

MINISTRE DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA ET LES IST**



REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail-Liberté-Patrie



RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITES

Année 2008

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	4
INTRODUCTION.....	5
I/ Activités de prévention	6
1. CONSEIL ET DEPISTAGE	7
1.1. La stratégie fixe	7
1.2. La stratégie Mobile.....	12
1.3. Coordination	13
1.4. Problemes et Approches de solutions	13
2. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE-ENFANT.....	14
2.1. Couverture	14
2.2. Interventions	14
2.2.1. Prévention Primaire de L'infection A VIH	14
2.2.2. Prévention des grossesses non désirées.....	16
2.2.3. Intervention spécifiques visant à réduire la PTME	16
2.2.4. Prophylaxie au cotrimoxazole	18
2.2.5. Soins et soutien des femmes séropositives et suivides enfants	18
2.3. Formation	19
2.4. Supervision.....	20
2.5. Coordination des activites.....	20
2.6. Problemes prioritaires	20
3. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST	21
3.1. Couverture	21
3.1.1 Prise en charge des IST	21
3.1.2 Suivi de dépistage actif des IST chez les TS	21
3.2. Frequentation.....	22
3.2.1 Situation des différents syndromes IST en 2008	22
3.2.2 Suivi des Travailleuses de Sexe (TS)	25
3.3. Formation	26
3.4. Coordination	26
3.5. Difficultés et approches de solution	26
4. SECURITE TRANSFUSIONNELLE.....	27
4.1 Données des zones couvertes par le CNTS.....	27
4.1.1 Evolution des marqueurs viraux selon les années	27
4.2. Données des zones couvertes par le CRTS	28
II/ Soins traitement et soutien	29
1. SOINS ET TRAITEMENT.....	30
1.1 Couverture	30
1.2 Fréquentation des centres	30
1.3 Traitement de la co-infection	33
1.4 Thérapie antirétrovirale	33
1.5 Le suivi biologique	37
1.6 La formation	37
1.7 Coordination	37
1.8 Difficultés et approches de solution	38
2. SOUTIEN AUX PVVIH	39
2.1 Couverture	39
2.2 Activites de soutien des PVVIH	39

III/ Suivi / Evaluation	40
1. SUIVI ET EVALUATION	41
1.1. <i>Le renforcement du système de suivi et évaluation du PNLs</i>	41
1.2. <i>La Surveillance Epidémiologique.....</i>	42
1.2.1. <i>La Surveillance Sentinelle chez les femmes enceintes</i>	42
1.3. <i>Le monitoring des médicaments et réactifs</i>	46
1.4. <i>La Recherche Opérationnelle</i>	47
1.4.1. <i>Étude de la séroprévalence du VIH dans le groupe des détenus</i>	47
1.4.2. <i>Évaluation des indicateurs de la pharmino résistance du VIH aux ARV dans les sites pilotes de prise en charge médicale des PVVIH.....</i>	48
1.4.3 <i>Étude de la résistance du VIH1 aux ARV au Togo</i>	49
1.5. <i>La Formation.....</i>	51
IV/ Coordination	52
1. COORDINATION	53
1.1 <i>Activités de mobilisation de ressources financières</i>	53
1.2 <i>Elaboration des documents stratégiques</i>	53
1.3 <i>Décentralisation de dispensation des ARV</i>	53
1.4 <i>Participation aux réunions stratégiques sur le plan national</i>	53
1.5 <i>Missions reçues</i>	54
1.6 <i>Missions à l'extérieur</i>	54
V/ Financement des activités	55
1. MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES	56
1.1. <i>Sources de financement des interventions.....</i>	56
1.2. <i>Répartition des coûts par intervention</i>	57
VI/ Problèmes, Conclusion et perspectives	58
1. PROBLEMES	59
1.1. Difficultés et approches de solutions	59
2. CONCLUSION	60
3. PERSPECTIVES	61
4. REMERCIEMENTS	62
VII/ Annexes.....	63
Annexes 1 : Conseil Dépistage.....	i
Annexes 2 : PTME	iv
Annexes 3 : IST/IC.....	ix
Annexes 4 : Soins, traitement et soutien	x
Annexes 5 : Finances	xii

Liste des abréviations

ARV	Antirétroviraux (Médicaments)
AWARE	Action for West Africa Region
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CD4	Lymphocytes CD4+
CDVA	Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme
CCD	Centre de Conseil et de Documentation
CCM	Country Coordination Mechanism
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	Centre Médico-social
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation Périnatale
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
ENAM	Ecole National des auxiliaires Médicaux
FM	Fonds Mondial
GIP ESTHER	Groupe d'Intérêt Public, Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
GSK	Glaxo Smith Kline
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agence de Coopération Technique Allemande)
IC	Interventions Ciblées pour Travailleuses de sexe
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MEG	Médicaments Essentiels et Génériques
NVP	Névirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations sur le VIH/SIDA
PCR	Polymerase Chain Reaction (Réaction en Chaîne par Polymérase)
PEC	Prise en Charge
PF	Planification Familiale
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SA	Services Adaptés
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TARV	Thérapie Antirétrovirale
TME	Transmission Mère Enfant
TS	Travailleuses/Travailleurs de sexe
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV (Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Au cours de l'année 2008, dans le cadre de la réponse multisectorielle contre le sida au Togo, le Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS/IST) en tant que structure opérationnelle du Ministère de la santé a coordonné la mise en œuvre des interventions suivantes :

- Le Conseil Dépistage Volontaire
- La Prévention de la Transmission Mère-Enfant
- Le Diagnostic et le Traitement des IST
- Les Soins et Traitement des PVVIH

Le service national de transfusion sanguine coordonne les activités de la sécurité transfusionnelle

Ces interventions font parties des domaines prioritaires retenus dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2007-2010

La mise en œuvre de ces interventions a connu un dynamisme grâce aux soutiens du gouvernement et des partenaires en développement et à la collaboration des différents acteurs issus du secteur public, privé, confessionnel et associatif. Ainsi en 2008, grâce au soutien de l'État togolais et des partenaires techniques et financiers, le problème récurrent de rupture des ARV que nous avons connu en 2007 s'est considérablement réduit

Au cours de l'année 2008, le PNLS s'est engagé dans le processus de renforcement de son système de suivi-évaluation et a élaboré des documents de stratégies (stratégie PTME, stratégie Prise en charge pédiatrique, plan sectoriel de lutte contre le SIDA du ministère de la santé). Par ailleurs, le PNLS a participé activement, aux côtés d'autres acteurs de la riposte nationale, aux activités de mobilisation des ressources au niveau national (organisation d'une table ronde des bailleurs en avril 2008) et au niveau international (élaboration du projet VIH du round 8 du CCM-Togo)

Le rapport 2008 est l'occasion de faire le bilan de toutes les activités réalisées dans le secteur de la santé sur toute l'étendue du territoire national et de mettre en exergue les progrès réalisés dans chaque domaine d'intervention, les difficultés et les goulots d'étranglement rencontrés dans la mise en œuvre de ces activités.



I - Activités de Prévention

1. CONSEIL ET DEPISTAGE

Au cours de la l'année 2008, au total **150897** personnes ont été dépistées dont 99.541 en stratégie fixe, soit 65.9% et 51 862 en stratégie mobile soit 34.1%.

1.1. La stratégie fixe

1.1.1 La couverture des CDV fixes

Le Togo comptait en décembre 2008, 59 CDV contre 51 en Décembre 2007. En dehors d'une quinzaine des centres qui sont autonomes, la plupart des CDVA sont des centres intégrés aux structures de soins.

Sur le plan national, les centres de dépistage volontaire sont géographiquement répartis d'une façon inégale. Ainsi il ressort que les Régions Lomé Commune (15 CDV: 25,42%) des plateaux (13 CDV: 22 ,03%.) disposent du plus grand nombre de centres, suivies des régions de la Kara (9 CDV), Maritime (9 CDV), puis Centrale (8 CDVA) et enfin Savanes (5 CDV). (cf. Tableau 1)

Tableau 1 : Répartition des CDVA suivant les régions sanitaires

Régions	Nombre de CDVA	Pourcentage (%)
Lomé commune	15	25,4
Maritime	09	15,3
Plateaux	13	22,0
Centrale	08	13,5
Kara	09	15,3
Savanes	05	08,5
TOTAL/PAYS	59	100

1.1.2. La couverture en sites PTME

En ce qui concerne les sites PTME, on dénombre en fin Décembre 2008 46 sites contre 34 en Décembre 2007 (*la répartition des sites est indiquée dans les activités de la PTME*)

1.1.3. La fréquentation des sites CDVA et PTME

Il est à noter qu'en matière de conseil et dépistage les données sus mentionnées prennent en compte aussi bien celles des CDVA que celles des sites PTME et le taux de complétude des rapports parvenus au PNLS/IST est de 95% ; (63 rapports mensuels manquant sur 1260 attendus des 105 structures de conseil/dépistage : CDVA et PTME).

Ainsi, sur le plan national, le nombre de clients ayant fréquenté les centres de dépistage (CDVA et sites PTME) est de 102 010 dont **30709 cas dans les sites PTME**. Sur cet effectif, 99.541 personnes ont été dépistées, soit un taux d'acceptation de 97,57%. Dans toutes les régions sanitaires plus de 95% des personnes qui ont visité les sites ont effectué le test de dépistage VIH.

Tableau 2 : Fréquentation des centres par région

Région	Fréquentation	Dépistés	Pourcentage (%)
Lomé commune	48692	47883	98,3
Maritime	12756	12271	96,2
Plateaux	13 674	13337	97,5
Centrale	8120	7954	97,9
Kara	11623	11184	96,2
Savanes	7145	6912	96,7
TOTAL	102010	99541	97,6

1.1.4. Les résultats du dépistage

1.1.4.1 Résultats selon les régions sanitaires

La répartition du nombre de personne dépisté par région montre, à première vue, une disparité entre les régions en termes de charge de travail des CDVA.

Tableau 3 : Répartition des cas dépistés par région

Régions	Effectif testé	%
LOME	47883	48,10
MARITIME	12271	12,32
PLATEAUX	13337	13,39
CENTRALE	7954	8
KARA	11184	11,23
SAVANES	6912	6,86
Total	99541	100

Le tableau 4 montre la répartition des dépistés par région et suivant le sexe.

Tableau 4 : Répartition des résultats des dépistés par région et suivant le sexe

REGIONS SANITAIRES	sexe					
	Masculin			Féminin		
	Effectif dépisté	Positifs	%	Effectif dépisté	Positifs	%
L. COMMUNE	18887	1432	8,2	28999	3849	13,3
MARITIME	2884	312	12,1	9385	1153	12,3
PLATEAUX	4624	331	7,7	8713	878	10,0
CENTRALE	2189	188	9,4	5764	615	10,6
KARA	4925	244	5,2	6259	605	9,6
SAVANES	1541	79	5,4	5371	218	4,0
TOTAL	35050	2586	7,9	64491	7318	11,3

Le tableau ci-dessus montre que la majorité des personnes dépistées est du sexe féminin (64491) soit 64,79% contre 35,21% pour les hommes (35050 clients).

La réceptivité des femmes aux messages livrés en matière de promotion de Dépistage Volontaire est plus élevée que celles des hommes. Par ailleurs la promotion de la PTME explique aussi en grande, le nombre de femmes dépistées.

Le tableau 5 montre la répartition des dépistés par région et suivant les résultats du test sérologique.

Tableau 5 : Répartition des dépistés dans les CDVA par région et par résultat

REGIONS	Total dépisté	Positifs	% de positifs
Lomé commune	36 767	4 072	11,1
Maritime	6 913	996	14,4
Plateaux	7 984	971	14,4
Centrale	4 979	609	8,4
Kara	7 233	606	8,4
Savanes	2 877	606	6,7
TOTAL	66 753	7 447	11,2

La lecture de ce tableau par région confirme le profil de la séroprévalence de l'épidémie du VIH/SIDA dans notre pays. **En effet, le pourcentage de séropositifs au VIH décroît du Sud au Nord (11% à Lomé Commune et 4,7 % dans les savanes).** Au niveau national, la proportion des séropositifs est de 9,9%.

Tableau 6: Répartition des cas de dépistés par région dans les sites PTME

REGIONS	DEPISTES	POSITIFS	TAUX
L. COMMUNE	11 116	1 209	10,8 %
MARITIME	5 358	469	8,7 %
PLATEAUX	5 353	238	4,4 %
CENTRALE	2 975	194	6,5%
KARA	3 951	243	6,1 %
SAVNES	4 035	104	2,6 %
TOTAL	32 788	2 457	7,5 %

Au cours de l'année 2008, les CD du PNLs, en dehors des dépistés volontaires, ont fait le test de diagnostic à **2 431** patients dont **1 230** positifs soit un pourcentage de 50,59%.

Le tableau 7 présente la comparaison des données de dépistage de 2005 à 2007.

Tableau 7 : Données comparatives de dépistage de 2006 à 2008 dans les CDVA fixes

Régions	Fréquentation			Dépistés			% de séropositifs		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Lomé com.	36981	42 675	48692	36 201	39 190	47883	12,1	12,1	11,02
Maritime	5564	14 925	12756	5 575	14 725	12271	14,8	12,5	11,94
Plateaux	16720	13 653	13 674	16 635	12 724	13337	7,3	10,4	9,06
Centrale	6401	6 594	8120	6 331	6 096	7954	7,7	10,2	10,09
Kara	10390	8 901	11623	10 396	8 875	11184	6,6	8,3	7,59
Savanes	7203	7 769	7145	7 178	7 328	6912	3,4	4,1	4,29
Total	83859	94 517	102010	82 006	88 938	99541	10	10,8	9,94

A partir des données de ce tableau on note que dans l'ensemble, le nombre de clients fréquentant les centres et le nombre de cas dépistés sur les trois ans, ont connu une augmentation sensible (83859 en 2006 contre 102010 en 2008). **Ainsi on note une augmentation de 8% en 2007 par rapport à 2006 et de 20,9% en 2008 par rapport à 2007.cf figure 1**

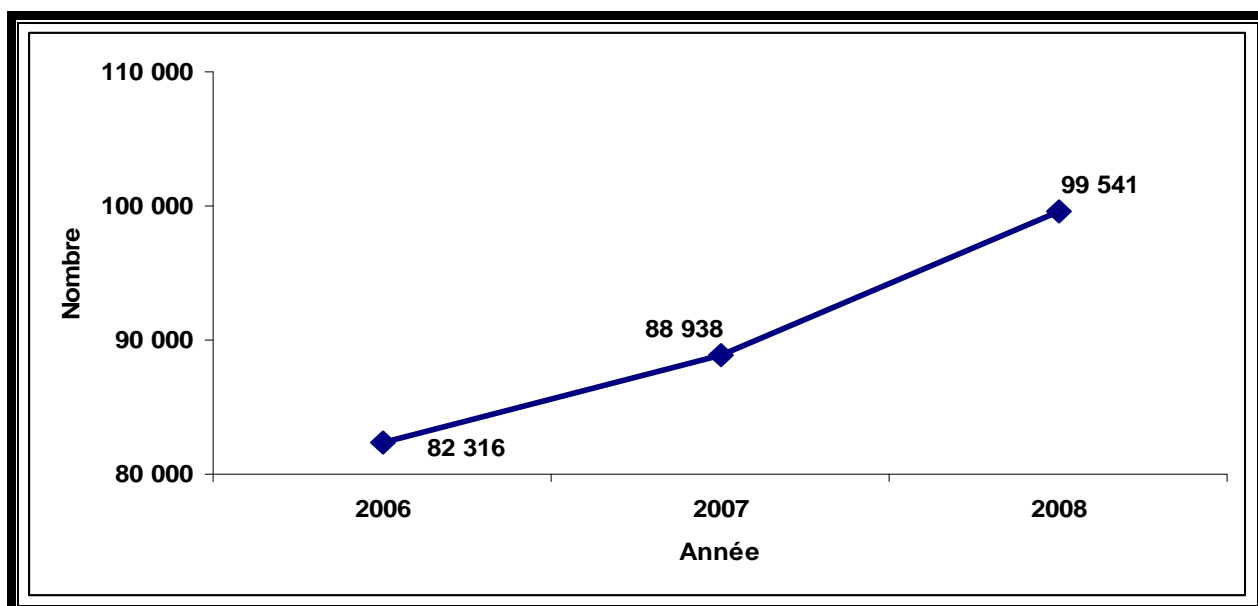


Figure 1 : Evolution du nombre de cas dépistés dans les CDV de 2006 à 2008

Tableau 8 : Distribution par tranche d'âge des dépistés

TRANCHES D'AGE	EFFECTIF	PROPORTION %	PREVALENCE %
0-14 ans	3653	3,7	11,0
15-24 ans	35546	35,7	4,9
25-34 ans	36816	37,0	11,5
35-49 ans	19980	20,1	15,4
50 ans et plus	3546	3,6	13,3

Il est à signaler que le nombre relativement important de séropositifs dans la tranche d'âge de 0 à 14 ans s'expliquerait en grande partie par le fait que ces données, pour la plupart, proviennent des rapports des CDV des hôpitaux où le dépistage des enfants a été important.

On note une forte mobilisation dans la tranche d'âge de 15 à 34 ans avec un accent particulier dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans dans laquelle on observe la majorité des nouvelles infections.

La promotion des nouvelles infections restent élevée (4,9 %) par rapport à la proportion de toutes les infections dans la population (9,9 %). Les messages de promotion de la prévention contre le VIH à l'endroit des jeunes en milieu scolaire et extrascolaire doit être renforcés.

1.2. La stratégie Mobile

L'année 2008 a été par excellence une année riche en programmation des campagnes de dépistage en stratégie mobile.

En effet, la stratégie mobile du dépistage a été organisée par PSI et le projet Corridor afin de réduire les problèmes d'accessibilité géographique aux centres de postes fixes et atteindre les milieux ruraux. Au total, **51429** personnes en ont été dépistées dont 20527 par PSI et 30902 par Corridor. Sur les **51429** cas dépistés **1561** sont positifs (**3,03%**).

La stratégie mobile de PSI a consisté à améliorer l'accessibilité dans les zones d'accès difficiles aux centres de dépistage à l'intérieur du pays et ceci dans toutes les régions sanitaires. Le projet Corridor a concentré, ses interventions sur l'axe routier Lagos – Abidjan.

Aussi, le PNLS a-t-il organisé des journées portes ouvertes sur le dépistage en milieu carcéral. A cet effet 433 détenus de la prison civile de Lomé ont été dépistés dont 33 positifs soit un pourcentage de **7,6 %**.

Tableau 9: Récapitulatif des résultats du dépistage mobile de PSI et du Projet Corridor selon les tranches d'âge.

Tranches d'âges	Effectif	Positif	Prévalence %
0-14 ans	5039	46	0,9
15-24 ans	25376	325	1,3
25-34 ans	10751	565	5,3
35-49 ans	7059	512	7,3
50 ans et plus	3204	113	3,5
Total	51429	1561	3,0

IL existe une différence significative de séropositivité des clients reçus en stratégie fixe (prévalence plus élevée) qu'en stratégie mobile

Tableau 10 : Répartition par sexe et par tranches d'âges du dépistage mobile

Age (ans)	Masculin				Féminin				Total	
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
0-14	2355	39,11	30	3,5	2638	55,4	16	1,9	5 039	100
15-19	7451	46,82	17	0,1	7858	52,4	76	0,6	15402	100
20-24	5280	53,55	40	0,4	4462	44,2	192	1,8	9974	100
25-34	5805	55,6	150	1,3	4381	39,1	415	3,9	10751	100
35-49	3311	50,91	207	2,9	3236	42,3	305	3,9	7059	100
50 et plus	1445	51,9	45	1,	1646	45,1	68	1,9	3204	100
Total	25647	50,97	489	0,9	24221	46	1072	2,1	51429	100

Les femmes sont deux fois plus infectées et les tranches d'âge les plus touchées en sont 25-34 ans et 35-49 ans.

tableau 11 : Récapitulatif des deux Stratégies

Stratégies	Dépistés	%	Positifs	%
Fixe	101 972	66,29	10 134	9,9
Mobile	51 429	33,43	1 561	3
Milieu carcéral	433	0,28	33	7,62
Total	153 834	100	11 728	7,62

En se référant au tableau ci-dessus, on remarque que c'est la stratégie fixe qui a réalisé la majeure partie du dépistage.

La promotion de la stratégie mobile en matière de conseil et dépistage s'avère nécessaire pour toucher les populations qui pour diverses raisons ne fréquentent pas les centres de dépistages fixes.
Nous notons que la prévalence du VIH chez les personnes dépistées au cours de la stratégie mobile est plus faible qu'en poste fixe.
La stratégie mobile doit être développée dans les années à venir pour toucher les populations des zones rurales et semi rurales (la majorité des postes fixes étant en zone urbaine).

1.3. Coordination

Deux réunions ont été organisées dans l'année et ont permis de discuter avec les points focaux IST/VIH régionaux et de districts et les responsables des ONG/Associations sur les problèmes de politique, normes et directives des CDVA, de collecte des rapports, des nouveaux outils de gestion des données et d'approvisionnement des réactifs et consommables. Le groupe thématique Conseil & dépistage s'est réuni deux fois au cours de l'année.

1.4. Problèmes et Approches de solutions

Problème	Approches de solutions
Faible appropriation des interventions au niveau décentralisé	Mettre en place par l'approche district notamment dans le cadre de la PTME pour une meilleure implication des acteurs du district et des régions
Insuffisance de supervision formative	Renforcer les supervisions avec le niveau décentraliser
Insuffisance de motivation des prestataires	Discuter avec le groupe thématique conseil dépistage sur la mise en place d'un mécanisme pour motiver les prestataires

Au total, en fin décembre 2008, 59 sites CDVA sont fonctionnels contre 116 prévus dans le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2007 – 2010 (soit 51 % de taux de réalisation). Le nombre de personnes dépistées en 2008 est de 150897 (pour une cible prévue dans le PSN en 2008 de 110000 soit un taux de réalisation de 130). Fait important, 1/3 des personnes ont été dépistées lors de la stratégie mobile ce qui montre l'intérêt de développer cette stratégie dans le pays.

2. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE-ENFANT

2.1. Couverture

En 2008, 6 nouveaux centres de SMI et SMI/PF (Clinique ATBEF, CMS Kouvé, CMS Témédja, CHP Tchamba, CHR Kara, Hôpital Niamtougou, CMS Bombouaka) ont intégré la PTME dans leur paquet minimum d'activités. Ceci porte à 47 le nombre de sites PTME, soit 7,52%(n=625) des formations sanitaires SMI éligibles. Les 47 sites se répartissent dans 22 districts sur les 35 que compte le pays ; 34055 femmes ont été reçues dans les sites PTME et sensibiliser sur le VIH.

2.2. Interventions

Les activités de PTME dans ses 4 composantes à savoir :

- *prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer,*
- *la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives,*
- *les interventions spécifiques visant à réduire la Transmission mère enfant*
- *les soins, soutien et traitement aux femmes séropositives, à leurs enfants et à leurs familles)* ont été effectives dans 46/47 sites.

Le site de Niouprouma n'a pas mené d'activité en PTME du fait de la mutation des agents formés en PTME juste après l'intégration de la PTME.

Pour les nouveaux sites créés en 2008, les activités ont démarré au cours du deuxième semestre de l'année.

Le présent rapport fait le point des activités de 46 sites qui ont été fonctionnels en 2008.

2.2.1. Prévention Primaire de L'infection A VIH

Les activités relatives à prévention primaire de l'infection à VIH ont été essentiellement :

- L'organisation des séances de causerie éducatives portant sur des thèmes en rapport avec la prévention VIH et les avantages de la PTME avant chaque séance de CPN dans les sites PTME. Au total 4 541 séances ont été organisées en 2008.
- L'offre de counseling individuel au cours de la CPN sur le dépistage de l'infection à VIH. Au cours de l'année 2008, 32 945 femmes enceintes ont été sensibilisées à travers les séances de counseling.

En réalité, il est difficile en dehors des sites PTME d'évaluer le nombre de femmes en âge de procréer sensibiliser sur le VIH au Togo

Tableau12 : Résultats du Conseil dépistage volontaire chez les femmes enceintes et leurs partenaires en 2008

Indicateurs	2006	%	2007	%	2008	%
Nombre de femmes enceintes reçues en CPN1	24116		27543		34 055	
Nombre de femmes enceintes ayant reçu un counseling	26990		27697		32 945	
Nombre de femmes enceintes dépistées	19031	70,5%	20553	74,2%	30 709	90%
Nombre de femmes enceintes connaissant leur statut sérologique	15347	80,6%	16261	79,1%	25 987	84,6%
Nombre de femmes enceintes dépistées positives	1334	7%	1481	7,2%	2 093	6,8%
Nombre partenaires dépistés	641	3,3%	941	4,5%	1 496	4,8
Nombre d'enfants testés à 18 mois d'âge	68	36,9%	249	41,8%	389	63%

Grâce aux activités sus citées, **30 709** soit 90% des femmes enceintes reçues nouvellement en Consultation prénatale ont accepté le test de dépistage. Mais seulement 4,8% de leurs partenaires connaissent leur statut sérologique.

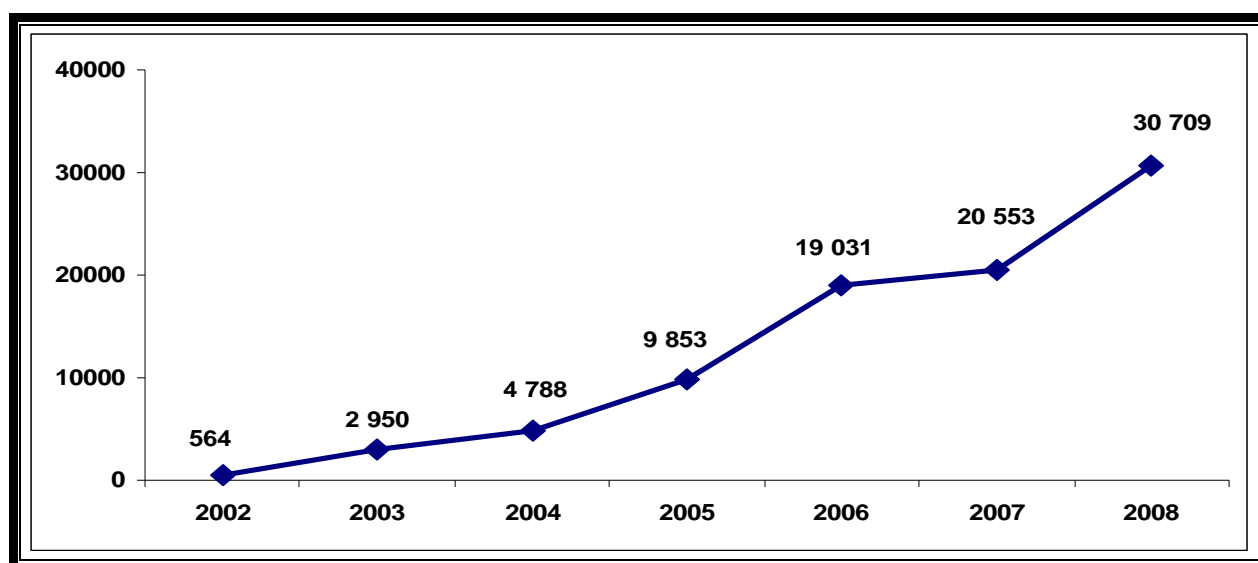


Figure 2 : Evolution du nombre de femmes enceintes dépistées de 2002 à 2008.

Le taux d'acceptation du test est en constante progression depuis le démarrage de la PTME. Il est passé de 13% en 2002 à 90% en 2008 traduisant la compréhension de l'importance du programme de PTME par les femmes.

Cependant, la qualité du counseling doit être régulièrement évaluée pour répondre aux besoins de la cible concernée puisqu'on constate que 15% des femmes dépistées en 2008 ne sont pas revenues chercher leurs résultats (Tableau 12).

Le taux de séropositivité parmi les femmes enceintes dépistées sur les sites PTME est de 6,8%.

2.2.2. Prévention des grossesses non désirées

Les femmes séropositives après l'accouchement sont référées vers les services de planification familiale où elles bénéficient des conseils appropriés. Ce pendant la majorité ne choisit pas le préservatif du fait de la résistance des conjoints. *Il n'existe pas encore de données chiffrées sur la prévention des grossesses chez les femmes séropositives*

L'un des objectifs de la PTME est que toute femme enceinte testée connaisse son résultat. Il est nécessaire de revoir d'une part la qualité des services offerts aux femmes enceintes (pré test temps d'attente des résultats) et d'autre part la mobilisation de la communauté u compris les partenaires de ces femmes. Pour augmenter le nombre de femmes enceintes dépistées et qui connaissent leur résultat, le PNLS/IST prévoit en 2009, de former les prestataires à faire eux-mêmes les tests de dépistage par le sang capillaire au niveau des sites PTME

2.2.3. Interventions Spécifiques visant à réduire la TME

2.2.3.1 Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes et leurs nouveaux nés

Le protocole de monoprofylaxie a été remplacé cette année par la triprophylaxie à base de la zidovudine, la lamivudine et la névirapine. Le protocole de la triprophylaxie est appliqué dans 44 sites sur les 47 fonctionnels.

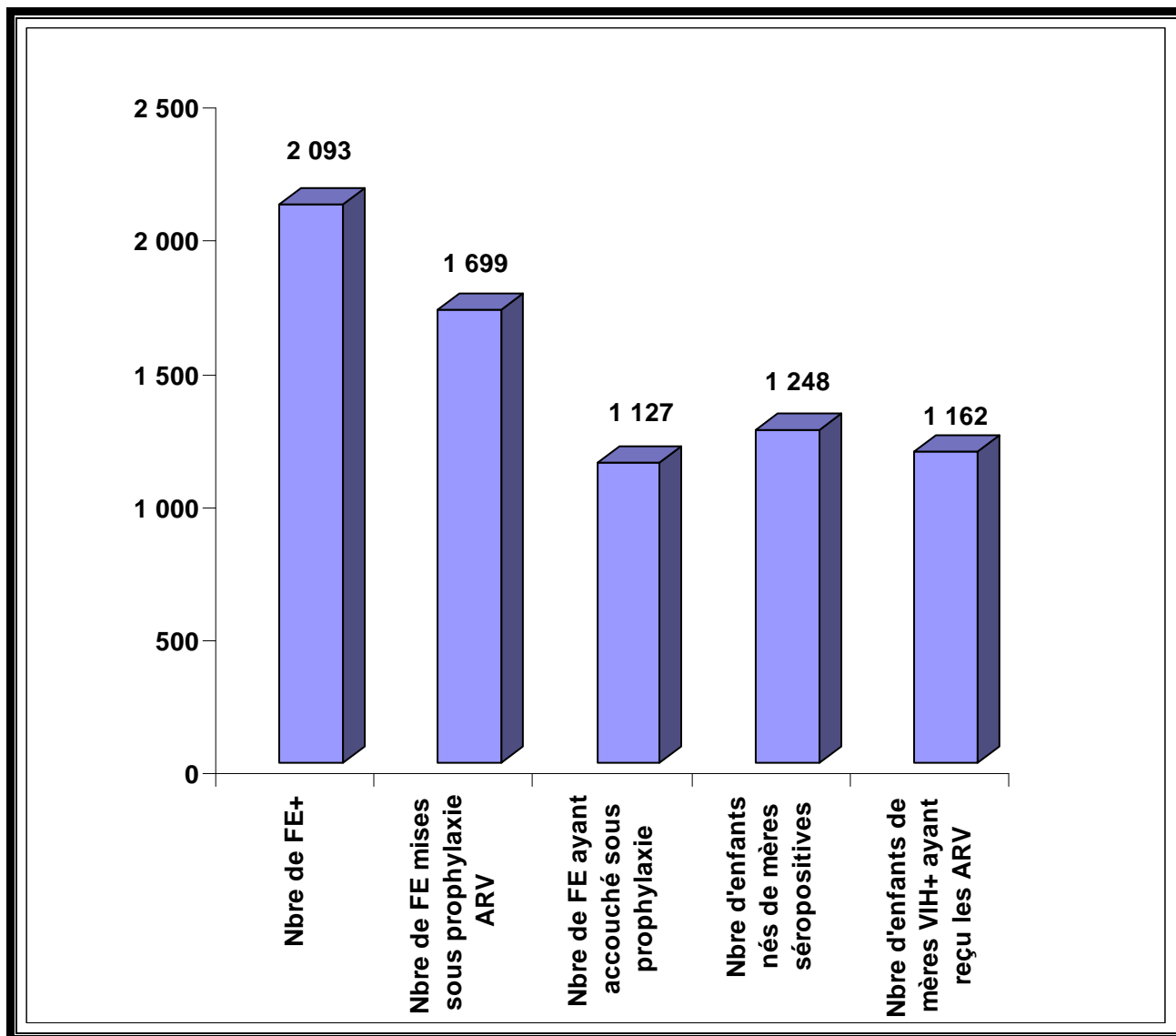


Figure 3: Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives et leurs nouveaux nés

En 2008, 1 127 soit 53,8 % des femmes enceintes dépistées séropositives ont accouché avec une prophylaxie ARV complète dans le but de réduire la TME. Cette proportion correspond à 56,3% de l'objectif prévu pour 2008 dans le Plan Stratégique National (n=2000).

Parmi les 1248 nouveaux nés de mères séropositives, 1 162 soit 93 % ont reçu la prophylaxie ARV.

2.2.3.2 Alimentation des nourrissons nés de mères séropositives

L'allaitement maternel exclusif reste le mode d'allaitement le plus accessible pour les mères séropositives. 834 nouveaux nés de mères séropositives ont été mis sous allaitement maternel exclusif.

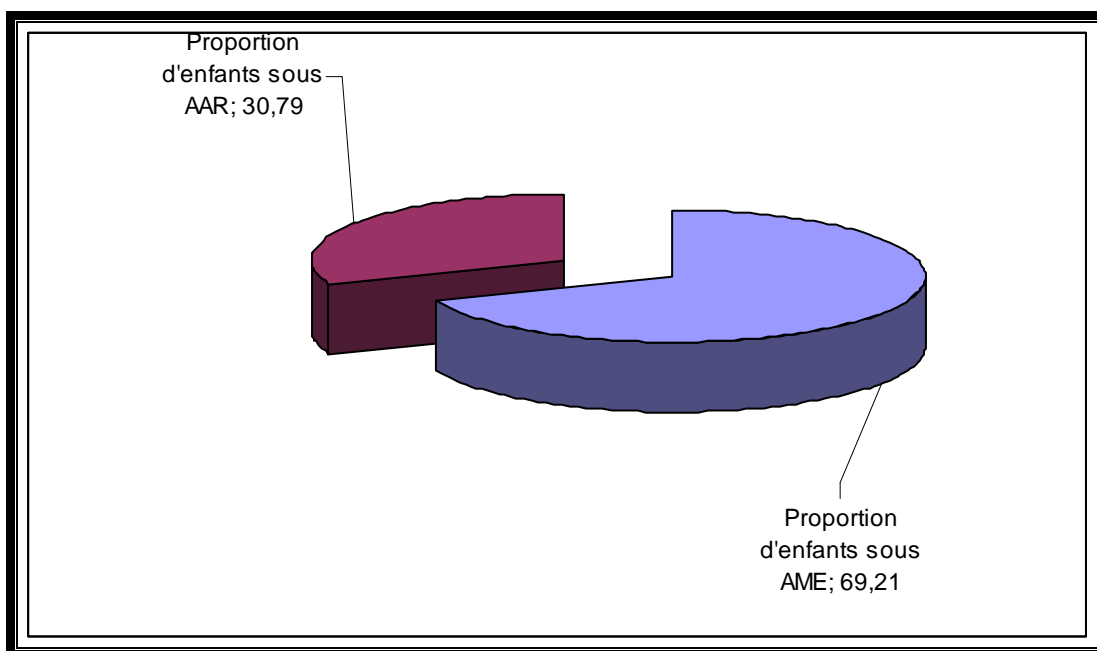


Figure 4: Option d'allaitement chez les enfants nés de mère séropositives

2.2.4 Prophylaxie au cotrimoxazole

Cette prophylaxie a été administrée aussi bien aux femmes enceintes séropositives, mères séropositives qu'à leurs enfants

Les femmes enceintes séropositives ayant bénéficiées du cotrimoxazole sont de 1 137 et leurs enfants de 737 soit respectivement 69 % des enfants suivis et 36,8% par rapport à la cible du PSN.

2.2.5 Soins et soutien des femmes séropositives et suivi des enfants

Tableau. 13 : Suivi et soins des enfants de mères séropositives

INDICATEURS	2008	
Nbre d'enfants vivants de mères VIH+	1 205	97%
Nbre d'enfants suivis	1 064	88%
Nbre d'enfants sous cotrimoxazole	737	69%
Nbre d'enfants dépistés à 18 mois	389	63% (617 nouveaux nés de mère séropositive ayant reçu la prophylaxie en 2006)
Nbre d'enfants dépistés positifs à 18 mois	80	20,5%

Parmi les enfants de mères séropositives vivant, 88 % sont suivis mais ceux qui ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole représentent 69 %. Une analyse du mécanisme de suivi du couple mère enfant sur les sites de PTME en vue de réduire le taux de perdus de vue parmi les enfants sera une des priorités du programme en 2009.

389 enfants ayant l'âge de 18 mois connaissent leur statut sérologique. La proportion d'enfants de mères séropositives suivis dépistés positifs à 18 mois d'âge est de 20,5%.

L'accompagnement psychosocial des mères et de leurs enfants se fait à travers les réunions de groupes de parole qui se tiennent mensuellement dans certains sites PTME.

Il en existe actuellement dans 12 sites sont fonctionnels.

Le fonctionnement de ces groupes de parole a souffert d'une insuffisance en ressources financières pour offrir des collations ou un appui nutritionnel et des AGR aux femmes.

Cette situation entraîne une déperdition des enfants suivis sur les sites PTME au profit de certaines ONG de prise en charge des PVVIH pouvant offrir certains des avantages sus cités. Un partenariat avec les ONG de prise en charge communautaire pourrait être aussi une piste pour réduire le taux de perdus de vue lors du suivi du couple mère enfant. Cependant, un cadre formel de collaboration devra être défini au préalable pour définir les rôles et responsabilités de chaque partie prenante.

Concernant le soutien aux femmes séropositives et à leurs enfants, du lait artificiel et de la farine enrichie ont été donnés à certains sites à travers plusieurs partenariats. C'est ainsi que l'Hôpital de Bè a bénéficié de l'appui de la Fondation Ouest Africaine de l'alimentation (FOAA) pour 346 enfants, les sœurs de la Providence de Kouvé ont bénéficié de l'appui des confessionnels pour 17 enfants et la pédiatrie du camp RIT de l'appui de la fondation GSK pour 44 enfants.

Le Togo dispose désormais d'un appareil pour la PCR, acquis grâce à l'Organisation Panafricaine de lutte contre le sida (OPALS) qui permettra d'établir le diagnostic précoce chez les enfants nés de mères séropositives.

L'un des goulots d'étranglement du programme PTME est le taux encore élevée de perdu de vue du couple mère-enfant entre les sites PTME et les sites de prise en charge.

L'implication des acteurs communautaires dans la mise en œuvre de la PTME reste pour le moment insuffisante et doit être mieux formaliser, en effet la mise en réseau des sites PTME et les sites de prise en charge et des acteurs associatifs est une stratégie à développer afin de réduire ce taux de perdu de vue et augmenter la performance dans le suivi du couple mère enfant.

2.3. Formation

- 120 prestataires ont été formés sur la PTME contre 200 prévus pour 2008 grâce à l'appui financier de l'UNICEF, GSK, OCAL, OPALS
- 105 ont été recyclés sur le nouveau protocole de triprophylaxie dans le cadre de la PTME
- 23 membres des équipes cadre de région, de district et du niveau central ont été formés sur la méthodologie de la formation et sur les manuels du formateur et de l'apprenant en PTME.

2.4. Supervision

Une visite de supervision a couvert 41 de 47 sites fonctionnels en 2008. Cette supervision menée conjointement avec les équipes cadres de région a permis d'identifier un certain nombre de points à améliorer.

Les difficultés liées au remplissage des outils de collecte de données, le non respect des étapes du counseling, l'administration du protocole de triphosphylaxie ont été résolus dans l'immédiat.

2.5. Coordination des activités

- L'unité PTME a participé à 03 réunions avec les points focaux sur la collecte des données, l'appropriation des interventions au niveau décentralisé et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre.
- Le groupe thématique PTME/PECP a tenu 6 réunions au cours de l'année pour d'abord valider les TDR du groupe et mettre en place un bureau de gestion, présenter le programme et les difficultés rencontrées, discuter des mécanismes d'approvisionnement en intrants de sites, discuter du suivi du couple mère-enfant et la validation des TDR pour la consultation sur le suivi du couple mère-enfant.

2.6. Problèmes et approches de solutions

Tableau 14 : *Problèmes rencontrés*

Problèmes	Approches de solutions
Faible appropriation des interventions de PTME au niveau décentralisé	Mettre en place par l'approche district notamment dans le cadre de la PTME pour une meilleure implication des acteurs du district
Insuffisance dans le suivi des enfants des enfants de mères séropositives	Faire une analyse de la situation du suivi du couple mère-enfant dans le cadre de la PTME afin d'apporter les corrections nécessaires
Insuffisance dans la gestion des médicaments	Rendre opérationnel un système d'approvisionnement des intrants intégrant la CAMEG et ses dépôts régionaux

Au total, en fin Décembre 2008, les pays comptaient 47 sites PTME. Il était prévu dans le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2007 – 2010 de disposer de 60 sites PTME 2008 (ce qui fait un taux de réalisation de 78,3 %). Ces sites ont offert des services complets (accouchement sous prophylaxie ARV à 1127 femmes séropositives et à 1162 nouveaux nés soit respectivement des taux de réalisation de 56,3 % et 58 % par rapport à l'objectif fixé dans le PSN (2000 femmes et 2000 nouveaux nés). Aussi par rapport au PSN 58 % des femmes enceintes séropositives et 37 % de leurs enfants ont bénéficiés du cotrimoxazole.

3. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST

En 2008, L'unité chargée des Infections sexuellement transmissibles et des interventions ciblées pour les travailleuses de sexes (IST/IC-TS) a coordonné les activités du diagnostic et du traitement des IST au sein de la population générale et le suivi du dépistage actif de ces infections chez les travailleuses de sexe (TS).

3.1. Couverture

3.1.1 Prise en charge des IST

La prise en charge des IST est essentiellement basée sur l'approche syndromique.

Les structures de prise en charge des IST sont réparties sur toute l'étendue du territoire. Le tableau suivant montre la répartition de ces structures par région sanitaire

Tableau 15 : Situation des Structures de PEC des IST par région

REGIONS	STRUCTURES DE PEC	EFFECTIFS PAYS	TX DE COUV PEC IST (%)
Région de Lomé commune	18	59	30,51
Région Maritime	108	127	85,04
Région des plateaux	188	211	89,10
Région Centrale	81	92	88,04
Région de la Kara	112	131	85,50
Région des Savanes	66	71	92,96
Total	573	691	82,92

3.1.2 Suivi de dépistage actif des IST chez les TS

Les onze services adaptés (SA) pour les TS implantés dans les régions se présentent comme suit :

Région de Lomé commune : 3 SA (Amoutivé, Bè et Adakpamé)

Région Maritime : 1 SA (Agoè)

Région Centrale : 1 SA (CMS Bon secours)

Région des plateaux : 3 SA (Kpalimé, Anié et Gléi)

Région de la Kara : 1 SA (Polyclinique de Kara)

Région des Savanes : 2 SA (Dapaong et Cinkassé)

Les 11 SA sont fonctionnels et transmettent les données.

3.2. Fréquentation

573 structures de soins ont notifié au cours de l'année 2008 un total de 80024 cas d'IST. Les différents syndromes IST diagnostiqués, traités et notifiés sont : Ecoulement urétral, Ecoulement vaginal, Ulcération génitale, Douleurs abdominales basses, Bubon inguinal, Tuméfaction du scrotum, Conjonctivite du nouveau-né et Condylomes ou végétations vénériennes.

