport d'activité	Appui du Ministère de la santé et des autres partenaires

Activité 3.3	Mettre à la disposition des femmes et des enfants un traitement antirétroviral optimal	Nombre de régime disponible	Pharmacie du centre/dépôt de stockage des médicaments	Appui du Ministère de la santé et des autres partenaires
Activité 3.4	Suivi régulier de la femme enceinte pendant la grossesse et en post-partum pour une meilleure issue de la grossesse.	Nombre de femmes ayant bénéficié d'un suivi perpartum et postpartum	Registre clinique prénatale/t Registre de maternité	Collaboration des femmes et engagement du personnel
Activité 3.5	Réalisation d'une charge virale pour les femmes enceintes infectées par le VIH	Nombre de femmes ayant bénéficié d'une charge virale	Dossier médical/fiche de résultats disponibles	Appui des ONG et du Ministère de la santé
Activité 3.6	Césarienne électorique pour toute femme enceinte infectée dont la charge virale est élevée.	Nombre de femmes avec charge virale élevée/Nombre de césariennes réalisées	Dossier médical/Registre de maternité	Collaboration des mères/Motivation du personnel/Appui des partenaires
Activité 3.7	Réalisation d'au moins un test PCR/ARN-VIH pour les nouveau-nés de mères infectées par le VIH pour le	Nombre d'enfant ayant bénéficié d'un test PCR/ARN-VIH	Dossier médical/fiche de résultats disponibles	Appui des ONG et du Ministère de la santé
Activité 3.8	Réalisation d'un test rapide à 18 mois pour tous les enfants dont le PCR/ARN-VIH est négatif	Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un test de dépistage rapide à 18 mois	Dossier médical/registre de laboratoire	Collaboration des mères/Motivation du personnel
Activité 3.9	Suivi de l'enfant après le test rapide de 18 mois sera assuré même après sero-réversion.	Nombre d'enfant ayant bénéficié d'un suivi après sero-réversion	Dossier médical/Registre de prise en charge	Collaboration des mères/Motivation du personnel
Activité 3.10	Subvention de lait maternisé pour les nouveau-nés de mères infectées par le VIH	Nombre d'enfant ayant bénéficié du lait maternisé	Dossier médical	Appui des ONG et du Ministère de la santé

Tableau V. Les parties prenantes du projet

Acteurs	Rôles dans le projet	Lieu	Intérêt pour le projet
L'équipe projet	Contribuer à réduire les nouveaux cas de VIH dans le pays	Haïti	Mise en œuvre /suivi du projet
CHU Sainte Justine	Soutien financier/Réalisation des tests (PCR/ARN-VIH/Charge virale)	Montréal/ Canada	Amélioration de la santé maternelle et infantile
Caris International	Appui pour la réalisation des tests PCR/ARN-VIH	USA	Meilleur état de santé de la population
Ministère de la Santé	Accompagnement dans la mise en œuvre du projet	Haïti	Appui à l'amélioration de l'état de santé de la population/création d'emploi
UNICEF	Bailleur de fonds du projet	Haiti	Réduction de la mortalité néonatale et infanto-juvénile/mortalité maternelle
La population cible	Bénéficiaire du projet/acteur central	Haïti	Amélioration de l'état de santé
USAID	Bailleur de fonds du projet	USA	Réduction des nouveaux cas de VIH dans le pays
ONG locales	Soutien pour la mise en œuvre du projet	Haïti	Contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population
Association de PVVIH	Soutien à la promotion du projet auprès de la communauté	Haïti	Amélioration de l'état de santé de la population
Les différents leaders de la zone	Appui à la mobilisation de la communauté	Haïti	Amélioration de l'état de santé de la population