3.2.1 Situation des différents syndromes IST en 2008

Les cas d'IST notifiés en 2008 sont répartis en fonction des tranches d'âges (**fig. 5**), du sexe (**fig. 6**) et des régions sanitaires (**fig. 7**).

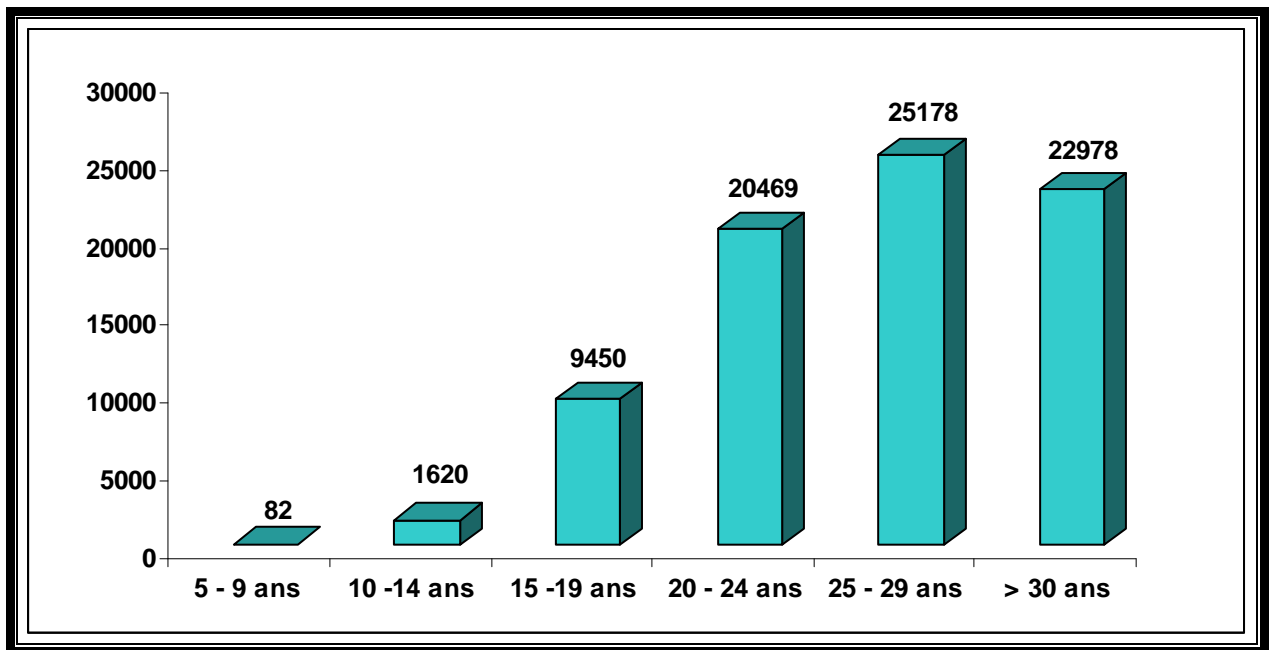


Figure 5: Cas de Syndrome IST notifiés en 2008 par tranche d'âge

La répartition des patients souffrant d'IST montre 31,46 % de tranche d'âge de 25 à 29 ans représente la proportion la plus touchée, suivie de celle plus de 30 ans (28,71 %) et de 20 à 24 ans (25,58 %).

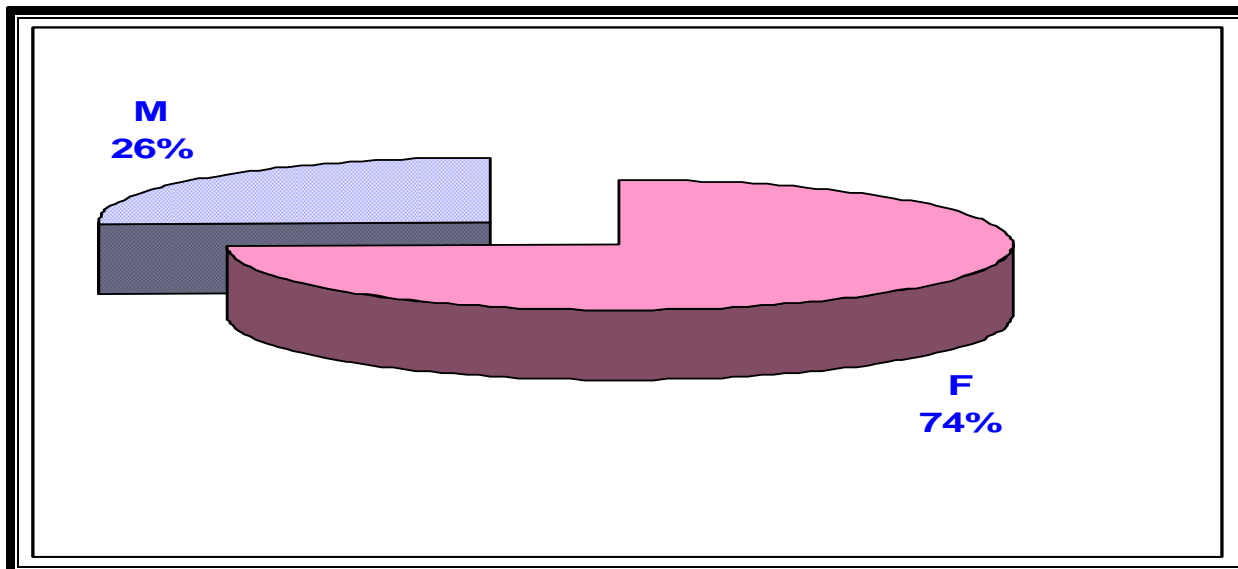


Figure 6: Cas de Syndrome IST notifiés en 2008 par selon le sexe

Sur le nombre de cas des IST enregistrés, les patients de sexe féminin (59489 Femmes et 20535 Hommes) représentent les deux tiers de l'ensemble.

Il faut souligner comme par le passé que les cas d'IST sont plus diagnostiqués dans la plupart des cas aux consultations prénatales ; les hommes consultent moins dans les structures publics.

Il est à noter que la région maritime a plus notifié de cas d'IST par rapport aux autres régions 30% (17268 cas d'IST en 2007 toujours en première position) suivi de la région des plateaux 24% (15974 cas d'IST en deuxième position aussi en 2007). La région Lomé commune vient en troisième position pour la première fois (7463 cas en 2007, 3013 en 2006 et 4362 en 2005).

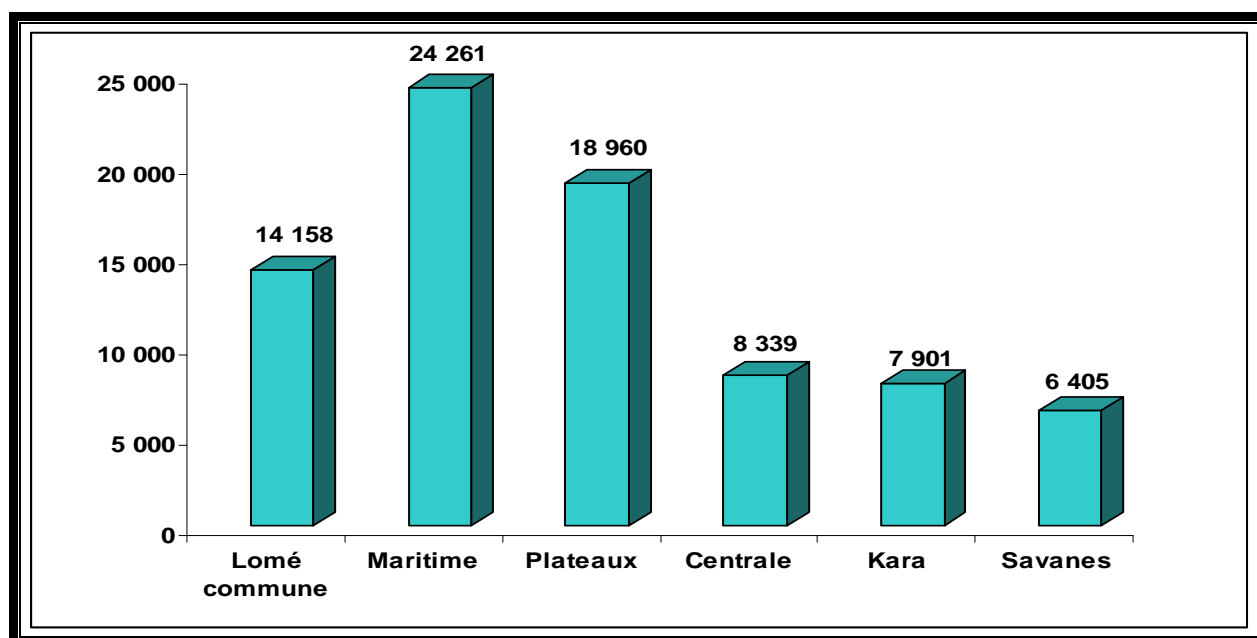


Figure 7: Répartition des cas d'IST par région en 2008

Le nombre élevé des cas d'IST au cours de cette année dans les régions Maritime et Lomé commune s'explique par la stratégie avancée de diagnostic et de traitement des syndromes IST réalisée par les dites régions.

D'une façon générale, l'analyse des résultats de notification des syndromes d'IST en 2008 sur toute l'étendue du territoire montre que les écoulements vaginaux constituent le syndrome le plus notifié 40% (contre 24972 en 2007) suivi du syndrome inflammatoire pelvien ou douleurs abdominales basses 17% (contre 11440 en 2007) et de l'écoulement urétral 9% (4507 en 2007).cf. Tableau 16

Tableau 16 : Nombre de syndromes IST notifiés en 2008

SYNDROMES IST	Total	%
Écoulement Urétral	6618	8,27
Écoulement Vaginal	31792	39,73
Ulcération Génitale	3761	4,70
Tuméfaction du Scrotum	387	0,48
DI Abd Basses ou S I Pelvien	13431	16,78
Bubon Inguinal	203	0,25
Végétation Vénérienne ou Condylome	409	0,51
Conjonctivite du NN	247	0,31
Nombre Partenaires traités	23176	28,96
Total	80024	100,00

D'autre part les partenaires traités représentent 29 % des patients atteints d'IST traités.

L'analyse des résultats de la notification des cas IST notifiés par approche syndromique montre que Le nombre de cas d'IST augmente chaque année; il a doublé en deux ans.

Nous pouvons expliquer cette situation par la réalisation des meilleures pratiques du contrôle des IST. Notamment, l'amélioration du renforcement des compétences des prestataires par des formations en prise en charge syndromique des IST, de l'amélioration de l'enregistrement et de notification des cas, l'adoption des stratégies avancées prise en charge, et surtout l'offre (parfois gratuit aux patients souffrants d'IST en stratégies avancées) des soins et médicaments essentiels génériques anti-IST.

Par rapport aux régions, cette évolution est très remarquable dans les régions maritimes et des plateaux.

L'initiative de la stratégie avancée en matière de diagnostic et de traitement des IST a été efficace en terme d'atteinte couverture et nécessite la bulgarisation au niveau des autres régions sanitaires. Il est nécessaire de mettre en place de nouvelles stratégies visant la population masculine (26 %) afin d'augmenter leur propension à consulter les structures de soins en cas d'IST.

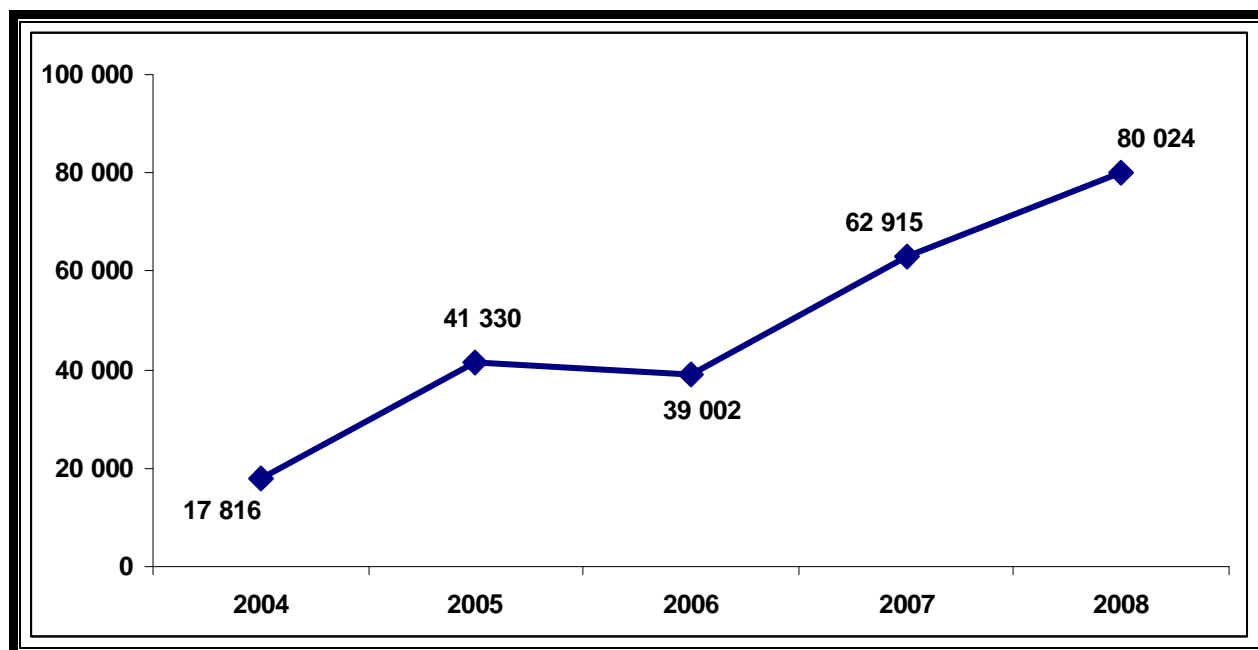


Figure 8: *Évolution des cas d'IST enregistrés de 2004 à 2008*

3.2.2 Suivi des Travailleuses de Sexe (TS)

Au cours de cette de l'année 2008 six cent soixante deux (662) nouvelles travailleuses de sexes (TS) ont été consultées pour la première fois dans les 11 SA. 702 syndromes des IST sont diagnostiqués et prise en charge en dépistage actif ou passif auprès de ce groupe vulnérable au VIH sur un total de 314 TS enregistrés au cours de l'année (Tab 17).

La mobilisation et l'orientation des TS vers les SA ne s'effectuent presque plus par les pairs éducateurs à cause du manque des ressources financières ce qui explique la chute du nombre de TS en 2008

Tableau 17 : *Récapitulatif des activités des services adaptés pour les TS*

Activités menés dans les 11 services adaptés	Total en 2007	Total en 2008
Total Travailleuses de Sexe (TS) enregistrées	2747	1 314
Total Nouvelles TS reçues	898	662
Total de cas IST enregistrés chez les TS	1340	702
Total de préservatifs (masculin /féminin) distribués ou vendus	11 140	141 601

3.3. Formation

Au cours de l'année 2008 nous avons formé 20 formateurs et 160 prestataires de soins sur la prise en charge des IST.

3.4. Coordination

- Deux réunions ont permis à l'unité de discuter avec les points focaux régionaux sur la notification des syndromes d'IST et sur les données issues du recensement des structures de soins de PEC des IST.
- L'unité a également :
- Organiser un atelier de concertation et d'harmonisation de la prise en charge des groupes vulnérables notamment les TS et les jeunes
- réaliser la cartographie des structures de prise en charge des IST

- participer à l'élaboration du protocole d'évaluation de la qualité de la PEC des IST au cours de la mission du Conseiller en traitement et soins du Sida à IST

3.5. Difficultés et approches de solution

Tableau 18 : *Problèmes rencontrés*

Difficultés	Approches de solution
Difficultés liées à la réception des rapports trimestriels/Semestriels des IST qui ne parviennent pas automatiquement à l'unité (s'il n'y a pas eu de coup de fil téléphonique)	Mettre en place un système performant de collecte et de rapportage des données
Difficultés liées aux formations/recyclages des formateurs/prestataires à l'utilisation du guide du formateur et de PEC des IST révisés	Mettre à la disposition de l'unité des moyens financiers pour les formations/recyclages des formateurs/prestataires
Difficultés d'effectuer les suivis/supervisions dans les régions en vue d'échanger avec les points focaux régionaux.	Mettre à la disposition de l'unité des moyens financiers et logistiques pour la réalisation des activités de suivis.

Au cours de l'année 2008, 573 structures de soins ont notifié 80024 cas d'IST contre 60 000 cas prévus dans le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2007 – 2010 (soit 133 % de taux de réalisation). Ce résultat s'explique par le fait que deux régions sanitaires ont réalisé une stratégie avancée de diagnostic et de traitement des syndromes IST. En matière de renforcement des capacités des personnels, il y a eu la formation de 160 prestataires en prise en charge des IST soit un taux de réalisation de 53 % par rapport à l'objectif fixé dans le PSN (300 personnels de santé à former).

4. SECURITE TRANSFUSIONNELLE

La sécurité transfusionnelle est coordonnée au Togo par le service national de transfusion sanguine qui supervise les activités du CNTS et du CRTS.

Le programme de sécurité transfusionnelle est financé par l'AFD et dans la nouvelle stratégie mise en place en 2007, il y a deux pôles de qualifications : le CNTS de Lomé qui couvre les besoins de Lomé commune, des régions des maritimes et des plateaux et le CRTS de Sokodé qui couvre les activités des régions centrales, Kara, et des savanes.

4.1 Données des zones couvertes par le CNTS

En 2008, le CNTS a testé 18164 poches de sang, le taux de prévalence du VIH est de 1.2% contre 4.7 pour le VHB et 2.5 pour le VHC

Tableau 19 : Prévalence des marqueurs viraux sur les 18 164 dons de sang en 2008

	Nombre	Pourcentage (%)
VIH positif	221	1,21
VHB positif	853	4,70
VHC positif	459	2,52
Total	1 520	8,44

4.1.1 Évolution des marqueurs viraux selon les années au CNTS

Depuis 2003, on note une baisse régulière de la prévalence du VIH chez les donneurs de sang dans la zone couverte par le CNTS (4% en 2003, 1.6% en 2007 et 1.2% en 2008). Cette tendance est notée aussi pour le VHB (12% en 2003 vs 4.7% en 2008). Par contre après une baisse notée entre 2003 et 2007 on note une prévalence de 2.5% en 2008 pour le VHC. La tendance à la régression de marqueurs viraux et surtout du VIH montre l'effort effectué par le CNTS dans la fidélisation et la sélection des donneurs notamment dans les postes fixes (Figure 9)

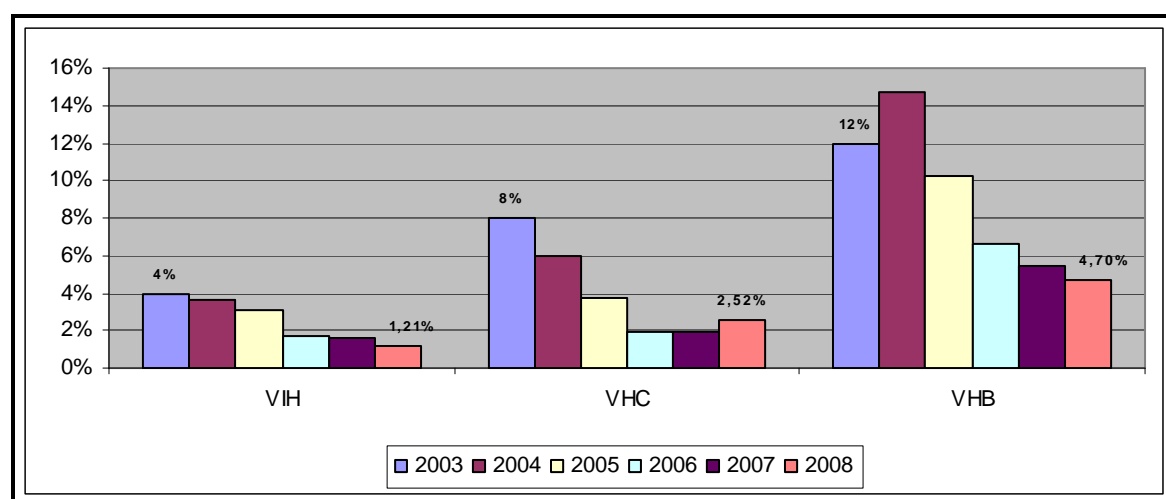


Figure 9 : Evolution des marqueurs viraux chez les donneurs de sang entre 2003 et 2008 dans les régions des plateaux, maritime et Lomé comme

4.2. Données des zones couvertes par le CRTS

Dans les zones couvertes par le CRTS, 4768 poches de sang ont été collectées et testées en 2008. La prévalence des marqueurs viraux sont VIH (3.2%) VHB (19.7) et VHC (4.4%). Entre 2005 et 2008, la prévalence du VIH est passée de 4.1% en 2005 à 3.2% en 2008, la prévalence du VHB a augmenté de 13.4% en 2005 à 18.9% en 2008, la prévalence du VHC est restée presque stationnaire (4.9 % en 2005 4.4% en 2008). La figure illustre l'évolution de la prévalence des trois virus chez les donateurs de sang dans la région septentrionale (Figure 10)

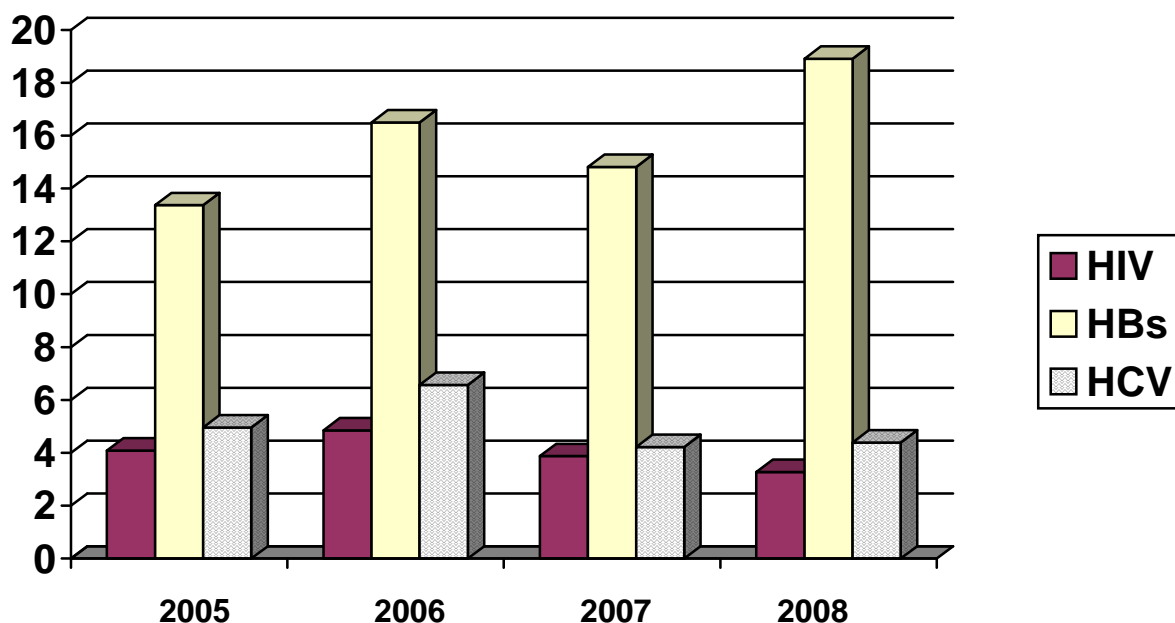


Figure 10 : Evolution des marqueurs viraux dans la zone couverte par le CRTS

Contrairement au profil de la prévalence VIH qui décroît de Lomé à Dapaong, la prévalence du VIH chez les donateurs de sang est plus élevée dans les zones du nord couvertes par le CRTS (3,2 %) que les zones du sud couvertes par le CNTS (1,2 %).
Cela montre que les progrès importants sont réalisés par le CNTS dans la fidélisation et dans la sélection des donateurs du sang. Ces progrès méritent d'être consolidés et amplifiés et répliqués au niveau des zones de couverture du CRTS.