Tableau VI. Plan d'action opérationnelle du projet

PLAN D'ACTION DE 2016-2021																			
Projet de réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant																			
SENSIBILISATION																			
Objectifs	Activités principales	Sous-Activités	Indicateur	Cible	Echéance												Ressources	Personnes responsables	
					Q1	Q2			Q3	Q4									
					J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Sensibiliser 100% des femmes enceintes et 95 % des femmes en âge de procréer sur l'importance du test de dépistage du VIH	Sensibilisation de 100% des femmes enceintes et 95 % des femmes en âge de procréer sur l'importance du test de dépistage	Organisation de séances de sensibilisation communautaire sur l'importance du test de dépistage du VIH	# de séances de sensibilisation réalisées	12		X											Véhicule pour le transport	ONG	
		Formation de groupes de mères paires éducatrices	# de groupes de mères formes	3		X		X		X		X			X		Fonds disponibles	ONG	
		Organisation de réunions communautaires avec les femmes de la zone	# de réunions communautaires réalisées	12		X												Fonds disponibles	ONG
		Visite à domicile des familles de la population cible	# de ménages visites			X												Véhicule pour le transport ,outils de collecte de données.	Agents comm / P.E
		Programmation des séances d'informations au niveau des églises après les cultes sur le VIH.	# de séances d'information réalisées	12		X		X		X		X		X		X		dépliants/posters /Album image	Agents comm / P.E
		Organisation de séances de formations sur le VIH pour les mères paires éducatrices	# de mères paires éducatrices formées	12		X												Fonds disponibles	Equipe de projet

	spot radio/télé	# de spot réalise	1			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Fonds disponibles	Equipe de projet
	Création d'un espace où les femmes peuvent se renseigner sur les MTSS et les méthodes de PF	# d'espace de renseignement cree.	1			X										Fonds disponibles	Chef de projet
	Organisation de réunions communautaires avec les leaders de la zone pour avoir leur collaboration.	# de leaders touches					X									Fonds disponibles	Chef de projet
	Distribution de dépliant/posters	# de dépliant/posters distribués	2000				X									2000 dépliant/posters	Agents comm/P.E
	Caravane de sensibilisation et de dépistage lors de la journée mondiale du SIDA	# de personnes sensibilisées/ # de personnes dépistées	4			X							X			Personnel, Vehicule pour le transport, matériels pour le dépistage, dépliant, posters, banderole.	Equipe de projet
PRISE EN CHARGE DES FEMMES VIH+																	
Objectifs	Activités principales	Sous-Activités	Indicateur	Cible	Echéance											Ressources	Personnes responsables
					Q1			Q2		Q3			Q4				
J F M A M J J A S O N D																	

					J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Dépister pour le VIH 100% des femmes enceintes et 80 % des femmes en âge de procréer de 2016-2020	Dépistage de 100 % des femmes enceintes et 80 % des femmes en âge de procréer	Organisation de 12 campagnes de dépistage de	# de personnes dépistées				X				X				X		Personnel de sante/A.C,Vehicule pour le transport, matériel pour le dépistage.	Equipe de projet	
		Achat de kit de dépistage du VIH	# de kits disponibles														Fonds disponibles	Chef de projet	
		Organisation de 12 campagnes de dépistage de																	
		Renforcer le counseling pour les FE testées VIH+ n'ayant pas accepte leur statut	# de femmes VIH + ayant refuse leur statut																
		Mobilisation du personnel pour le dépistage du VIH	# de personnels mobilises				X				X					X		Fonds disponibles	Chef de projet
RENFORCEMENT DE LA CAPACITE																			
Objectif	Activités principales	Sous-Activités	Indicateur	Cible	Echéance												Ressources	Personnes responsables	
					Q1			Q2		Q3		Q4							
					J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Renforcer la capacité du personnel	formation du personnel						X												
		Formation des agents communautaires sur le VIH/SIDA et la prise en charge communautaire des PVVIH	# d'agents communautaires formes	4			X											Matériels de formation	
		Formation du personnel de santé sur le dépistage et la prise en charge des PVVIH	# de personnel formes	25			X					X						Matériels de formation	ONG
GESTION ET ADMINISTRATION																			
Objectif	Activités principales	Sous-Activités	Indicateur	Cible	Echéance			Q2		Q3		Q4					Ressources	Personnes responsables	
					Q1			Q2		Q3		Q4							
					J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			

Mettre en œuvre le projet d'ici Mars 2016	Recrutement des membres de l'équipe projet.		# de personnel recrute	37		X												Equipe de projet	ONG
	Recrutement des Agents communautaires		# d'agents communautaires	4		X												4 Agents communautaires	Chef de projet
	Achat de matériel de bureau					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Achat de Motocyclette		# de Motocyclette disponible	3														3 Motocyclettes	Chef de projet
	Achat d'un véhicule 4x4		# d véhicules disponibles	1		X												Fonds disponibles	Chef de projet
	Achat de bureau		# de bureau disponible	1		X												Fonds disponibles	Chef de projet
	Organisation d'un staff meeting		# de staff meeting organise	1		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			Fonds disponibles	Chef de projet
SUIVI & EVALUATION																			
Objectif	Activités principales	Sous-Activités	Indicateur	Cible	Echéance													Ressources	Personnes responsables
Assurer un suivi régulier et une évaluation a mi-parcours et a la fin du projet	Recrutement d'un consultant officiers M&E pour évaluation final	Evaluation a mi parcours et en fin de projet .	# de rapport remis	1	Q1			Q2		Q3		Q4					outils de collecte de données	Consultant officier M&E	
								X		X		X							

D. Modalité de suivi/évaluation

La réalisation du projet dépend du choix des stratégies de suivi et d'évaluation qui permettent de mesurer où nous sommes arrivés dans l'atteinte des objectifs et de corriger les écarts éventuels. Ainsi il impose de prendre les bonnes décisions pour la réussite du projet.

Le suivi se fera périodiquement tout le long de l'exécution des activités à des intervalles trimestriels réguliers pour assurer le respect du calendrier et l'atteinte des objectifs fixés pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH en vue de contribuer à réduire le taux de transmission vertical dans la commune de Miragoâne.

A partir des indicateurs de performance et de résultats escomptés l'évaluation se fera seulement à l'externe à la fin du projet elle sera attribuée aux partenaires financiers. Ils évalueront la pertinence et l'adéquation de toutes les activités réalisées, pour voir si les objectifs fixés sont atteints et le degré de satisfaction des bénéficiaires.

E. Facteurs de durabilité

La durabilité du projet dépendra de la dynamique de l'équipe au cours de son exécution. Le personnel formé participera à la formation d'autres personnes (agents de terrain, volontaires etc.) ce qui constituera un capital humain pour le projet. Ainsi que les matériels acquis pour la mise en œuvre.

Les partenaires locaux ainsi que les associations locales seront mobilisées durant toute la durée du projet afin qu'ils puissent fournir leur participation au financement et à l'exécution du projet et assurer une bonne continuité des soins et services à la fin du projet.

Pendant la durée du projet nous comptons travailler en parfaite collaboration avec les autorités sanitaires de la zone pour qu'à la fin du projet elles puissent assurer le relais.

Du fait que la communauté s'intéresse et participe à un tel projet, il se développe chez elle un sens de responsabilité nécessaire pour pouvoir mieux contribuer au changement social, économique et comportement qui s'impose.

A partir de l'atteinte des objectifs et des résultats obtenus les coûts de subvention et les salaires seront assurés par le ministère de la santé publique puisque ce projet fait partie intégrante des stratégies de lutte du ministère pour réduire les nouveaux cas de VIH en Haïti.

F. Impacts attendus

Des retombées positives sont attendues à la fin du projet tant pour nos bénéficiaires que pour la zone d'intervention :

Bénéficiaires

- 95 % de femmes en âge de procréer au niveau de la commune de Miragoâne sont sensibilisées au VIH et ont adopté un comportement sexuel responsable.

- 95 % de femmes de 15 à 49 ans et 100 % des femmes enceintes de la commune de Miragoâne sont dépistées pour le VIH.
- 100% de femmes enceintes infectées par le VIH ont bénéficié d'une prise en charge optimale.
- 100 % des enfants nés de mères infectées enrôlés dans le programme n'ont pas attrapé le VIH.

Zone d'intervention

- Le taux de transmission verticale du VIH au niveau du département des nippes est réduit de 60% à la fin du projet.
- La population du département des Nippes est mieux informée sur le VIH/SIDA et sur l'importance de la prise en charge des femmes enceintes infectées.
- De nouveaux emplois sont créés au niveau de la commune de Miragoâne.
- L'engagement des différents leaders et associations locales dans la lutte contre les nouveaux cas de VIH au niveau de la commune de Miragoâne est importante.