II - Soins, Traitements et Soutien

1. SOINS ET TRAITEMENT DES PVVIH

Le domaine de soins et traitement des PVVIH est l'intervention majeure relevant de la coordination du PNLS. En 2008, nous avons réalisé des progrès sensibles en matière de couverture thérapeutique par les ARV

1.1. Couverture

1.1.1 En structures de prise en charge

Le Ministère de la Santé à travers le PNLS/IST a effectué un recensement des PVVIH enregistrées et suivies au niveau des différentes structures de soins sur toute l'étendue du territoire. La prise en charge médicale est effective dans 28 structures publiques, 21 structures privées et 23 structures des ONG/Associations soit au total 70 structures de prise en charge médicale.

1.1.2 En thérapie par les ARV

Le nombre de malades bénéficiant d'un traitement ARV s'est accru 6993 en fin 2006, 7 980 fin 2007 et **11 211** en fin 2008 soit respectivement 27,3 %, 30,4%, et **41.7 %** des malades estimés à un stade avancé de la maladie ayant besoin de traitement.

Le taux d'atteinte par rapport à la cible du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH 2007-2010 est à **117,4%**.

Cet accroissement bien que louable est en dessous des prévisions nationales car nous sommes encore loin de l'objectif de taux de couverture de 80% dans le cadre de l'accès universel aux traitements

1.2 Fréquentation des centres de prise en charge

On dénombre au total 23 319 PVVIH régulièrement inscrites au niveau de sites de prise en charge répartis sur toute l'étendue du territoire. Sur le plan géographique la distribution en fonction des régions sanitaires se présente comme suit : 53,4 % à Lomé Commune, 18,8 % dans la Maritime, 10,2 % dans les Plateaux, 8,7 % dans la Centrale, 5,5 % dans la Kara et 3,4 % dans les Savanes.

Parmi les personnes fréquentant les sites, 66% des PVVIH sont de sexe féminin (68% en 2007) (figure 11).

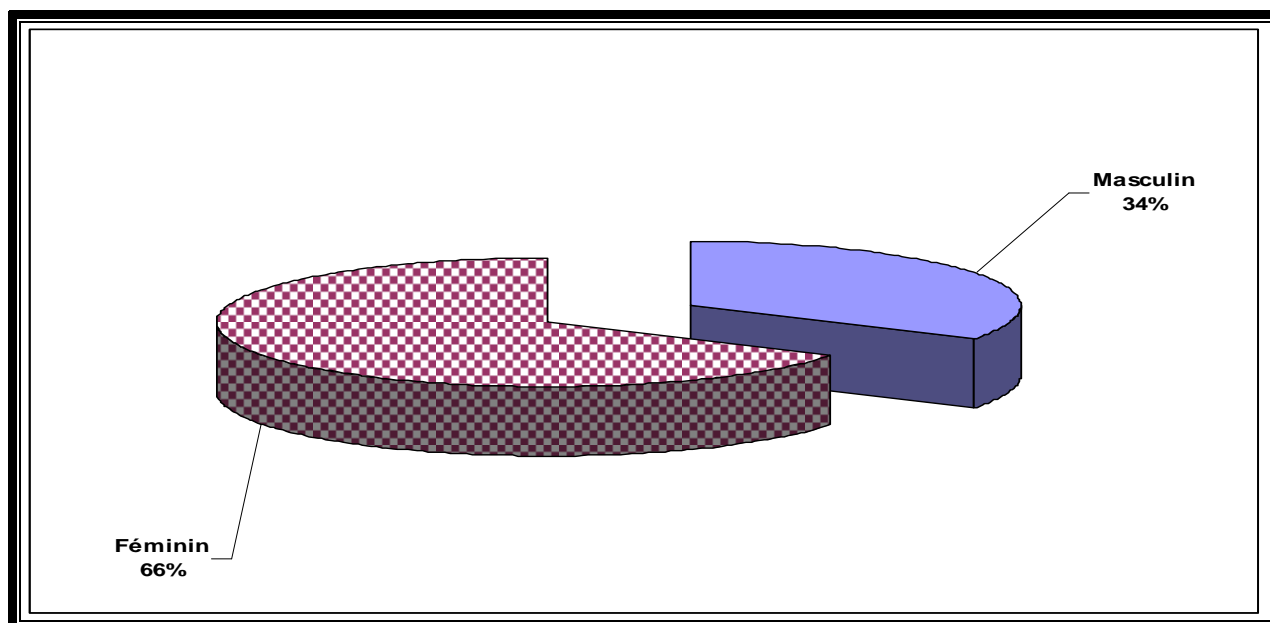


Figure 11: Répartition des PVVIH enregistrées en fonction du Sexe

1.2.1 Évolution dans le temps du nombre de PVVIH sous ARV

Le nombre de PVVIH est passé de **7980** en fin 2007 à **8781** en novembre puis brusquement à **11 211** au 31 Décembre 2008. **Ce qui correspond à un taux e couverture thérapeutique de 41 %.**

La gratuité des ARV décrétée le 17 novembre 2008 à contribuer l'accélération de la couverture thérapeutique, ainsi 2430 PVVIN en attente de traitement ont eu accès aux ARV en moins de six semaines.

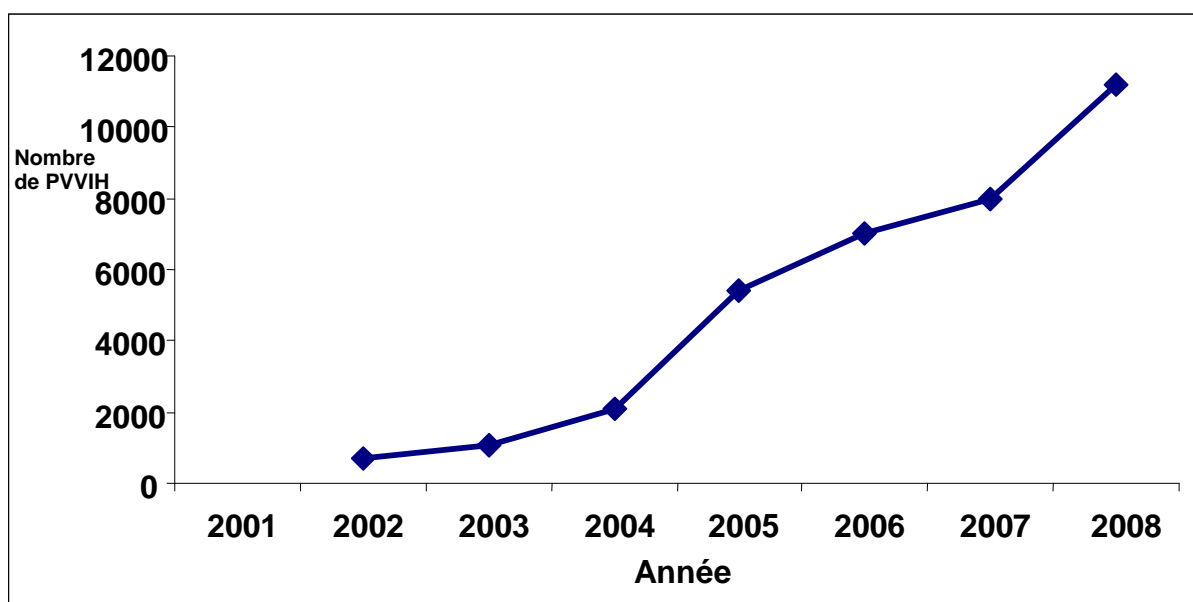


Figure 12 : Evolution du nombre de PVVH sous ARV depuis 2002

1.2.2. La prise en charge des infections opportunistes (IO)

La prise en charge des infections opportunistes est essentiellement assurée par les Médecins, les assistants médicaux et les infirmiers formés à cet effet. Les stocks mis à disposition du programme à travers le projet continuité de soins pour 2300 PVVIH, ont été nettement insuffisants par rapport aux besoins du pays.

Seules **8846** en 2008 ont bénéficiés de la chimioprophylaxie au cotrimoxazole pour prévenir certaines des infections opportunistes (toxoplasmose, pneumocystose, diarrhées à *Isospora belli*), dont la répartition par régions sanitaires est présentée sur la figure 13 ci-après :

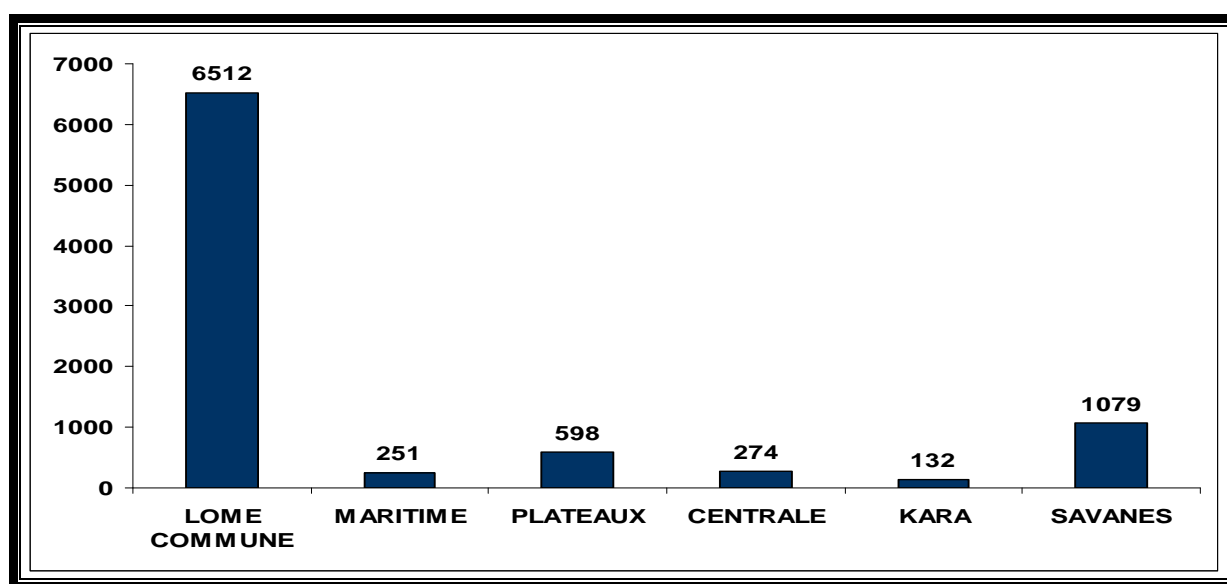


Figure 13: Répartition des PVVIH ayant bénéficié de la chimioprophylaxie au cotrimoxazole.

1.3 Traitement de la co-infection tuberculose /VIH

La prise en charge de la co-infection TB/HIV n'est pas encore systématisée. Le plan conjoint de prise en charge TB/VIH, élaboré en août 2007 n'est pas encore mis en œuvre. Toutefois, les cas de co-infection TB/VIH notifiés sont pris en charge de manière concertée avec les spécialistes des deux programmes (PNLT et PNLS-IST).

La situation faite à la réunion du comité national de coordination des interventions de lutte contre la co-infection montre que seuls 22,39% des TPM+ ont pu bénéficier de test de dépistage VIH du 1^{er} janvier au 22 août 2008 dans les CDT.

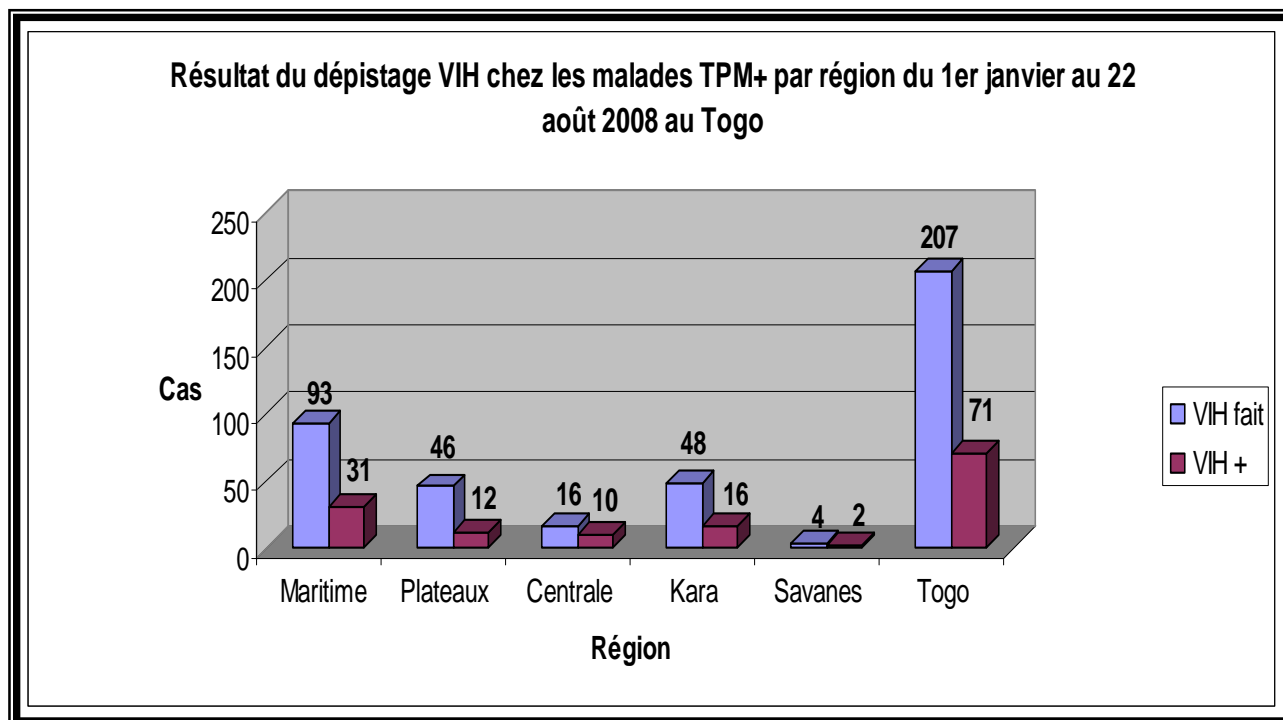


Figure 12 :

Figure 14 : Résultat du dépistage VIH chez les malades TPM+ par région du 1^{er} au 22 août 2008 au Togo

Parmi eux 36,20% sont Co-infectés par la tuberculose et le VIH. Au cours de cette même période, 73% des décès enregistrés chez les malades TPM+ étaient survenus chez des malades Co-infectés. La notification des cas Tb chez les PVVIH par les structures de PECM n'est pas encore totalement effective. Une action urgente vis-à-vis des structures de PECM des PVVIH s'avère nécessaire pour améliorer la notification.

1.4 La thérapie antiretrovirale (TARV)

1.4.1 Les types de traitement ARV

D'une façon générale les informations recueillies sur les traitements ARV concernent seulement les régimes d'ARV sous lesquels les patients étaient au moment de l'enquête. Les informations concernant la dispensation proprement dite ne sont pas recueillies étant donné que cette dispensation se fait au niveau des structures de la CAMEG.

La fréquence proportionnelle de tous les TARV montre que la Triomune (3TC/D4T/NVP) occupe la première place (**77%**) suivie de très loin par la combinaison AZT/3TC +EFV (17%) comme l'indique la figure ci après :

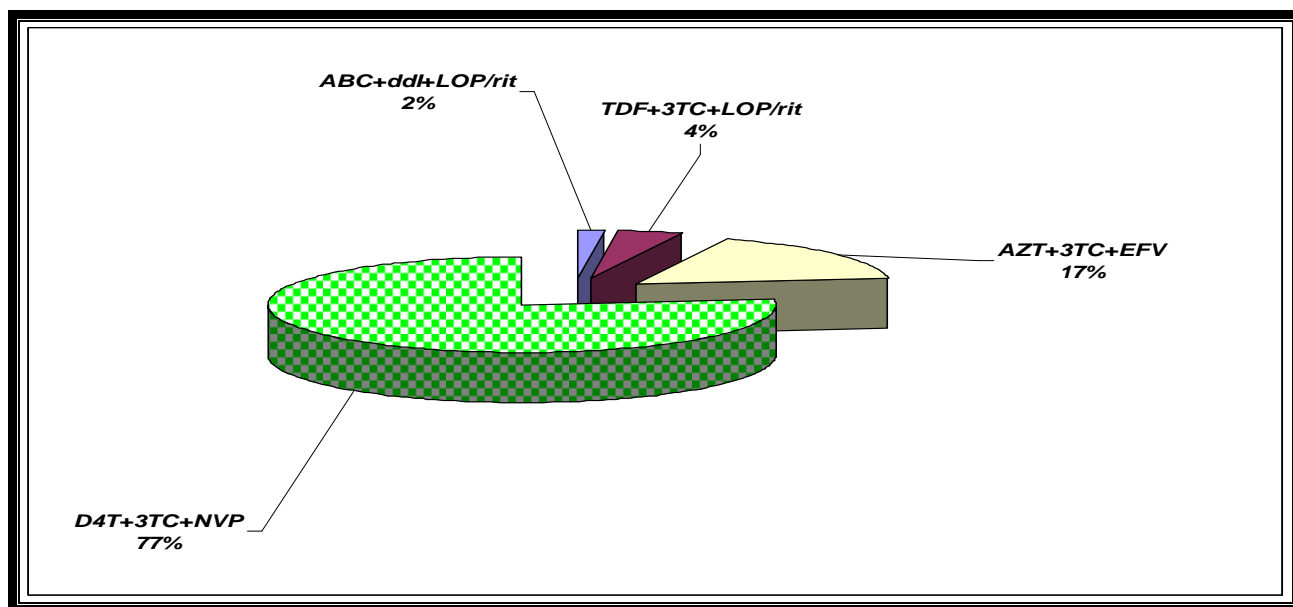


Figure 15: Fréquence proportionnelle des TARV chez les PVVIH suivies au niveau des structures de PECM

L'analyse des traitements ARV en fonction des lignes thérapeutiques montre que **94 %** des patients sont en **1^{ère} ligne (L1)** tandis que **6 %** sont en **2^{ème} ligne (L2)**. Ceci prouverait que soit les prescripteurs suivent bien les protocoles nationaux ou que la CAMEG fait un contrôle minutieux des ordonnances avant de servir les patients. Avec cette allure, dans les deux cas, l'objectif du PNLS de normalisation des protocoles ARV prescrits est atteint et les formations des prescripteurs et des agents dispensateurs des ARV ont eu un impact positif en matière de respect des recommandations.

1.4.2 Répartition des PVVIH sous ARV selon l'âge

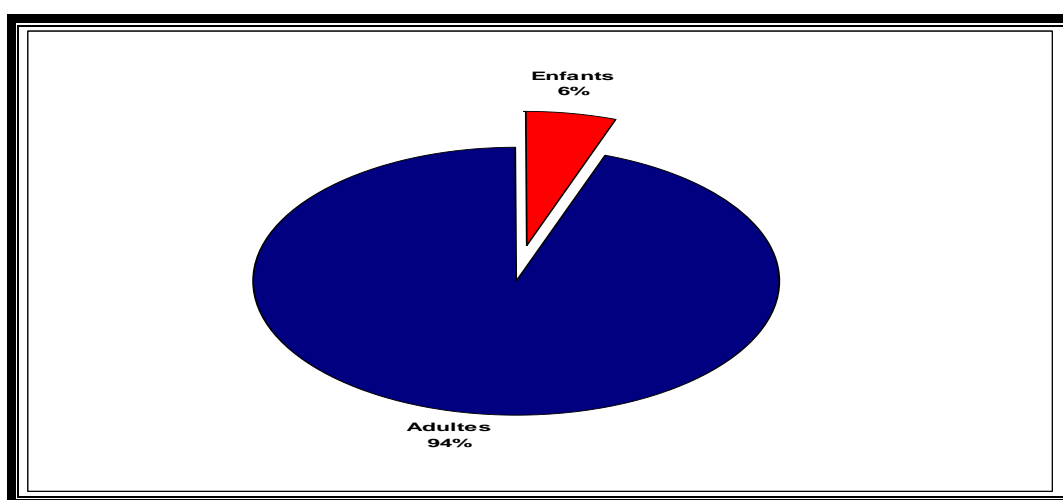


Figure 16 : Répartition des PVVIH sous ARV selon l'age

Les enfants ne représentent que 6% des PVVIH sous ARV. Cette variable concernant l'âge a été calculée avec 598 données. Ce taux faible dénote du manque d'engouement pour la prise en charge pédiatrique. Il s'avère indispensable de mettre à disposition des malades, des combinaisons à doses fixes pédiatriques, de renforcer les capacités des médecins en matière de prise en charge pédiatrique.