Références bibliographiques

1. Rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du SIDA 2012. Genève, ONUSIDA, 2012(<http://www.unaids.org/fr/resources/publications/2012/>).
2. Fiche d'information mondiale 2013
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20130923_FactSheet_Global_fr.pdf
3. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Genève, ONUSIDA, 2011(<http://www.unaids.org>)
4. OMS, 2011. *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles*. Genève, Suisse, page 72
5. OMS, 2011. *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles*. Genève, Suisse, page 27
6. OMS, 2012. *Statistique Sanitaire Mondiale*. OMS. Geneve, Suisse. Page 112-113
6. CAYEMITTES M. et al. 2006. *Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et Utilisation des services*. Volume 3. Haïti.
7. CAYEMITTES M. et al. 2001. *Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et l'Utilisation des Services*. Volume 4. Haïti.
8. Brahmbhatt, HPB et al., *Determinants of mother to child transmission of HIV in the uterin, intrapartum period and during breastfeeding in Rakai, Uganda*. 14th International AIDS Conference, Barcelona, 2012.
9. *Antiretroviral for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection*. Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Department of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town, Cape Town, South Africa.
10. Ministère de la Santé Publique et de la Population /Programme National de Lutte contre le SIDA. *Rapport de Situation Nationale, Haïti (UNGASS)*. Mars 2012(mspp.gouv.ht)

11. MSPP. Document Politique Nationale de Santé. Juillet 2012.
12. PNLS. Bulletin épidémiologique VIH/SIDA en Haïti, numéro 1. Décembre 2012.
13. UNGASS, 2012. *Rapport de situation nationale*. Haïti, page 52
14. MSPP, PNLS, IHE, NASTAD, Rapport enquête séro-sentinelles auprès des femmes enceintes, 1993 à 2012.
15. PNLS. Bulletin épidémiologique VIH/SIDA en Haïti, numéro 4. Août 2013.
16. PNLS. Bulletin épidémiologique VIH/SIDA en Haïti, numéro 5. Octobre 2013.
17. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal.../fr
18. Rapport sur le niveau économique en HAÏTI.
<http://www.tresor.economie.gouv.fr/>
www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/haiti/presentation-de-haiti/
www.unicef.org/haiti/french/overview_8833.htm
19. Analyse secteur santé. Ministère de la Santé Publique et de la Population Haïti.
(<http://collaborationsaintjeanhaiti.org/document>).pdf
20. MSPP-PNLS. Normes et Directives Nationales pour le Conseil et le Dépistage Volontaire du VIH. Haïti
21. PNLS/MSPP. Plan Stratégique National Multisectoriel. 2008-2012.
22. OPS/OMS. Plan Régional VIH/IST pour le secteur de la Santé. 2006-2015.
23. PAHO/WHO, UNICEF. Clinical guidelines for the elimination of mother to child transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean. 2010
24. OMS, Transmission verticale. (www.who.int)

25. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2013. *Faits et chiffres. L'allaitement maternel. Recommandations.*
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/fr/index.htm>

Liste des tableaux

Tableau I. Statistiques et caractéristiques régionales du VIH/SIDA.....	3
Tableau II : Représentation des facteurs influençant la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	5
Tableau III- Femmes enceintes VIH+ enrôlées / taux de transmission verticale 1988 à 2013.....	23

Liste des photos

Photo I : Carte géographique de la république d'Haïti.....	7
Photo II. Carte représentant les dix départements du d'Haïti.....	15

Liste des figures

Figure I. Sources de financement du système de santé.....	12
Figure II. Répartition des fonds gérés par les agents dans les dépenses nationales de santé (2010-2011)	12
Figure III. Femmes enceintes VIH+ enrôlées / enfants infectés par transmission verticale.....	24
Figure IV. Nombre de femmes VIH+ accouchées / nombre d'enfants infectés par transmission verticale.....	25

Annexes

Guide d'entretien individuel

Date : ____ / ____ / ____

Nom et prénom de l'interviewé : _____

Institution : _____

1- Quelle est la date de la création de l'institution ?

2- Quelle est sa mission, son but, sa politique?

3- Quelle est sa stratégie et domaine d'intervention ?

4- Quelle est sa population cible (sexe, âge, caractéristiques, etc.)?

5- Quelles sont ses zones d'intervention par son/ses programmes ?

6- Existe-t-il un projet de PTME ?

7- Quand est-ce que le projet a débuté ?

8- La PTME est elle intégrée dans les soins materno-infantiles ?

9- Quel est le circuit des femmes enceintes ?