La prise en charge pédiatrique reste un véritable défi à relever. En effet, en 2008 on dénombre 593 enfants sous ARV contre 620 en 2007 ; cette différence négative nous pousse à faire des suppositions qu'il faudra mener des études plus poussées pour expliquer cet état de fait. S'agit-il des décès d'enfants, sous ARV ? Des problèmes de rapportage ? Ou un manque de diagnostic des enfants en bas âge ?

1.4.3 Répartition des PVVIH sous ARV par région

On note que près des 2/3 des PVVIH sous ARV sont suivies dans la région de Lomé commune comme l'indique la figure suivante. Cette répartition des malades s'explique en grande partie par le profil de l'épidémie au Togo, mais aussi par la forte médicalisation de la capitale Lomé.

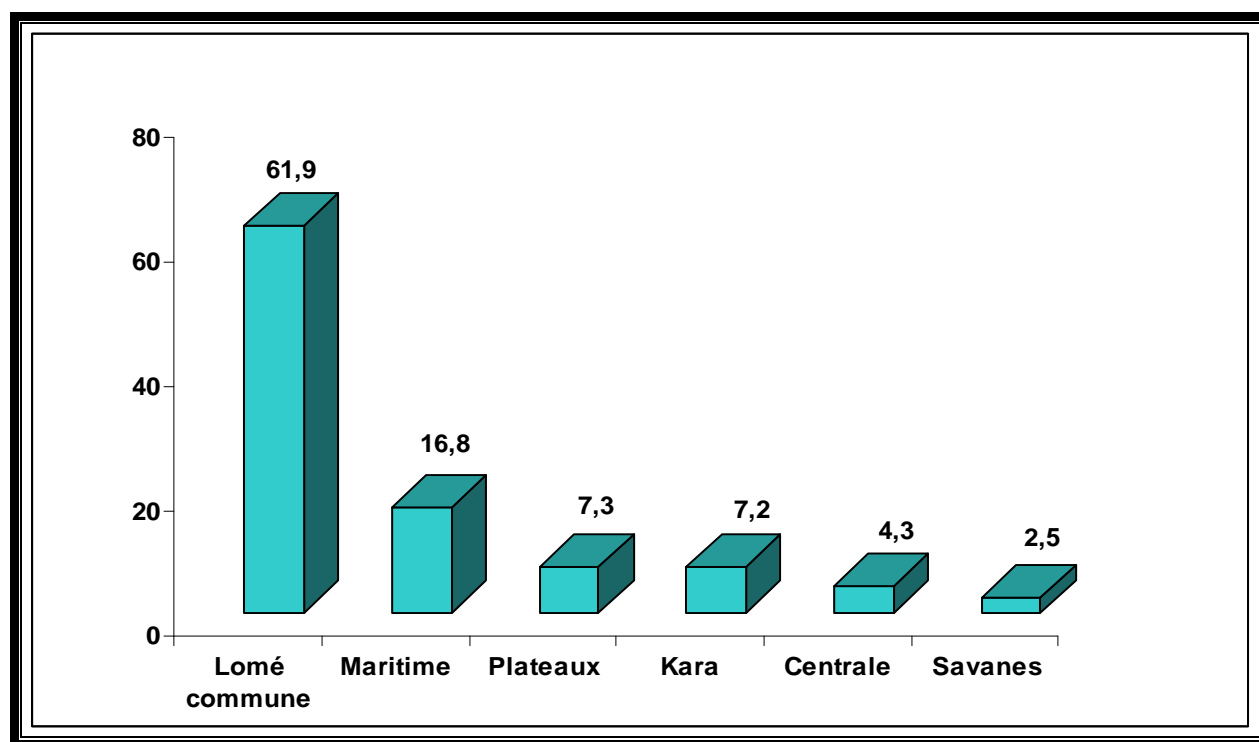


Figure 17: Répartition des PVVIH sous ARV par région

1.4.4. Disponibilité et Dispensation des ARV

1.4.4.1 Disponibilité

Grâce à l'appui de l'Etat, à la mobilisation des ressources pour l'achat des ARV lors de la table ronde des bailleurs en mars 2008 et au projet continuité des soins du Fonds mondial (fin en mars 2009), les ARV sont devenus disponibles. Nous n'avons pas connu des périodes récurrentes de rupture de stock ARV dans le pays contrairement à 2007.

Les comités thérapeutiques ont été fortement sollicités pour l'application des procédures afin de garantir la traçabilité et la qualité de la prescription. Ainsi depuis le 17 novembre 2008 (gratuité des ARV décrétée par le gouvernement) et le 31 décembre, nous avons mis 2430 nouvelles PVVIH sous ARV

Le tableau 20 illustre la répartition des PVVIH nouvellement mis sous ARV.

Tableau 20 : Répartition par région des nouveaux patients sous ARV depuis la gratuité (17 novembre et 31 décembre)

REGION	COMITES et sous-comités thérapeutiques	Nouveaux patients sous ARV depuis la gratuité			TOTAL REGION
		Adultes	Enfants	TOTAL	
SAVANES	SAVANES	88	0	88	88
KARA	KARA	121	14	135	214
	<i>BASSAR</i>	78	1	79	
CENTRALE	CENTRALE	93	40	133	133
PLATEAUX	PLATEAUX	127	7	134	213
	<i>HAHO</i>	36	4	40	
	<i>KLOTO</i>	32	7	39	
MARITIME	ZIO	200	20	220	242
	<i>ANEHO</i>	21	1	22	
LOME COMMUNE		1490	50	1540	1540
<u>TOTAL PAYS</u>		2286	144	2430	2430

La progression rapidement des malades mis sous ARV en 6 semaines, montre que la gratuité des ARV décrétée a permis l'accès des PVVIH qui étaient en attente de traitement faute de moyen financier

L'accessibilité financière doit être couplée à l'accessibilité géographique pour augmenter le taux de couverture thérapeutique et améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH, c'est pourquoi le PNLS s'est engagé depuis avril 2008 dans le processus de décentralisation de la dispensation des ARV.

1.4.4.2 Dispensation des ARV

Jusqu'en mai 2008, le pays ne dispose que de cinq structures de dispensation des ARV au niveau des régions. Il était donc nécessaire de décentraliser cette dispensation en créant de nouveaux sites au niveau des districts des hôpitaux éloignés des chefs-lieux de régions et des grandes structures de PECM à travers tout le pays.

C'est dans cette lancée que le Ministère de la santé a pris un arrêté en Avril pour la mise en place de sites de dispensation dans 22 nouveaux sites en 2 ans.

Au 31 décembre 2008, 4 nouveaux sites sont déjà fonctionnels (Aného, Adakpamé, CHR Lomé Commune et Kadjiviakopé). L'objectif principal du recensement était de disposer de données fiables par district pour passer à l'échelle dès le mois de janvier 2009 (objectif mettre au moins 12 sites en 2009).

1.5 Le suivi biologique

A ce jour, pour la mesure des CD4, le pays dispose de 13 appareils fonctionnels :

- 1 Facscalibur, 1 Facscount, 7 appareils Partec-Cyflow, 4 microscopes à fluorescence pour Dynabeads

Les CD4 sont gratuits sur toute l'étendue du territoire. Les structures toujours trop éloignées, s'organisent et convoient le sang prélevé vers les laboratoires selon un calendrier prédéfini.

Quant aux bilans d'initiation au traitement et de suivi sous ARV, ils restent payant sauf dans le cadre du financement du Fonds Mondial pour « la continuité des soins pour 2300 PVVIH » où le bilan biologique trimestriel de suivi a été gratuit sous un mode contractuel avec 17 laboratoires de la place.

1.6 La formation

Dans chaque région il existe un pool de formateurs au niveau régional. Ils ont contribué cette année à remettre à niveau et à former en tout 464 médecins et assistants médicaux en matière de prise en charge des IO et de prescription d'ARV.

Tableau 21 : Répartition des prescripteurs formés par région

REGIONS	Médecins	Assistants médicaux
Lomé commune	46,6%	22,9%
Maritime	12,4%	15,1%
Plateaux	15,5%	22,9%
Kara	8,3%	10,3%
Centrale	9,3%	21,8%
Savanes	7,8%	7,0%

1.7 Coordination

- Depuis 2007, le PNLS s'appuie sur les comités thérapeutiques pour faire respecter les normes en matière de prise en charge et la qualité de la prescription selon les protocoles définis. Il existe 6 comités thérapeutiques au niveau de chaque région sanitaire (le comité thérapeutique de Lomé est érigé en comité thérapeutique national), Par ailleurs nous avons mis en place 2008 quatre sous-comités de district (Aného, Notsè, Kpalimé et Bassar). Les services de médecine des Centre hospitaliers régionaux et des Hôpitaux de district, assurent le secrétariat de ces comités.
- Une revue annuelle des comités thérapeutiques a permis à toutes les régions de présenter les activités en matière de prise en charge dans leurs régions.

- Au niveau national, des parrains (praticiens hospitalo-universitaires ou praticiens expérimentés) assurent une supervision facilitante et aident à régler sur le terrain ou à distance, les problèmes médicaux rencontrés par des prescripteurs d'une région sanitaire donnée. Chaque comité thérapeutique régional a reçu en 2008 une supervision de leurs parrains
- Il existe un groupe thématique de prise en charge médicale, qui est un groupe technique conseil du PNLS sur les aspects de la prise en charge médicale ; deux réunions ont été tenues dont les grandes recommandations étaient de rendre disponible les ARV et de décentraliser leur dispensation pour les rendre plus géographiquement accessibles à tous.
- Le PNLS a tenu quatre réunions avec les prescripteurs des régions maritimes et Lomé commune. L'une de ces rencontres était élargie aux responsables et surveillants des laboratoires de toutes les régions.

1.8. Difficultés et approches de solution

Difficultés	Approches de solution
Centralisation de la dispensation des ARV	Accélérer le processus de décentralisation
Faible capacités de certaines structures associatives	Accréditation des structures de prise en charge médicale
Faible monitoring de la prise en charge pédiatrique	Former les médecins référents en prise en charge pédiatrique

A la fin de l'année 2008, 11211 PVVIH étaient sous TARV (cible prévu dans le PSN est de 9550). Le taux d'atteinte par rapport à la cible du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH 2007 – 2010 est à 117,4 %. Mais le taux de couverture thérapeutique de 41,7 % reste encore faible loin de l'objectif de 80 % prôné par l'accès universel. La prise en charge médicale est effective dans 28 structures publiques, 21 structures privées et 23 structures des ONG/Associations soit au total 70 structures de prise en charge médicale. Afin d'améliorer la qualité de soins donnés aux malades et de maîtriser les données de la PECM des PVVIH il est indispensable d'accréditer les structures désirant d'effectuer la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH sur toute l'étendu du territoire nationale. La décentralisation de la dispensation des ARV amorcé en cette année 2008 a permis de créer 4 sites supplémentaires. Cette décentralisation sera l'une des priorités en 2009.

2. SOUTIEN AUX PVVIH

Les activités de soutien aux PVVIH sont réalisées dans leur grande majorité par les ONG/associations. Dans certaines structures publiques qui font la PTME, les PVVIH suivies, peuvent bénéficier des groupes de paroles animés par le personnel disponible et formé.

2.1. Couverture

Trente-quatre ONG/Associations de prise en charge psychosociale en 2008 contre vingt-deux (22), ont apporté leur soutien aux PVVIH. Sur le plan géographique ces structures ne sont plus aussi inégalement réparties que dans le passé, car les régions Centrale et Maritimes suivent de très près la région Lomé Commune avec respectivement 8, 6 et 14 ONG/Associations (voir la liste en annexe Tableau A 10).

2.2 Activités de soutien des PVVIH

Au cours de l'année 2008, près de 17 000 PVVIH ont été soutenues sur le plan psychologique, social et nutritionnel à travers les **visites à domicile (15 519) et à l'hôpital (1 973)**, l'animation de groupes de paroles, de causerie éducatives et de journées récréatives pour les enfants (1 388).

Les thèmes des groupes de parole touchent des domaines très diversifiés allant de la Vie positive, le Partage du statut, aux Mesures d'hygiène en passant par L'observance (liste en annexe).

Des besoins en formation pour la prise en charge psychosociale ont été exprimés par les acteurs. Disposant de 269 conseillers psychosociaux, ils estiment que la formation de près de 500 autres conseillers leur faciliterait plus la tâche.

Les résultats obtenus par l'enquête de ménage chez les OEV réalisée dans le cadre du suivi des indicateurs d'UNGASS 2008 montrent que trois OEV sur cinq (59,9%) ont bénéficié d'au moins une assistance ou un soutien quelconque externe (scolaire, psychosocial, médical, nutritionnel) au cours des trois ou douze derniers mois

La prise en charge psychosociale est un domaine réservé au Ministère de la Affaires Sociales et de la Formation Féminine conformément au PSN 2007 – 2010. Ce volet reste le maillon faible en matière de la prise en charge globale des PVVIH et nécessite une redynamisation.

Toutes fois pour améliorer l'adhérence au traitement dans le but de ralentir l'émergence des souches résistantes de virus au sein de la population, il est nécessaire d'appuyer les activités de prise en charge psychosociale à travers des formations spécifiques en aide à l'observance et en éducation thérapeutique.



III/ Suivi/Evaluation

1. SUIVI ET EVALUATION

Le plan opérationnel de suivi et évaluation des activités planifiées par le PNLS a été un repère pour l'unité de suivi et évaluation. Ce plan a tenu compte de toutes les interventions du PNLS

La mise en œuvre de ce plan opérationnel a permis de réaliser certaines activités classées dans les grands domaines d'actions telles que **le renforcement du système de suivi évaluation du PNLS, la surveillance épidémiologique, le monitoring des médicaments et réactifs, la recherche opérationnelle et la formation** .

1.1. Le renforcement du système de suivi et évaluation du PNLS

Dans le but de renforcer le système de suivi et évaluation du PNLS, des actions concrètes ont été opérées notamment :

- ✓ La mise à jour des indicateurs par Unité d'interventions (*Description + Modes de calcul de chaque indicateur*)
- ✓ L'élaboration et révision des outils de collecte des données liées aux interventions du Programme
- ✓ L'adoption et la validation des outils de collectes des données sur le suivi du patient bénéficiant de soins et traitement ARV
- ✓ La mise en place d'un mécanisme de collecte et de validation des rapports au niveau des différentes Unités
- ✓ L'élaboration du manuel de suivi et évaluation du PNLS/IST
- ✓ L'actualisation de la base de données des 2300 PVVIH(FM)
- ✓ La mise en place des bases de données des unités PTME, CD et IST
- ✓ Le recensement des PVVIH au niveau des structures de PECM sur toute l'étendue du territoire national

Le renforcement de notre système de suivi évaluation mise en place nécessite la formation en suivi évaluation de tous les acteurs à tous les niveaux du système, l'appropriation du manuel de suivi évaluation et l'utilisation effective du guide de collecte par les prestataires. Ceci nécessite la dissémination du manuel de suivi évaluation et le guide de collecte des données.

1.2. La Surveillance Epidémiologique

1.2.1. La Surveillance Sentinelle chez les femmes enceintes

Les activités menées dans ce domaine sont les suivantes :

- La réalisation de la surveillance de l'infection par le VIH et de la syphilis par sites sentinelles dans le groupe des consultantes prénatales ;
- La réalisation de la surveillance sentinelle dans les groupes à risque au niveau des sites du Corridor ;
- Le démarrage de la mise en place de la surveillance de seconde génération du VIH/SIDA.

1.2.1.1 La surveillance sentinelles dans le groupe des consultantes prénatales

Elle s'est déroulée dans 33 sites dont 17 sites urbains et 16 sites ruraux.

Tableau 22: Séroprévalence VIH et syphilis par sites sentinelles

Sites sentinelles	Milieu	Sérologie VIH	Intervalle de confiance à 95%	TEST RPR	Effectif
		Positive (%)		Positif (%)	
Lomé commune	Urbain	6,3	[5,9 – 6,7]	0,5	649
Vogan	Urbain	5,0	[4,4 – 5,6]	2,0	202
	Rural	3,0	[2,6 – 3,4]	0,5	199
Tsévié	Urbain	5,9	[5,1 – 6,7]	2,9	204
	Rural	1,5	[1,4 – 1,6]	1,5	197
Aného	Urbain	8,5	[7,3 – 9,7]	1,5	201
	Rural	4,8	[4,2 – 5,4]	1,9	210
Tabligbo	Urbain	2,0	[1,8 – 2,2]	1,0	203
	Rural	5,6	[4,9 – 6,3]	1,5	196
Atakpamé	Urbain	4,4	[4 – 5]	1,3	297
	Rural	3,3	[1 – 5,6]	1,8	275
Kpalimé	Urbain	5,1	[4,5 – 5,7]	5,5	272
	Rural	3,2	[2,8 – 3,6]	2,4	248
Badou	Urbain	2,5	[2,2 – 3,3]	0,5	200
	Rural	1,5	[1,3 – 1,6]	1,5	205
Blitta	Urbain	4,0	[3,5 – 4,4]	2,8	252
	Rural	1,2	[1,1 – 1,3]	0,0	250
Sotouboua	Urbain	3,4	[3 – 4]	1,0	207
	Rural	3,5	[3,1 – 4]	0,0	199
Sokodé	Urbain	6,2	[5,5 – 7]	1,2	257
	Rural	4,1	[3,6 – 4,5]	2,9	243
Kara	Urbain	5,3	[4,7 – 6]	0,7	304
	Rural	3,6	[3,4 – 4]	0,0	304
Bassar	Urbain	3,6	[3,4 – 4]	2,0	250
	Rural	0,0	0	0,0	249
Kanté	Urbain	1,6	[1,4 – 1,7]	1,6	250
	Rural	0,4	[0,3 – 0,5]	0,0	254
Mango	Urbain	1,0	0	0,0	199
	Rural	0,5	[0,2 – 1,2]	0,5	199
Dapaong	Urbain	2,9	[2,8 – 3]	0,7	453
	Rural	0,4	[0,3 – 0,5]	1,1	451
Cinkassé	Urbain	0,1	[0,0 – 0,1]	1,0	200
	Rural	0,0	0	2,0	200

1.2.1.2 Tendances de la prévalence VIH entre 2006 et 2008**Tableau 23 :** Comparaison de la prévalence de 2006 et de 2008

Prévalence 2006	Effectif	Prévalence 2008	Effectif	P-value	Z
4,2 %	8 344	3,4 %	8 079	0,007	2,7**

Le test Z est significatif ; il y a donc eu une diminution significative de la prévalence.

La figure 18 illustre les tendances de l'infection par le VIH dans le groupe de femmes en CPN et montre une stabilisation globale de l'épidémie de VIH depuis 2003 avec l'amorce d'une baisse en 2008.

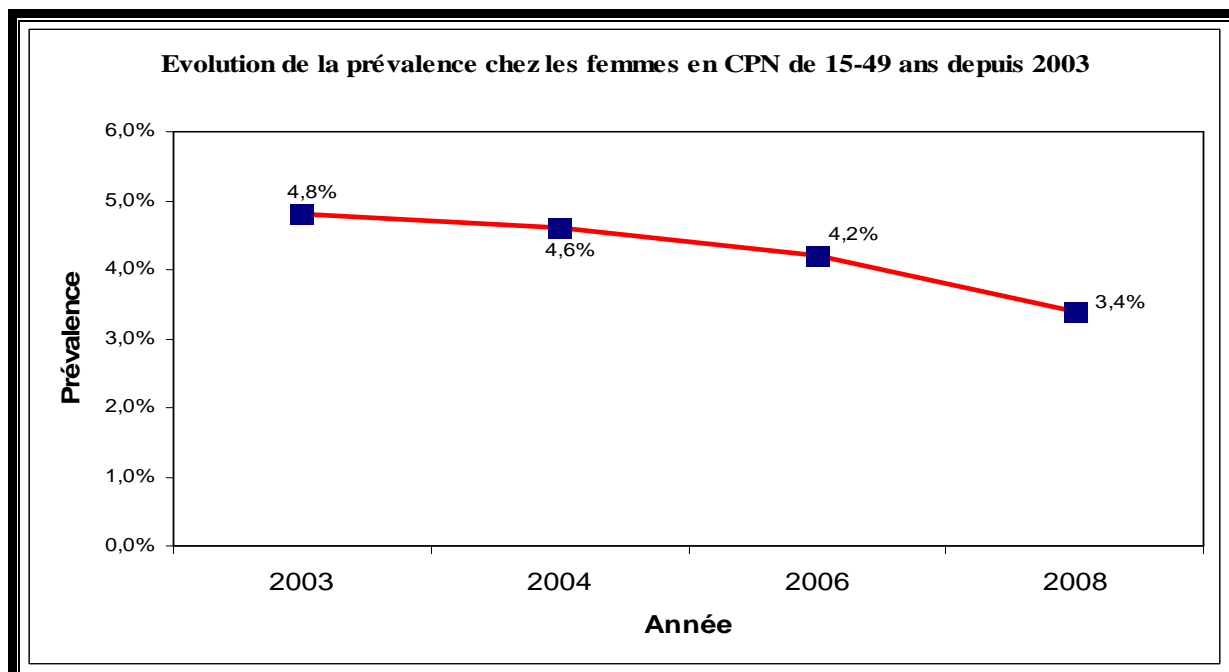


Figure 18: Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15-49 ans entre 2003 et 2008

Dans la tranche d'âge de 15-24 ans

Cette tranche d'âge correspond aux nouvelles infections dans le pays. La figure 19 montre aussi une stabilisation du taux de nouvelles infections VIH dans le groupe des femmes en CPN. Ce qui explique en grande partie la stabilité de la prévalence VIH dans les tranches de 15-49 ans

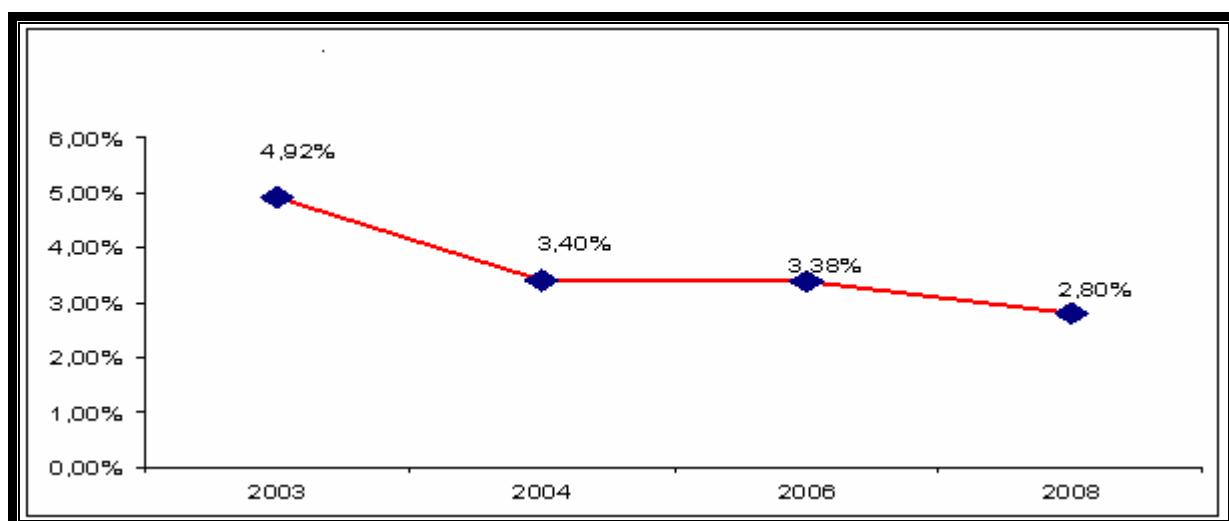


Figure 19: Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans

Dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans, on observe une baisse de la prévalence du VIH depuis 2004 avec une baisse significative entre 2006 et 2008 (2.6% vs 1%) (fig. 20).

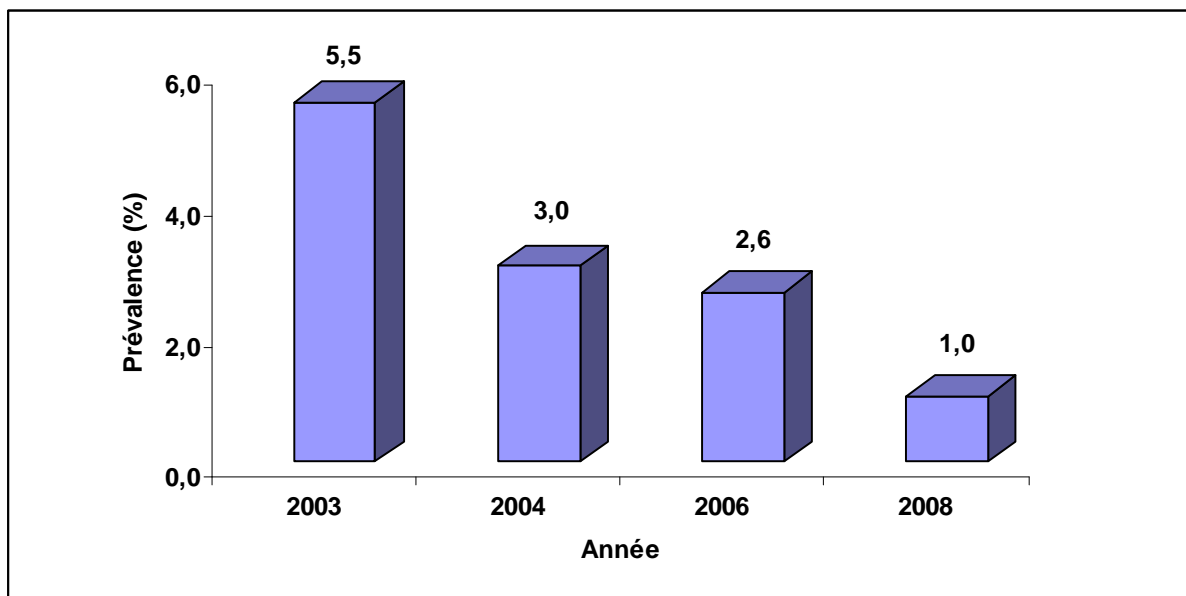


Figure 20 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans la tranche d'âge de 15 - 19 ans

1.2.1.3 Tendances de l'infection par le VIH dans les régions sanitaires

Dans la tranche d'âge de 15-49 ans

Depuis 2003, l'épidémie VIH est stable dans toutes les régions avec les mêmes tendances dans les tranches d'âges de 15-49 ans. A Lomé, la prévalence du VIH est passée de 9.6% en 2003 à 6.3% en 2008.

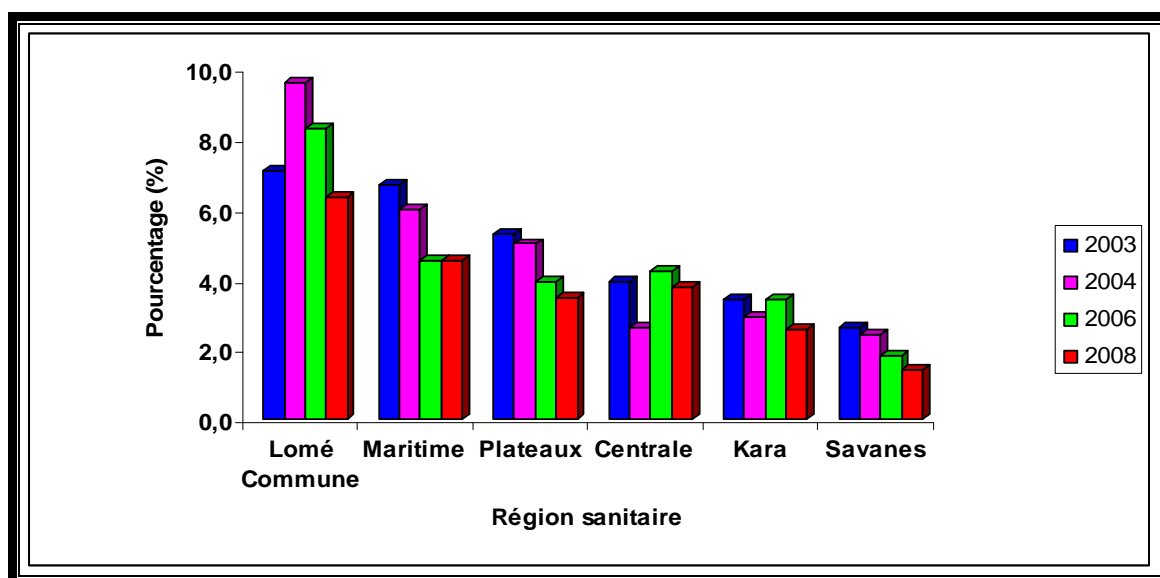


Figure 21 : Tendances de la prévalence VIH chez les femmes en CPN de 15-49 ans dans les six régions sanitaires de 2003 -2008

1.2. 2 La surveillance sentinelle dans les groupes à risque au niveau des sites du Corridor

Tableau 24 : Résultat de la surveillance sentinelle dans les groupes à risque au niveau des sites du Corridor

SITES GROUPE	CS Kodjoviakopé		CHR Lomé commune + CMS Port Autonome de Lomé		Hôpital d'Adjido	
	Pos/N	%	Pos/N	%	Pos/N	%
TS	24/147	16,3	20/212	9,4	7/90	7,8
Corps habillés	0/80	0	9/100	9	0/40	0
Jeunes (15-24 ans)	4/33	12,1	15/95	15,8	0/75	0
Routiers	2/29	6,9	20/156	12,8	3/21	14,3
Patients IST	26/104	25	29/200	14,5	24/132	18,1

Pos = Positif N = Effectif testé % : Proportion de séropositifs CS : Centre de Santé

Les résultats de cette surveillance montrent une prévalence élevée chez les jeunes de 15-24 ans à Kodjoviakopé et dans les sites du CHR Lomé commune et du port. Dans les trois sites la prévalence du VIH chez les patients IST restent très élevée. Une analyse multivariée est nécessaire avant de tirer une conclusion pertinente pour ces populations cibles (en effet on peut être jeune, routier, et avoir une IST)

1.2.3 Le démarrage de la mise en place de la surveillance de seconde génération du VIH/SIDA

Il s'est matérialisé par l'arrivée d'une mission OMS qui a permis de faire un état des lieux de la surveillance de première génération, de dégager les forces, les faiblesses et de faire des suggestions la mise en place de la surveillance de seconde génération. La prochaine étape sera la tenue d'un atelier de consensus sur le système et l'élaboration des grandes lignes du plan de surveillance de seconde génération ;

1.3. Le monitoring des médicaments et réactifs

Dans ce volet, l'unité s'est atteler essentiellement sur la gestion des médicaments, réactifs et consommables notamment dans :

- la quantification des médicaments et réactifs,
- l'étude des demandes et la dotation des structures en intrants
- le suivi des stocks des médicaments, réactifs et consommables

Dans le processus de Décentralisation de la Dispensation des ARV l'unité a eu à élaborer et valider des outils de dispensation des ARV et s'est impliquer dans le processus de recrutement des agents de dispensation et des gestionnaires de stocks.

1.4. La Recherche Opérationnelle

1.4.1. Étude de la séroprévalence du VIH dans le groupe des détenus

Cette étude a eu lieu en Aout 2008 dans la prison civile de Lomé.

1.4.1.1. Prévalence du VIH selon le sexe et l'âge

Au total 433 détenus (soit 28,1% de l'ensemble de la population carcérale) ont été dépistés. Les hommes étaient au nombre de 402 (soit 26,8% de l'ensemble des détenus de sexe masculin) ; leur âge moyen était de 33 ans. Les femmes étaient au nombre de 31 (soit 77,5% de l'ensemble des détenus de sexe féminin) avec un âge moyen de 32 ans. Sur 433 détenus de la maison d'arrêt de Lomé qui ont été dépistés, 33 étaient séropositifs soit un taux de prévalence de 7,6%. Cette prévalence était de 17,4% dans la tranche d'âge de 35 et 39 ans contre 3,9% dans la tranche d'âge de 15-24 ans. Compte tenu de la faiblesse du nombre de femmes par rapport aux hommes il n'était pas pertinent de faire des comparaisons entre les deux sexes.

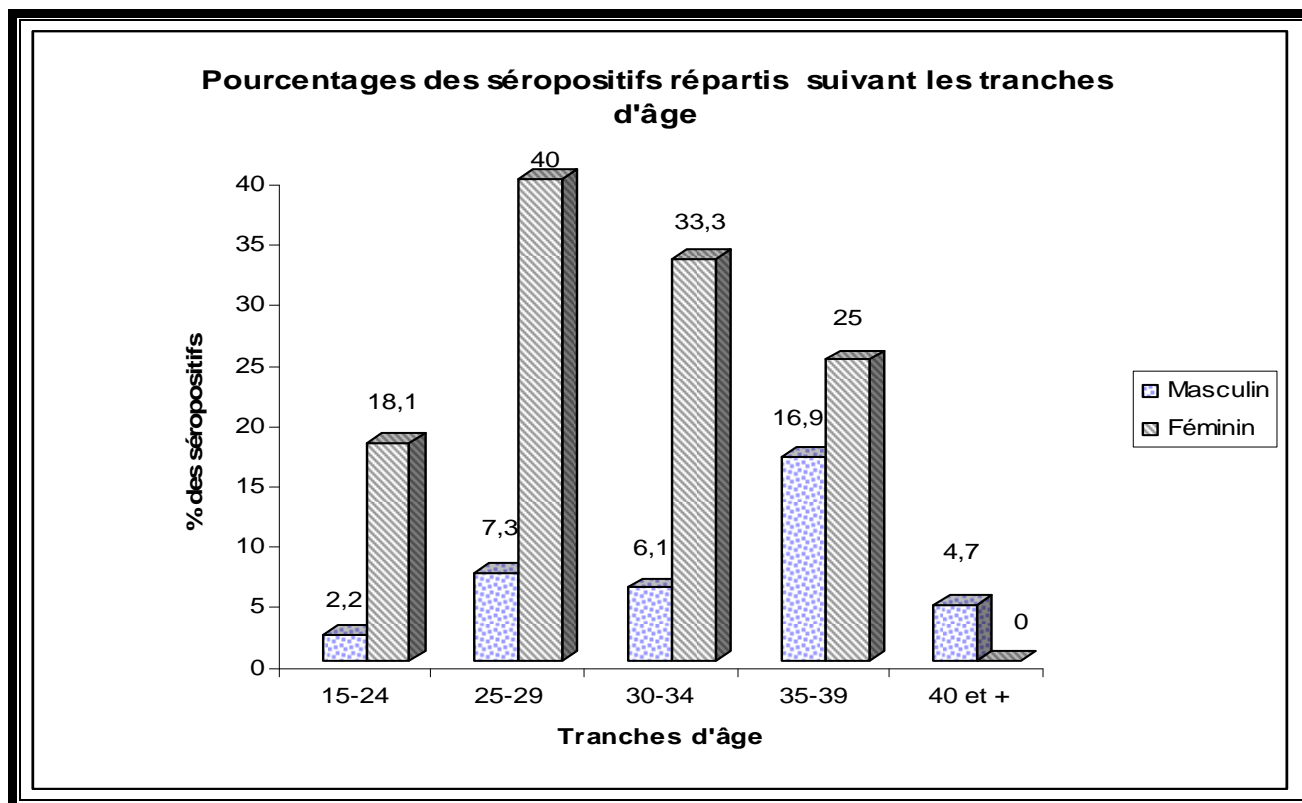


Figure 22: Répartition des cas dépistés positifs selon l'âge et le sexe

1.4.1.2 Influence la durée de séjour dans la maison d'arrêt sur la prévalence du VIH

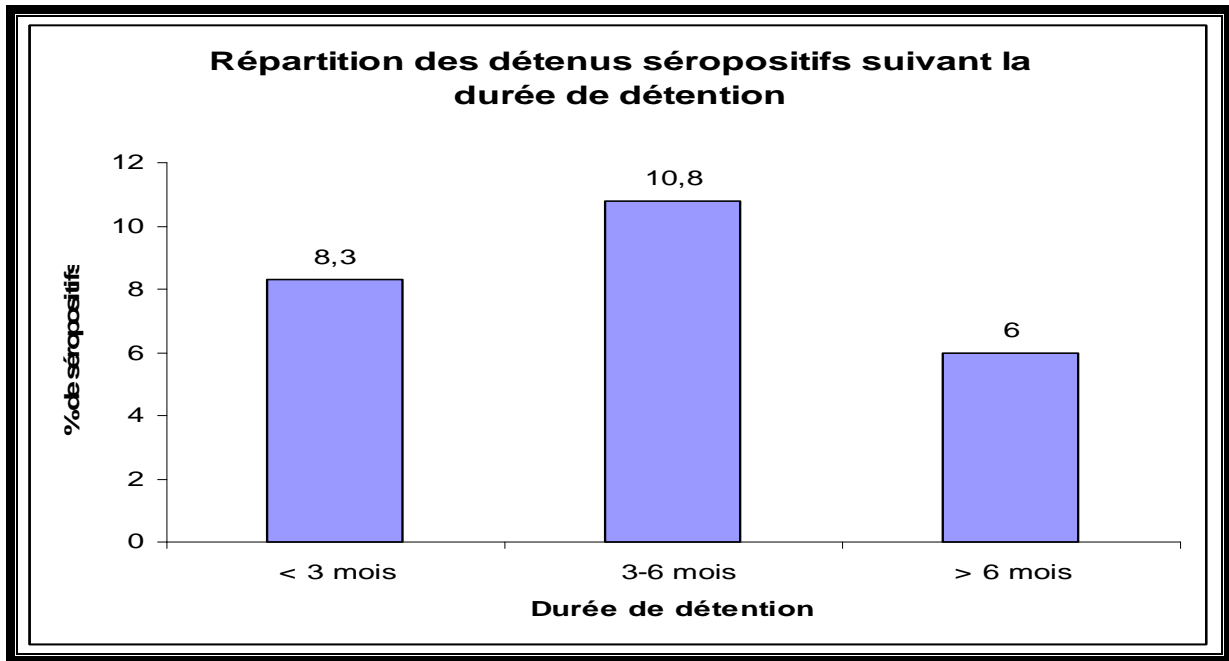


Figure 23 : Répartition des cas dépistés séropositifs suivant la durée de détention

Les résultats de cette figure montrent que la variation de cette prévalence n'était pas significative en fonction de la durée de séjour en prison (8.3% pour une séjour de moins de 3 mois, 10.8 % entre 3 et 6 mois et 6% au-delà de 6mois) Cette étude a permis de documenter la prévalence de l'infection par le VIH dans la maison d'arrêt de Lomé. La prévalence de 7,6% trouvée en milieu carcéral à Lomé est deux fois plus élevée que dans la population générale (3.2%). Mais cette prévalence est 5 fois plus faible que chez les travailleuses de sexe à Lomé (44.5%). L'échantillon étudié est représentatif de la population carcérale de Lomé mais compte tenu du profil de notre épidémie, il est difficile de généraliser ce résultat à l'ensemble de la population carcérale du Togo.

Pour mieux documenter les éventuelles spécificités de l'épidémie du VIH dans le milieu carcéral au Togo, nous recommandons de mener une étude nationale, prenant en compte toutes les maisons d'arrêt du pays, couplant une enquête de prévalence et des données comportementales.

1.4.2. Évaluation des indicateurs de la pharmaco résistance du VIH aux ARV dans les sites pilotes de prise en charge médicale des PVVIH

En 2008, le Togo, suivant les recommandations de l'OMS a effectué une évaluation des indicateurs d'alerte précoce (IAP) de la Pharmaco résistance du VIH.

A cet effet, sur les 8 IAP de l'OMS, le Togo en a étudié 03 (IAP1 a1, IAP3a et IAP 5a) au niveau de 05 sites pilotes choisis suivant des critères bien définis. Les résultats issus de cette évaluation peuvent être résumés comme suit :

- Cinq sites sur 5 (100%) ont atteint 1 objectif sur 3 (IAP 1 a1).
- Le pourcentage de sites ayant atteint les objectifs est faible pour les deux autres IAP. Aucun site n'a pu atteindre la totalité des objectifs.

Les causes probables de l'insuffisance d'atteinte des objectifs

Pour l'ensemble des IAP :

- La non harmonisation des outils de recueil
- La faible utilisation des nouveaux outils standardisés avec un retard dans le rattrapage des données existantes avant leur mise en place
- L'insuffisance de supervision formative

Pour l'IAP 5

- Il existe très peu de sites de dispensation (5 pour tout le pays), ce qui augmente la distance à parcourir et le temps d'attente aux guichets.
- Les centres de prise en charge ne disposent pas de sites de dispensation

1.4.3 Étude de la résistance du VIH1 aux ARV au Togo

Rationnel et objectifs de l'étude

Au Togo l'utilisation des ARV remonte à 1999. En mai 2008, le Programme National de Lutte Contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (PNLS TOGO) estimait à 8000 le nombre des personnes infectées par le VIH et mis sous ARV sur toute l'étendue du territoire. La plupart de ces patients suivent des régimes de première ligne. Toutefois aucune étude n'a encore été menée pour évaluer cette stratégie, afin de juger de l'efficacité des principaux régimes utilisés. Entre 2006 et 2007, le PNLS a été confronté à des problèmes d'approvisionnement et de gestion des ARV avec notamment des ruptures de stock au cours de cette période. Grâce au financement du Fonds Mondial, le PNLS a commandité une étude au Laboratoire BIOLIM de l'université de Lomé dont l'objectif principal est d'évaluer la fréquence des souches résistantes aux ARV de première ligne, chez les patients sous traitement depuis au moins 12 mois :

- Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude prospective transversale qui a permis d'inclure 202 patients. Le comptage de LTCD4+ et la charge virale plasmatique ont été réalisés à BIOLIM/FMMP.

➤ Comptage des LTCD4

Le comptage des LTCD4+ a été réalisé sur du sang total le jour du prélèvement par la méthode de cytométrie en flux, FACSCALIBUR (BECKTON DIKINSON).

➤ Détermination de la charge virale

La charge virale plasmatique a été déterminée par PCR en temps réel utilisant la méthode NASBA (*Nucleic acid sequence based amplification*) sur EASY Q (BIOMERIEUX).

➤ Génotypage et tests de résistance aux ARV

Le génotypage et les tests de résistance aux ARV ont été réalisés à l'UMR 145, IRD, Montpellier sur les échantillons ayant une charge virale plasmatique supérieure à 1000 copies/ml : le gène *pol* (gène comportant les cibles des ARV, la reverse transcriptase et la protéase) a été amplifié et séquencé. Les séquences de nucléotides obtenus ont été soumises à la data base de « *HIV drug resistance* » pour déterminer les sites de mutation et le profil de résistance selon les recommandations 2007 de l'OMS.

Les tests de sensibilité ont concerné tous les ARV : inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (INRT), les inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase (INNRT) et les inhibiteurs de la protéase (PI).

Les paramètres épidémiologiques collectés ont été : l'âge, le sexe, le régime thérapeutique, interruption du traitement, durée de cette interruption, LTCD4+ au début du traitement.

Résultats

La répartition des 202 patients en fonction du sexe était de 73 hommes (36,1%) et 129 femmes (63,9). La moyenne d'âge des patients était de 36 ans.

En fonction du nombre de LTCD4+, 37 (18,3%) patients avaient un taux de LTCD4+ \leq 200 /ml. Le nombre de patients ayant une charge virale supérieure à 10 000 copies/ml était de 41 sur les 202 soit 20,3%.

Tous les 37 patients en échec immunologique avaient une charge virale supérieure à 10 000 copies/ml (échec virologique).

Les mutations de résistances ont été retrouvées chez 32 souches, soit un taux de résistance après **un an de traitement de 15,8% (32/202)**. Il s'agit essentiellement des résistances aux inhibiteurs nucléosidiques (INRT) et non nucléosidiques (INNRT) de la reverse transcriptase.

Parmi les 32 patients ayant des souches portant des mutations de résistance, 22 (68,7%) avaient eu une rupture de traitement.

Une souche sur les 202 présentait une mutation de résistance aux inhibiteurs de la protéase.