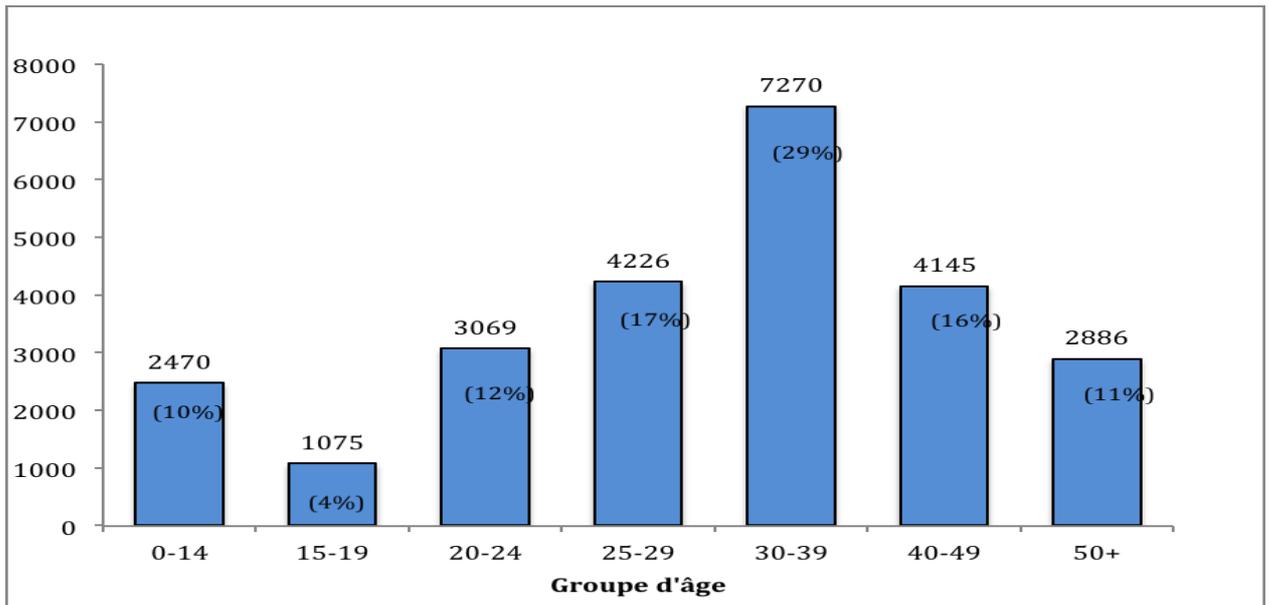
10- Comment se fait la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH ?

11- Quel rôle jouez-vous dans la prise en charge des patients infectés par le VIH ?

12- Combien de patients sont-ils enrôlés dans le programme ?

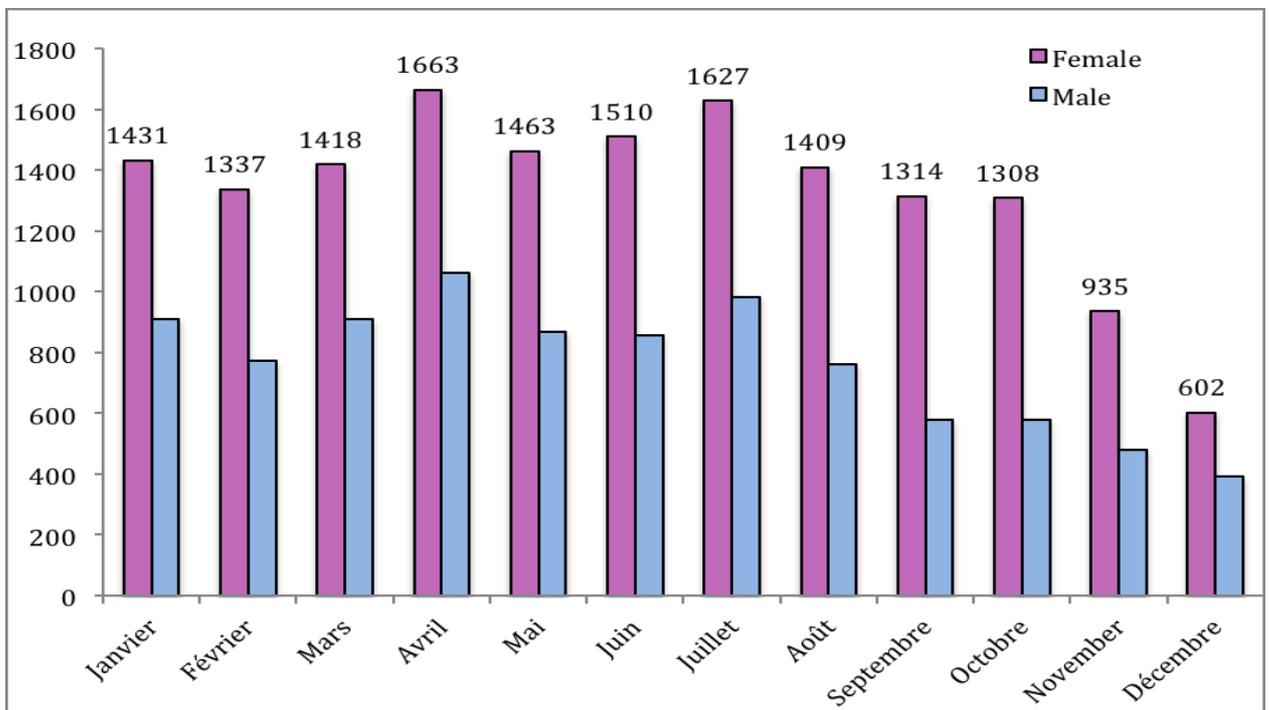
13- Quels sont les avantages sociaux que le programme offre aux patients ?