Tableau 25 : Principaux résultats de l'enquête sur la résistance aux ARV après un an de traitement chez 202 patients

Paramètres	nombre	pourcentage
Moyenne d'âge		36 ans
Nombre de Femme	129	63,9%
Nombre d'hommes	73	36,1%
Patients en échec thérapeutique	32	15,8%
Patients en échec virologique	41	20,3%
Patients en échec immunologique	37	18,3%

Le taux de résistance aux ARV de première ligne chez les patients à un an de traitement est estimé à 15,8%. Les taux de résistance aux ARV observés en Afrique subsaharienne chez les patients sous traitement montrent une grande variation allant de 3,7% à 49% après au moins 18 mois de traitement (Tab. 26). Dans le contexte du Togo, le nombre de patient en échec de traitement semble être lié à des interruptions du traitement dues à des ruptures de stocks que le pays a connu.

Les molécules de deuxième ligne surtout les anti-protéases restent efficaces sur la plupart de ces souches.

Tableau 26. Pourcentage de résistance des souches du VIH aux ARV chez les patients sous traitement dans certains pays en Afrique subsaharienne (3)

Année d'étude	Pays	Patients inclus	Patients résistants	Pourcentage
2008	<i>Togo</i>	202	32	15,8%
1998-2004	Sénégal	179	22	12,3%
2004-2006	Côte d'Ivoire	106	23	22%
2003	Cameroun	109	4	3,7%
1998-2000	Uganda	45	22	49%
2001	Zimbabwe	25	17	68%
2002	Rwanda	60	11	18,3%
2002-2005	Botswana	35	21	60%

Le taux de résistance des ARV de première ligne au Togo est relativement élevé mais heureusement pas alarmant. Avec la disponibilité des ARV, il faut renforcer l'observance des malades afin de sécuriser leurs avenir thérapeutiques en minimisant le taux de résistance du VIH1

1.5. La Formation

Cette activité s'est focalisée essentiellement sur le renforcement des capacités des prestataires sur le suivi des patients sous soins et traitement ARV. Ainsi il y a eu la formation des prestataires sur l'utilisation des différents outils de suivi des patients sous ARV.

Dans le cadre de la décentralisation de la Dispensation des ARV, l'Unité de Suivi / évaluation a organisé la formation des agents de dispensation et des gestionnaires sur la gestion d'une unité de dispensation des ARV.

Le renforcement de notre système de suivi évaluation s'est matérialisé par la création d'une véritable unité pourvue de deux médecins et d'un démographe statisticien.

L'an 2008 a permis de poser les bases du système de suivi évaluation qui sera renforcé en 2009.

Les résultats de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en 2008 ont documenté une réduction du taux de prévalence de 3,4 %, (4,2 % en 2006) avec un taux de 6,3 % à Lomé et 1,7 % dans la région des savanes.

L'étude de la résistance du VIH1 aux ARV a montré un taux de résistance de 15,8 % pour les molécules composant les traitements de première ligne après 12 mois de traitement contre 0 % pour les ARV de deuxième ligne. La surveillance de l'efficacité des ARV est importante dans le cadre du passage à l'échelle.



IV/ Coordination

1. COORDINATION

Grâce au soutien du ministère de la santé et des partenaires en développement, en dehors de la coordination des activités de mise en œuvre par les acteurs au niveau opérationnel, le PNLS s'est engagé dans la recherche des solutions aux problèmes récurrents de rupture des ARV en 2008 et a participé aux rencontres nationales et internationales.

1.1. Activités de mobilisation de ressources financières

- Ainsi toute l'équipe de PNLS s'est fortement impliquée dans l'élaboration du projet VIH du round 8 du CCM-Togo qui a été accepté par le Fonds Mondial pour un montant de 72 millions d'euro sur 5ans ;
- Le PNLS a organisé avec le soutien du CNLS, du CCM et les partenaires en développement une table ronde le 30 avril 2008 pour la mobilisation des ressources pour la prise en charge des PVVIH, cette table ronde a permis de mobiliser de près de 1300.000 000 FCFA ;
- Elaboration d'un projet pour la mise en place de 100 sites PTME au Togo d'un coût de 6 millions euros afin de mobiliser des ressources grâce au soutien de l'UNICEF.

1.2. Elaboration des documents stratégiques

Dans le cadre d'améliorer la vision et le cadre stratégique des interventions du PNLS et du ministère de la santé, nous avons élaboré :

- Le document du plan sectoriel de lutte contre le sida du ministère de la santé 2009-2013 ;
- Les documents de stratégie d'accès universel à la PTME et à la prise en charge pédiatrique 2008-2012 ;
- Le manuel de suivi évaluation ;
- L'équipe de PNLS/IST a participé à l'élaboration du plan national de développement sanitaire 2009-13 et le volet santé et VIH du Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP).

1.3. Décentralisation de la dispensation des ARV

Afin de d'accélérer le processus de décentralisation de la dispensation des ARV, un groupe de pilotage comprenant les partenaires techniques et financiers, le PNLS et la CAMEG a été mis en place, un draft du plan de décentralisation a été élaboré et sera finalisé et validé en 2009. Quatre sites supplémentaires sont été mis en place dans la région Lomé commune et dans la région maritime (nous espérons en 2009 avoir 15 sites de dispensations fonctionnels)

1.4. Participation aux réunions stratégiques sur le plan national

Le PNLS a participé à toutes les réunions du CCM.

Il a pris une part active à la deuxième session du CNLS le 12 décembre dont le but était de faire le point sur la mise en œuvre des interventions.

1.5. Missions reçues

Mission conjointe Fonds Mondial, ONUSIDA et PNUD sur les problèmes de la prise en charge médicale au Togo en janvier 2008.

Mission de la présidente de la Fondation GSK sur la PTME en juin 2008.

Mission de l'AFD dans le cadre de l'évaluation de l'audit du secteur pharmaceutique et l'élaboration du nouveau projet.

Trois missions de la fondation Bill Clinton dans le cadre de l'appui en médicaments ARV de deuxième ligne par UNITAID.

1.6. Missions à l'extérieur

Le PNLS a participé

- à la réunion de haut niveau des chefs d'Etat : sommet UNGASS en juin 2008
- à la conférence internationale sur le SIDA et les IST en Afrique à Dakar du 3 au 7 décembre 2008

Les principales missions sont résumées dans le tableau 27.

Tableau 27 : Principales missions effectuées par le PNLS en 2008

Titre de la mission	Lieu	Date
Atelier de d'achèvement du projet régional commun de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA le long du Corridor de migration Abidjan-Lagos.	Cotonou	04 – 05 février 2008
Réunion technique des experts des PNLS pour la mise en place de Surveillance sentinelle le long du Corridor	Cotonou	28 février
Atelier régional de dissémination des résultats et leçons apprises en matière de renforcement des capacités institutionnelles du projet AWARE HIV/AIDS	Cotonou	28 -28 mars 2008
Stratégie de suivi et de surveillance des résistances du VIH aux ARV Atelier de briefing pour les pays francophones de l'équipe IST-Afrique de l'Ouest	Ouaga	21-23 mai 2008
Atelier de synthèse sur l'épidémiologie et l'intervention face Au VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest	Cotonou	30 avril et 01 mai 2007
Mission sur la consultation régionale sur la nutrition et le VIH/SIDA dans les pays francophones	Ouaga	17-20 novembre
Atelier sur l'intégration de la PTME dans le programme de santé de reproduction	Dakar	Novembre 2008



V/ Financement des activités

1. MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

1.1. Sources de financement des interventions

Les principales sources de financement des interventions coordonnées par le PNLS sont dominées par l'Etat (Achat des médicaments ARV: prise en charge depuis 2003 des malades subventionnés par le CNLS). **Le montant des financements du gouvernement représente 46% du total des financements des activités en 2008**; suivi par le Fonds Mondial à travers le projet continuité de soins, l'UNITAID et la fondation Bill Clinton pour l'achat des médicaments ARV de deuxième ligne.

Les autres sources de financement proviennent des partenaires multilatéraux du système de nations unies, des bilatéraux (USAID, AFD, GIP ESTHER et des projets). Grâce à la collaboration de tous les partenaires nous avons pu disposer des données sur montants et les domaines de leur appui. Selon les données recueillies le coût des activités rentrant dans la coordination du PNLS en 2008 s'élève à **2 692 840 789 FCFA**.

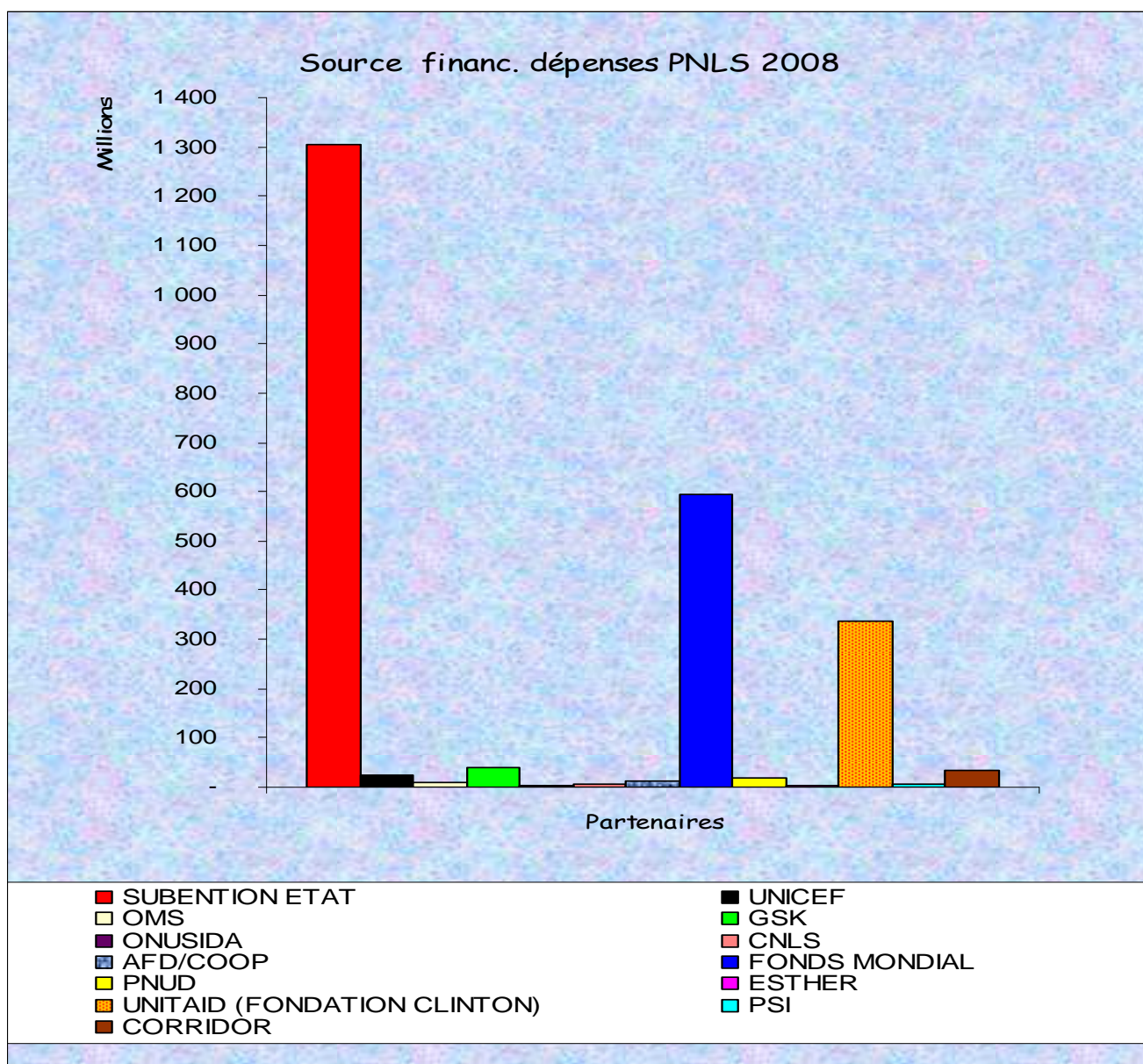


Figure 24: répartition des montants selon les sources de financement

1.2. Répartition des coûts par interventions

Les montant consacrés au de domaine de soins et traitement des PVVIH **représentent 86% du budget** suivi par la prévention (6%), l'appui institutionnel 5%. Le suivi & évaluation et la recherche représentent 3% du coût des interventions (Figure 25°. Comme le montre la figure plus de 80% du budget est orienté vers la prise en charge médicale des PVVIH (achat des médicaments ARV, des médicaments contre les infections opportunistes, le suivi biologique). Le budget consacré aux activités de suivi & évaluation reste très faible.

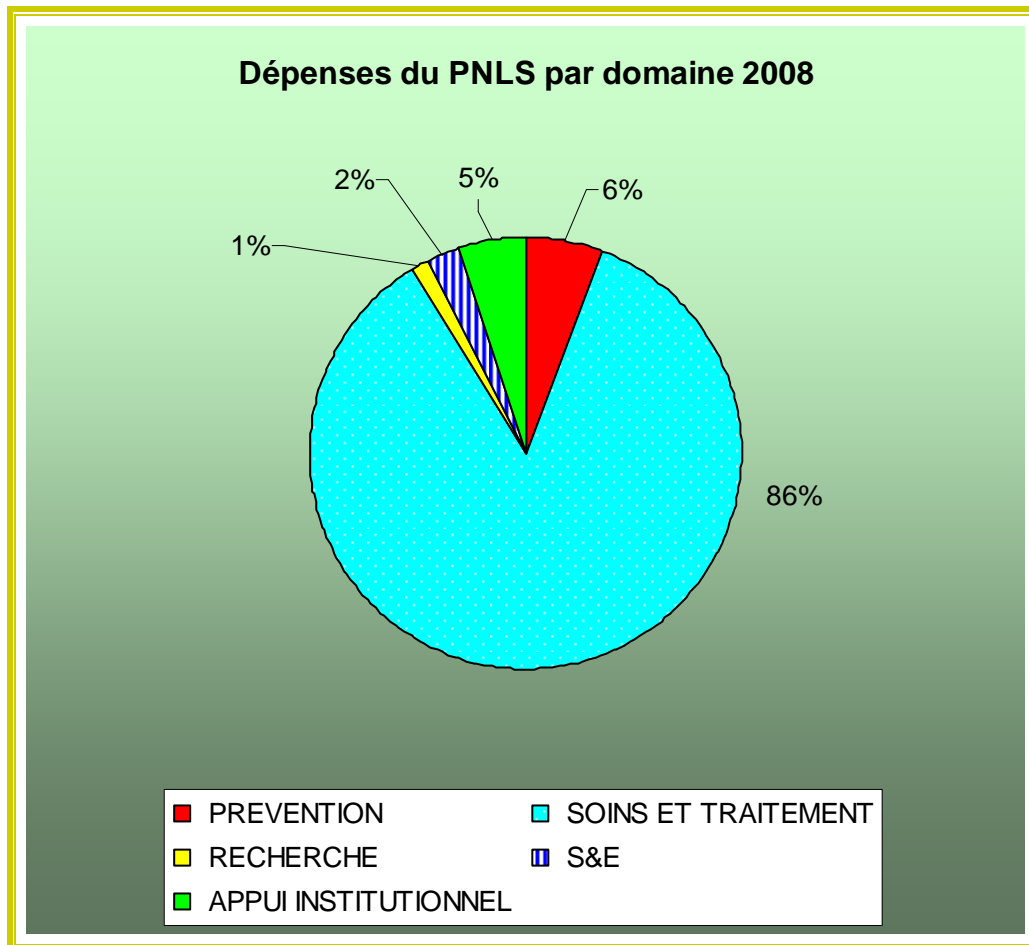


Figure 25: répartition des dépenses par domaine d'intervention en 2008



VI/ Problèmes, conclusion et perspectives

1. PROBLEME

1.1. Difficultés et approches de solutions

Les difficultés rencontrées lors de l'exécution des activités sont mentionnées sous forme de problèmes dans le tableau suivant :

Tableau 28 : *Problèmes rencontrés et approches de solutions*

Problèmes identifiés	Approches de solutions
Faible appropriation des activités de PTME au niveau des acteurs de districts sanitaires	Développer l'approche district
Faible intégration des activités de PTME, SMR, conseil dépistage et de prise en charge pédiatrique	Recruter un consultant pour faire l'analyse de la situation de l'intégration des activités et proposer Promotion de la prise en charge pédiatrique par le renforcement des structures et acteurs
Faiblesse de système de suivi & évaluation	Mise en place en 2009 du plan opérationnel et du manuel de suivi & évaluation Renforcement des capacités des acteurs au niveau décentralisé
Insuffisance de ressources humaines (qualité et quantité) au niveau des unités du PNL	Plaidoyer pour le recrutement du personnel technique et d'appui
Faible accessibilité géographique des ARV	Finalisation du plan décentralisation de la dispensation. Mise en place de 15 sites de dispensation en 2009
Insuffisance des ressources financières et logistiques pour la mise en œuvre des activités	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources au niveau du Gouvernement des partenaires notamment au cours du projet round 8 du Fonds Mondial

2. CONCLUSION

Grâce aux soutiens des différents partenaires et du gouvernement et malgré les difficultés certains indicateurs clés ont été améliorés par rapport à 2007 (**ainsi la couverture thérapeutique des PVVIH en ARV est passée de 33% en 2007 à 41.7% en 2008, le nombre personnes dépistées est passé de 89000 en 2007 à 150897 en 2008, le nombre de femmes enceintes dépistées et connaissant leur statut à progressé de 10% cette année**).

Ainsi, le problème de récurrent de rupture des ARV que le pays à connu en 2007 s'est considérablement amélioré cette année grâce aux soutiens du gouvernement togolais, du Fonds Mondial et certains partenaires en développement qui ont concrétisé leurs engagements pris au cours de la table ronde en d'avril 2008. Par ailleurs la gratuité des ARV décrétée en novembre 2008 est une grande opportunité pour augmenter sensiblement le nombre de PVVIH sous traitement : en effet en 6 semaines plus de deux milles PVVIH en attente de traitement ont pu avoir accès aux ARV

Certaines cibles fixées dans le plan stratégique national 2007-2010 sont atteints (voir Tableau 29). Mais il reste beaucoup d'effort à accomplir pour atteindre les indicateurs fixés dans le cadre de l'accès universel. Nous devons améliorer la couverture de la PTME, améliorer la prise en charge des PVVIH et surtout des enfants en mettant un accent particulier sur la décentralisation des ARV pour faciliter leur accessibilité géographique. Notre système de suivi-évaluation doit être plus performant

Tableau 29 : Niveau d'attente des cibles fixées au niveau national en 2008 (PSN 2007-2010)

Interventions	Cibles du PSN en 2008	Cibles atteintes	Taux de réalisation
Conseil & dépistage	110000 personnes dépistées	150897	13 %
PTME	Offrir la prophylaxie ARV à 2000 femmes enceintes et 100% de leurs enfants	1124 femmes séropositives accouchées sous prophylaxie complète	56.2%
Diagnostic et traitement des IST	75000 cas d'IST sont pris en charges	80024 cas IST traitées	106%
Soins et traitements des PVVIH	8750 adultes sous	10538	120%
	800 enfants sont traitement ARV	672	84%
Soutien et appui aux PVVIH	6000 adultes et enfants bénéficieront d'un soutien psychosocial et nutritionnel	17000	283%

3. PERSPECTIVES

- Avec l'élaboration du plan sectoriel de lutte contre le SIDA du ministère de la santé 2009-2013 et le plan national de développement sanitaire 2009-2013, nous avons un cadre programmatique cohérent pour mener à bien les interventions avec une vision sur le moyen terme,
- L'acceptation du projet VIH round 8 est une opportunité importante pour financer les activités programmées dans le plan sectoriel santé,
- La gratuité des médicaments permettra d'améliorer la qualité de soins et d'augmenter le nombre des PVVIH sous ARV. Cette gratuité couplée à la décentralisation en cours permettra de d'améliorer considérablement l'accessibilité géographique des PVVIH aux soins de qualité,
- L'engagement de haut niveau du gouvernement est un gage de pérennité des actions qui sont menées.

4. Remerciements

L'équipe du PNLS/IST adresse ses sincères gratitudee :

- Au ministre de la santé de la santé et au Directeur de la santé pour leur soutien permanent à toute l'équipe du PNLS/IST dans la mise en œuvre des activités,
- Au coordonnateur du secrétariat permanent du CNLS/IST pour son soutien et pour la bonne collaboration,
- Aux partenaires en développement bilatéraux et multilatéraux pour leur appui et leur collaboration,
- Aux directeurs régionaux et préfectoraux de la santé pour leur sollicitude et leur engagement,
- Aux points focaux régionaux et districts pour leur dynamisme et leur collaboration dans les activités de supervision de collecte et d'analyse des données,
- Aux comités thérapeutiques pour leur dynamisme et leur franche collaboration,
- PSI et au projet corridor Abidjan Lagos et la CAMEG pour leur collaboration dans la mise en œuvre des interventions,
- Aux ONG et associations, aux structures privées et confessionnelles pour leurs actions dynamiques et leur engagement dans la riposte et pour la bonne collaboration qui existent entre leurs structures et le PNLS/IST,
- Aux prestataires de soins du secteur public, privé, confessionnel et associatif pour leur fort engagement dans la riposte nationale et leur dévouement à la cause des malades et des clients,
- Aux PVVIH et leurs familles.



VII/ Annexes

Annexe 1 : Conseil / Dépistage

Tableau A1 : Répartition des séropositifs dans les différentes tranches d'âge en fonction du sexe.

	Masculin				Féminin				Total	
	Négatif		Positif		Négatif		Positif			
	Effectif		Effectif		Effectif		Effectif			
0-14 ans	1 388	35,5	182	5,5	1862	51,5	221	7	3653	100,0
15-19 ans	2713	19,5	47	0,35	8368	78	250	2,5	11378	100,0
20-24 ans	7162	26,5	119	0,45	15570	68	1319	5,5	24168	100,0
25-34 ans	10789	27	772	2	21791	62	3463	9	36816	100,0
35-49 ans	8431	32,5	1 297	5	8481	54	1770	8,5	19980	100,0
50 ans et plus	1981	46	169	5	1101	38	295	11	3546	100,0
Total	32464	27	2586	2	57173	63,5	7318	7	99541	100,0

Tableau A2: Résultats du dépistage mobile de PSI selon les tranches d'âge et le sexe.

	Masculin				Féminin				Total	
	Négatif		Positif		Négatif		Positif			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
0-14 ans	79	39,1	7	3,5	112	55,4	4	2,0	202	100,0
15-19 ans	3 449	46,8	7	0,1	3 863	52,4	48	0,7	7 367	100,0
20-24 ans	2 632	53,6	21	0,4	2 174	44,2	88	1,8	4 915	100,0
25-34 ans	2 325	55,6	57	1,4	1 636	39,1	164	3,9	4 182	100,0
35-49 ans	1 337	50,9	77	2,9	1 110	42,3	102	3,9	2 626	100,0
50 ans et plus	641	51,9	13	1,1	557	45,1	24	1,9	1 235	100,0
Total	10 463	51,0	182	0,9	9 452	46,0	430	2,1	20 527	100,0

Tableau A3: Résultats du dépistage mobile du Corridor selon les tranches d'âge et le sexe

Tranche d'âge	Masculin				Féminin				Total	
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
0-14 ans	2 276	47,1	23	0,5	2 526	52,2	12	0,2	4 837	100,0
15-19 ans	4 002	49,8	10	0,1	3 995	49,7	28	0,3	8 035	100,0
20-24 ans	2 648	52,3	19	0,4	2 288	45,2	104	2,1	5 059	100,0
25-34 ans	3 480	53,0	93	1,4	2 745	41,8	251	3,8	6 569	100,0
35-49 ans	1 974	44,5	130	2,9	2 126	48,0	203	4,6	4 433	100,0
50 ans et plus	804	40,8	32	1,6	1 089	55,3	44	2,2	1 969	100,0
Total	15 184	49,1	307	1,0	14 769	47,8	642	2,1	30 902	100,0

Tableau A4 : Répartition par sexe et par tranches d'âges du dépistage mobile de PSI et du Projet Corridor

Tranche d'âge	Masculin				Féminin				Total	
	Négatif		Positif		Négatif		Positif		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
0-14 ans	2355	39,11	30	3,47	2638	55,4	16	1,98	5 039	100
15-19 ans	7451	46,82	17	0,1	7858	52,4	76	0,65	15402	100
20-24 ans	5280	53,55	40	0,43	4462	44,2	192	1,79	9974	100
25-34 ans	5805	55,6	150	1,36	4381	39,1	415	3,92	10751	100
35-49 ans	3311	50,91	207	2,93	3236	42,3	305	3,88	7059	100
50 ans et plus	1445	51,9	45	1,05	1646	45,1	68	1,94	3204	100
Total	25647	50,97	489	0,89	24221	46	1072	2,09	51429	100

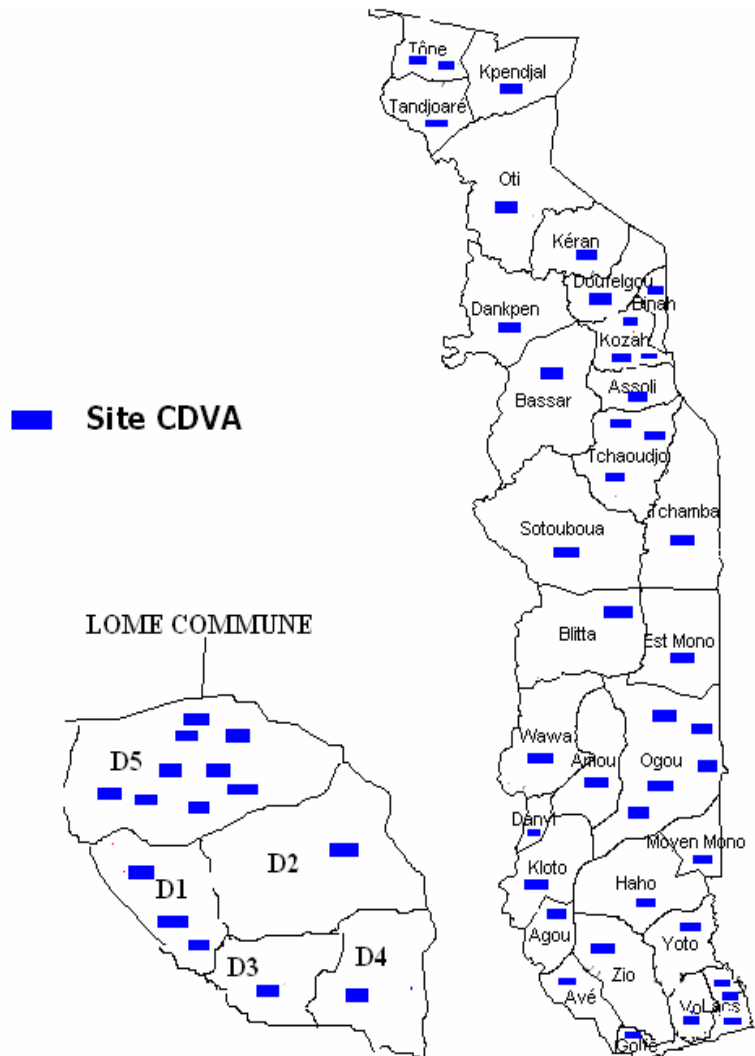


Fig. 26. Répartition spatiale des sites de conseil dépistage au Togo

Annexe 2 : PTME

Tableau A5 : Liste des centres de CPN ayant intégrés la PTME en 2008

REGION	DISTRICT	SITES
Lomé Commune	D1	Centre de Santé Lomé
		CHR Lomé Commune
	D3	Hôpital Bè
		CS Amoutiévé
	D5	CHU Tokoin
		CHU Campus
Clinique ATBEF		
MARITIME	GOLFE	CMS Adidogomé
		CMS Agoè
	LACS	Polyclinique Kpota Aného
		Centre hospitalier Aného
	VO	Hôpital Vogan
	ZIO	Polyclinique Tsévié
CHR Tsévié		
YOTO	CMS Kouvé	
PLATEAUX	OGOU	CHR Atakpamé
		Polyclinique Atakpamé
		CMS Agbonou
		USP Akparé
		CMS Anié
		CMS Gléi
	KLOTO	CHP Kpalimé
		PMI Kpalimé
		CMS Goudévé
		CMS Témédja
AMOU	CMS Témédja	
CENTRALE	TCHAOUDJO	Polyclinique Sokodé
		CHR Sokodé
		CMS Bon Secours
	TCHAMBA	CHP Tchamba
KARA	KOZAH	CHU Kara
		CHR Kara
	DOUFELGOU	Hôpital Niamtougou
		CMS Baga
	KERAN	CHP Kanté
	DANKPEN	Hôpital Guérin Kouka
	BASSAR	CHP Bassar
		CMS Kabou
SAVANES	TONE	CHR Dapaong
		PMI Dapaong
		CMS Cinkassé
		USP Nadjoundi
		USP Dalwak
		USP Biankouri
		Usp Nioprouma
	OTI	CHP Mango
	TANDJOARE	CMS Bombouaka
	KPENDJAL	USP Mandouri

Tableau A6 : Récapitulatifs des Résultats obtenus en 2008

INDICATEUR	2007	%	2008	%
Nombre de districts couverts	19		22	62,8 %
Nombre de femmes reçues en CPN	27543		34055	
Nombre de femmes ayant reçu le pré-test	27697		32947	
Nombre de femmes ayant fait le dépistage après le pré-test	20553	74,6%	30709	90%
Nombre de femmes reçu en post test	16261	79,1%	25987	85%
Nombre de femmes dépistées positives	1481	7,2%	2093	6,8%
Nombre de partenaires sexuels dépistés	941		1496	
Nombre de partenaires sexuels dépistés positifs	201		258	
Nombre de femmes séropositives ayant reçu la prophylaxie ARV	1036		1699	
Nombre de femmes séropositives ayant accouchées	811		1241	
Nombre de femmes séropositives ayant accouché sous prophylaxie	705	47,6	1127	66,3 %
Nombre d'enfants nés de mères séropositives	823		1248	
Nombre d'enfants nés de mères séropositives décédés	31		43	
Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu la prophylaxie	749		1162	
Nombre d'enfants sous Allaitement Maternel Exclusif	647		834	
Nombre d'enfants sous lait artificiel	176		371	
Nombre d'enfants suivis	494		1064	
Nombre d'enfants connaissant leur statut à 18 mois	249		389	
Nombre d'enfants positifs à 18 mois	33	13,5	80	20%
Nombre d'enfants sous cotrimoxazole	488		737	
Nombre de femmes sous ARV	85		150	
Nombre d'enfants sous trithérapie	-		49	
Nombre d'enfants ablactés à 6 mois	523		513	
Nombre de femmes enceintes sous cotrimoxazole	1130		1137	

Fig. 27 Répartition spatiale des sites de PTME au Togo

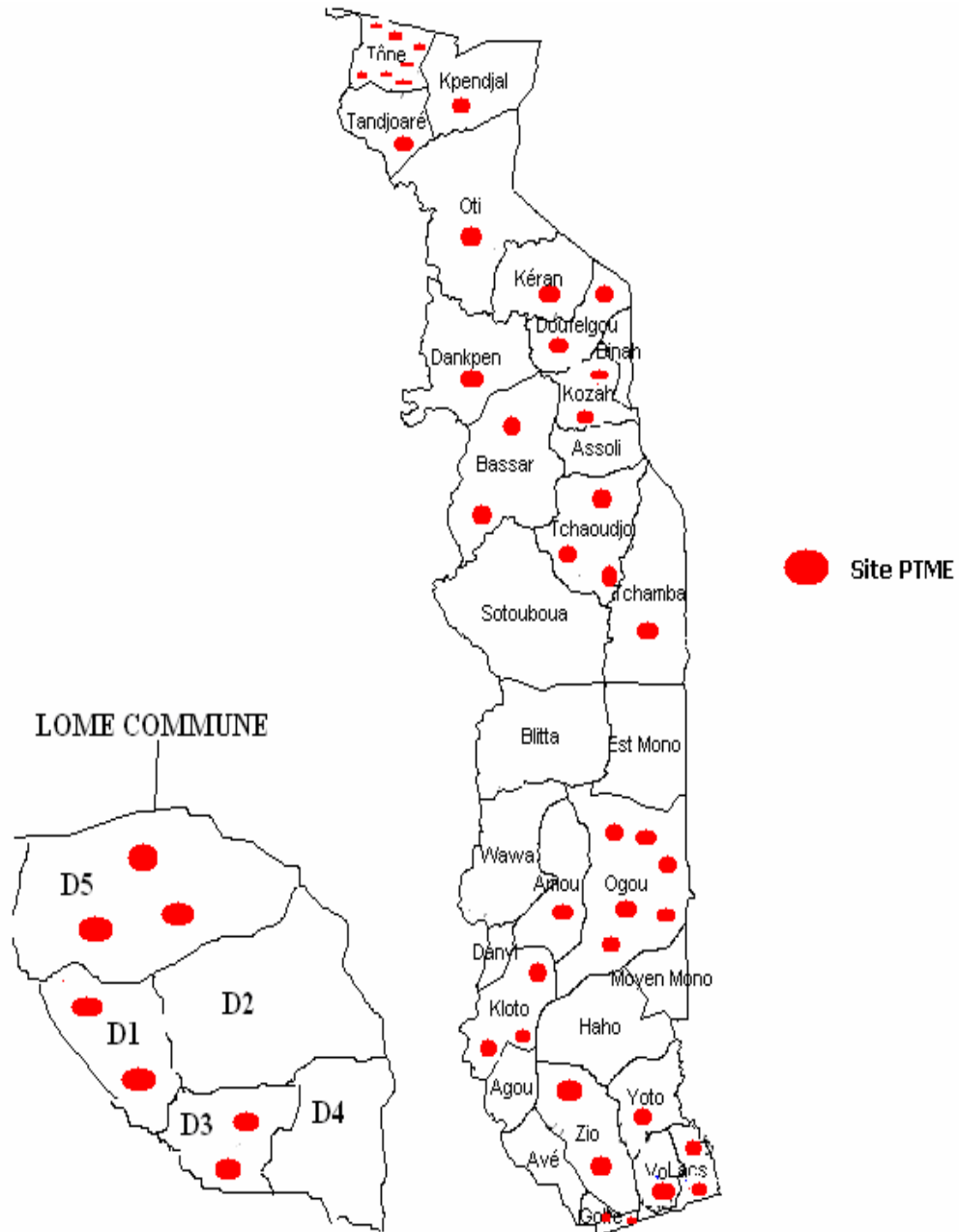


Tableau A7: Récapitulatif des activités de PTME menées au niveau des sites

DISTRICT	SITES	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN	Nombre de femmes enceintes dépistées	Nombre de femmes enceintes séropositives	Nombre de femmes séropositives ayant reçu le protocole complet
D1	Centre de Santé Lomé	2946	2650	178	119
	CHR Lomé Commune	443	456	19	10
D3	Hôpital Bè	2693	2588	419	335
	CS Amoutiévé	957	843	50	9
D5	CHU Tokoin	1269	1168	252	120
	CHU Campus	411	256	33	11
	Clinique ATBEF	481	608	47	-
GOLFE	CMS Adidogomé	1827	874	101	28
	CMS Agoè	1644	1728	102	47
LACS	Polyclinique Kpota Aného	329	259	17	9
	Centre hospitalier Aného	475	347	23	10
VO	Hôpital Vogan	605	592	31	21
ZIO	Polyclinique Tsévié	1054	870	67	22
	CHR Tsévié	334	315	39	10
YOTO	CMS Kouvé	192	163	34	13
OGOOU	CHR Atakpamé	546	314	21	22
	Polyclinique Atakpamé	797	713	25	5
	CMS Agbonou	494	599	28	15
	USP Akparé	507	283	2	4
	CMS Anié	836	665	12	12
	CMS Gléi	775	481	9	4
KLOTO	CHP Kpalimé	782	839	50	54
	PMI Kpalimé	527	721	33	-
	CMS Goudévé	292	208	9	4
AMOU	CMS Témédja	197	233	2	0
TCHAOUDJO	Polyclinique Sokodé	992	1536	73	31
	CHR Sokodé	770	686	54	45
	CMS Bon Secours	269	289	16	2
TCHAMBA	CHP Tchamba	150	174	5	1
KOZAH	CHU Kara	400	941	102	58
	CHR Kara	200	170	11	3
DOUFELGOU	Hôpital Niamtougou	262	245	10	9
	CMS Baga	268	188	12	5
KERAN	CHP Kanté	732	694	26	15
DANKPEN	Hôpital Guérin Kouka	578	436	13	10
BASSAR	CHP Bassar	732	698	32	19
	CMS Kabou	425	411	10	4

TONE	CHR Dapaong	645	629	18	14
	PMI Dapaong	1431	580	17	8
	CMS Cinkassé	616	417	14	7
	USP Nadjoundi	1448	850	24	5
	USP Dalwak	668	268	1	0
	USP Biankouri	467	316	1	0
	USP Niprouma	-			-
OTI	CHP Mango	769	716	18	8
TANDJOARE	CMS Bombouaka	156	73	1	0
KPENDJAL	USP Mandouri	110	19	0	0

Annexe 3 : IST/IC

Liste des services adaptés pour TS :

- ⇒ Région Lomé commune : SA Amoutivé, SA BÈ, et SA Adakpamé
- ⇒ Région Maritime : SA Agoè
- ⇒ Région des Plateaux : SA Anié, SA Gléi et SA Kpalimé
- ⇒ Région Centrale : SA Sokodé
- ⇒ Région de la Kara : SA Kara
- ⇒ Région des savanes : SA Dapaong et SA Cinkassé

Tableau A8: Cas IST notifiés de 2004 à 2008 dans les régions

Année	2004	2005	2006	2007	2008
Lomé commune	2860	4362	3018	7463	14158
Maritime	4064	7507	9114	17268	24261
Plateaux	4347	9556	10792	15974	18960
Centrale	2048	6795	5383	8876	8339
Kara	2340	7101	6730	7808	7901
Savanes	2157	6009	3965	5526	6405
TOTAL	17816	41330	39002	62915	80024

Tableau A9 : Récapitulatif des Activités menées Par Chaque service adapté

N°	SA	TOTAL TS	Nouvelle TS	CAS IST	PRESERVATIFS VENDUS OU DISTRIBUES
1	AMOUTIVÉ	277	94	84	1 128
2	AGOE	163	20	56	37 691
3	ADAKPAMÉ	209	203	104	1 632
4	BÈ	24	7	24	288
5	SOKODE	233	111	133	13 450
6	ANIE	45	4	52	23 000
7	KARA	192	84	84	28 174
8	DAPAONG	112	102	101	28 380
9	KPALIMÉ	21	16	19	134
10	GLEI	15	4	28	102
11	CINKASSÉ	23	17	17	7 622
	TOTAL	1314	662	702	141 601

Annexe 4 : Soins, traitement et soutien

Tableau A10 : Situation des structures de PECM par District

		PRIVE	PUBLIC	CONFESSIONNEL	ASSOCIATIF
SAVANES	KPENDJAL		1		
	OTI		1		
	TONE	2	2		5
KARA	BAFILO				1
	BASSAR		1	1	2
	DOUFELGOU		1		
	KANTE		1		
	KOZAH		2		1
CENTRALE	BLITTA		2	1	1
	SOTOUBOUA		1		
	TCHAMBA		3		1
	TCHAOU DJO	1	2	1	3
PLATEAUX	AGOU				1
	AMOU			1	
	EST MONO		3		
	HAHO		1		
	KLOTO		4		1
	MOYEN		1		
	OGOUE		4		4
	WAWA		1	1	
MARITIME	AFAGNAN			1	
	AVE		1		
	GOLFE	2	3	3	4
	LACS	1	2		
	VO		2		2
	YOTO			1	
LOME COMMUNE	ZIO	1	1		1
	D I		5		
	D II	5	2		3
	D III	5	3		4
	D IV	1	1		2
	D V	1	2	2	12
ENSEMBLE		19	53	12	48

Tableau A11: Activités des ONG/Associations de prise en charge psychosociale

REGION	DISTRICT	CENTRE DE PRISE EN CHARGE	Personnes visitées à domicile	Personnes visitées à l'hôpital	Personnes soutenues sur le plan nutritionnel	Participants aux groupes de parole	Nombre de groupes de parole réalisés	Formation en PEC psychosociale	
								Personnes formées	Personnes à former
LOME COMMUNE	D1	POLYCLINIQUE DE LOME	10	1	0	612	12	1	5
		CHR LC	4	241	40	183	7	2	12
	D2	CACIEJ	29	2	0	150	6	2	3
		CRIPS	55	10	116	799	32	0	3
	D3	JMA	207	45	12	720	12	2	3
	D4	LE JADE	143	8	501	138	10	5	7
		EDV	258	51	30	122	8	3	5
		JMAH	100	6	17	108	13	3	2
		AMC Akwaba	448	30	764	1169	17	5	5
	D5	AIDSS	1173	25	475	350	16	7	5
		EVT	574	117	1374	2768	84	7	10
		ATBEF	46	0	0	0	0	0	3
		ASDEB	89	13	105	90	12	0	4
		ASMENE	235	0	105	231	12	6	4
		MEDES	712	2	0	18	12	2	4
MARITIME	GOLFE	ASPROFEM	388	9	232	726	12	3	5
		GCCST	72	10	172	590	12	2	2
		RADS	43	23	37	18	4	3	4
		PDH	116	13	116	116	31	11	5
		REGINA PACIS	28	7	0	37	2	3	3
	AVE	CRIPS Noépé	14	0	17	28	3	0	1
PLATEAUX	WAWA	LIASM	16	3	0	8	5	3	17
	AGOU	ARBES	102	17	0	26	1	6	10
	KLOTO	AMC	52	10	105	148	12	0	2
		VIVRE MIEUX	329	8	0	576	11	1	2
CENTRALE	TCHAOUDJO	EVT/RC	73	22	519	754	24	10	5
		CHR	0	2	0	269	12	0	30
		APCD	30	19	162	1949	59	23	60
		BON SECOURS	50	26	0	0	0	11	2
		EPV	48	4	26	32	10	6	12
	SOTOUBOUA	VIE SAINTE TOGO	35	33	150	51	12	0	4
		Construire ensemble	16	5	0	0	0	2	4
		RADAR	2	0	0	0	0	2	5
KA RA	KOZAH	AED	5499	762	5075	12786	463	129	246
SAVANES	TONE	MOYEME	23	3	4	0	14	3	3
		VIE	4500	446	120	60	448	8	3
TOTAL PAYS			15 519	1 973	10 274	25 632	1 388	269	497

Annexe 5 : Finances

Tableau A13: Situation des financements en fonction des interventions et des Bailleurs

RAPPORT FINANCIER DU PNLS/IST 2008						
BAILLEURS	PREVENTION	SOINS ET TRAITEMENT	RECHERCHE	S&E	APPUI INSTITUTIONNEL	TOTAL
SUBENTION ETAT	50 878 327	1 208 745 546	3 828 900	12 397 806	28 298 497	1 304 149 076
UNICEF	23 922 890	-	-	-	-	23 922 890
OMS	-	6 583 725	2 695 931	-	-	9 279 656
GSK	16 956 800	-	970 000	6 591 495	16 757 250	41 275 545
ONUSIDA	1 645 363	-	-	-	-	1 645 363
CNLS	6 222 595	-	931 900	-	-	7 154 495
AFD/COOP	8 999 090	1 200 000	1 000	-	1 649 515	12 848 605
FONDS MONDIAL	-	485 011 237	18 145 280	28 873 755	63 076 771	595 107 043
PNUD	-	1 862 500	10 365 000	714 700	4 793 269	17 735 469
ESTHER	-	-	-	3 448 422	-	3 448 422
UNITAID (FONDATION CLINTON)	-	335 655 000	-	-	-	335 655 000
GTZ	-	24 926 051	-	-	-	24 926 051
OPALS	20 295 000	-	-	11 250 000	22 477 050	54 022 050
UE	-	221 625 000	-	-	-	221 625 000
PSI	4 875 000	-	-	1 800 000	-	6 675 000
CORRIDOR	25 822 328	4 619 842	1 863 854	1 065 100	-	33 371 124
TOTAL	159 617 393	2 290 228 901	39 800 865	66 141 278	137 052 352	2 692 840 789