Graphique I. Nombre de nouveaux cas de VIH selon le groupe d'âge pour l'année 2013.



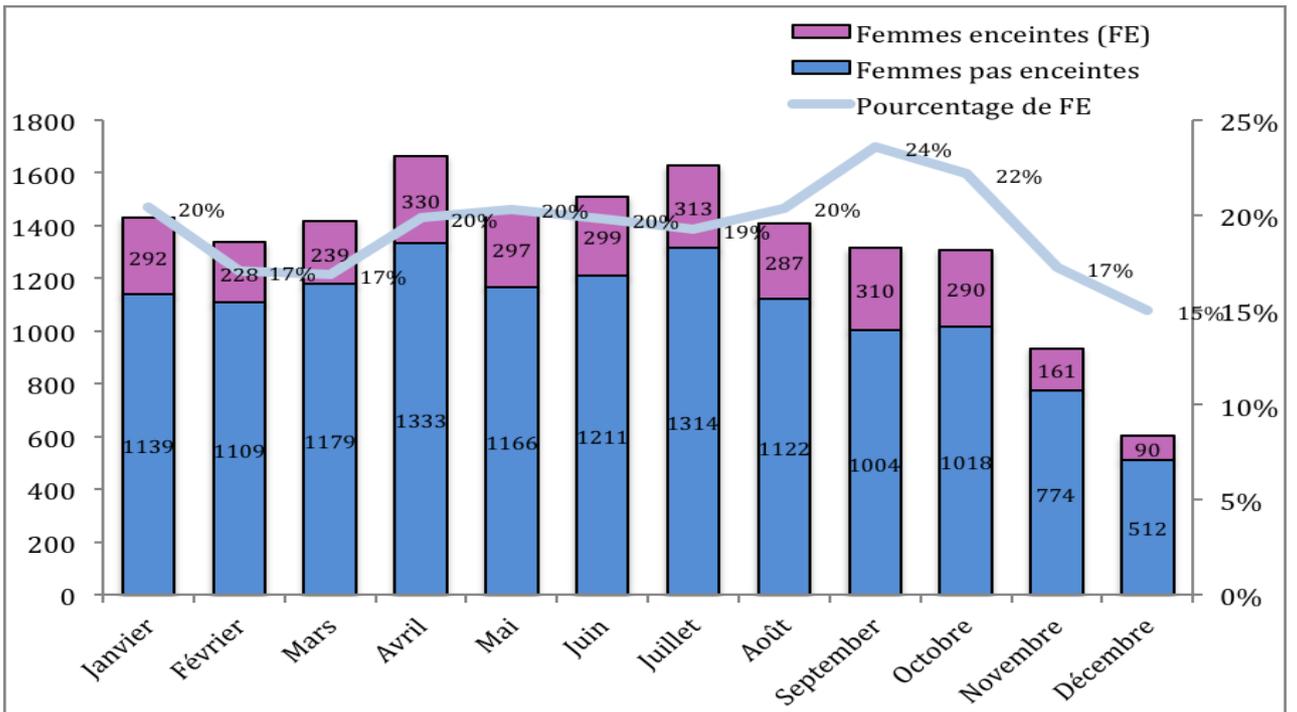
Source : MSPP-2013

Graphique II. Nombre de nouveaux cas de VIH selon le sexe en 2013.



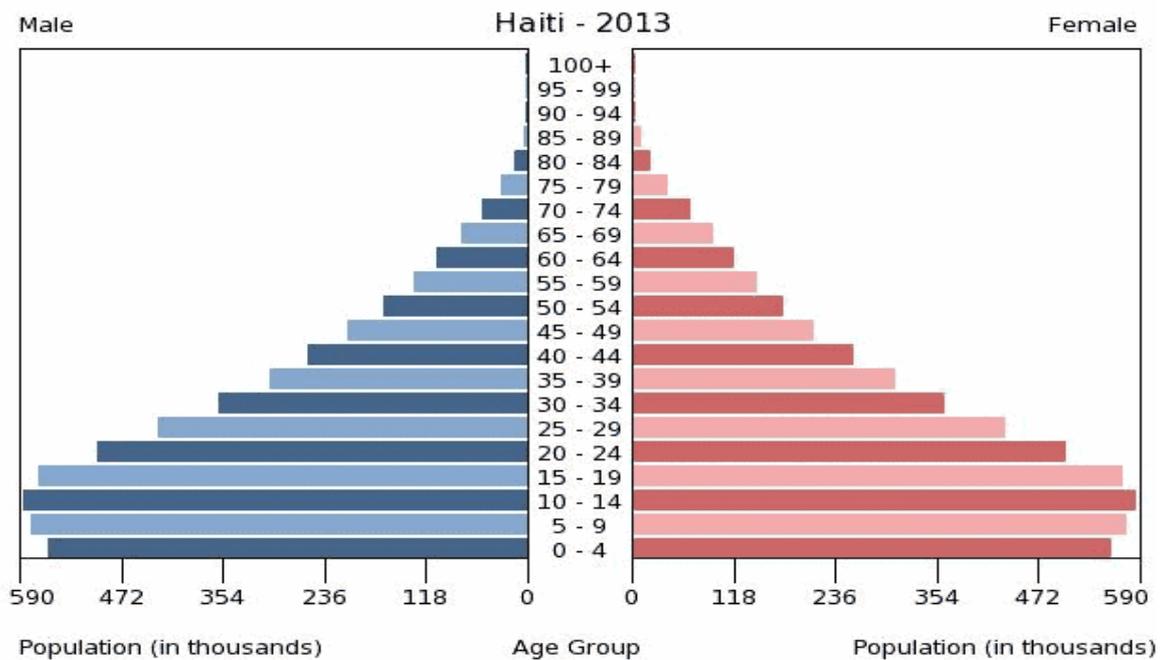
Source : MSPP 2013.

GRAPHIQUE III. Nombre et proportion de nouveaux cas VIH parmi les femmes selon le statut de grossesse en 2013.



Source : MSPP-2013

Figure IV : Pyramide des âges



Source : MSPP 2013

Tableau : Risque de transmission verticale en dehors des interventions.

Risque de transmission	Taux de transmission
Sans intervention	15-30 %
Sans intervention avec allaitement au sein	25-50 %
Monothérapie de courte durée avec allaitement au sein	15-25 %
Monothérapie de courte durée sans allaitement au sein	5-15 %
Bithérapie de courte durée sans allaitement au sein	5 %
Trithérapie sans allaitement au sein	1 %
Trithérapie avec allaitement au sein	Inconnu

Source : OMS

Tableau -Indicateurs de santé et profil épidémiologique

INDICATEURS DE SANTE	
Taux de mortalité pour 100,000 naissances	350/100,000
Taux brut de mortalité	8,7/1000
Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes	57/1000
INDICATEURS DE PERFORMANCE	
Couverture sanitaire	47 %
Couverture vaccinale	41%
Accouchements assistés par un personnel formé	37%
CPN 4/CPN1	67% / 90%
Prévalence contraceptive	31,35%
Soins post-natals dans les 48 heures	39%

Sources : OMS, UNICEF-2012**Tableau - Profil épidémiologique**

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE	
MALADIES	PREVALENCE
VIH/SIDA	2,2 % (2,7% Femme, 1,7% Homme)
Tuberculose	306/100,000
Paludisme	4,90 %
Choléra	6,9 %
Diarrhée infantile	27,40 %
Malnutrition	30% (Malnutrition chronique) 30% en surpoids
Cancer du col	19%

Sources: Politique Nationale Santé, Statistiques UNICEF 2012