

MINISTERE 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 ACTIVITÉS

Année 2011

Équipe de rédaction

Pr. Vincent P. PITCHÉ, Coordonnateur

Dr Kodzo DEKU, Responsable de l'unité de suivi-évaluation et recherche

Dr Senyedji D'ALMEIDA, Unité de suivi évaluation et recherche

Dr Assétina SINGO-TOKOFAL, Responsable des unités de prise en charge des PVVIH et de la PTME

Mme Aklai TCHAMDJA-ABALO, Responsable de l'unité des IST et des services adaptés

Mr Hidane KELMA, Responsable de l'unité conseil & dépistage

Mr Yao GAYI, Responsable de l'unité Administrative, financière et logistique

Le coordonnateur félicite tout le personnel technique et de soutien du PNLS/IST qui s'est investi chacun à son niveau au cours de l'année 2011 dans la mise en œuvre des activités et pour leur implication et apport dans la rédaction de ce rapport.

Remerciements

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

Au Ministre de la santé pour son engagement de haut niveau et son soutien constant aux activités menées dans la riposte nationale contre le VIH et SIDA ;

Au Directeur général de la santé pour son soutien permanent à toute l'équipe du PNLS/IST dans la mise en œuvre des activités ;

Au Coordonnateur National du Secrétariat Permanent du CNLS/IST pour son appui et sa disponibilité ;

Aux partenaires en développement bilatéraux et multilatéraux

A l'équipe de l'Unité de gestion des projets du Fonds Mondial du ministère de la santé ;

A la Directrice de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques du Togo (CAMEG-Togo) et à son équipe ;

Aux Directeurs de la division de la santé familiale (DSF) et du service national de transfusion (SNTS) et au coordonnateur du programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) pour la bonne collaboration ;

Aux membres des groupes thématiques conseil dépistage, PTME, IST, prise en charge et ceux de la cellule de quantification et de gestion des intrants médicaux ;

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 ;

Aux ONG et associations, aux structures privées et confessionnelles pour leur constant engagement dans la riposte et pour la bonne collaboration ;

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 de la population ;

Aux PVVIH et leurs familles.

Avant-propos

Comme chaque année, la rédaction des rapports annuels est l'occasion de faire un bilan des interventions du secteur santé. Les résultats présentés constituent la somme des activités réalisées par tous les acteurs intervenant dans la mise en œuvre des interventions du programme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, avec le soutien du gouvernement et les partenaires en développement notamment le fonds Mondial, des progrès ont été notés dans la mise en œuvre des interventions malgré les contraintes et difficultés rencontrées.

Dans le domaine de prévention :

En matière de diagnostic et traitement des IST en 2011, 70% des formations sanitaires du pays ont notifié 70 194 cas d'IST. Sur les 22 services adaptés 1180 cas de d'IST ont été prise en charge chez les professionnels de sexe.

Le Togo comptait 233 centres de dépistage en 2011, et 26715 cas dépistages ont été réalisés dont 25.3% en stratégie mobile. La campagne dépistage menée en 2011 a permis de toucher les populations rurales et certaines cibles spécifiques comme les populations déplacées et réfugiées, les professionnels de sexe et les prisonnier et les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes. 84% des malades tuberculeux ont été dépistés dont 94% des cas de tuberculeux multibacillaires (prévalence du VIH dans ce groupe : 25%).

La sécurité transfusionnelle est assurée de manière dynamique par deux structures de coordination. En effet, en 2011, dans la partie méridionale 27336 poches de sang ont été collectées avec un taux prévalence du VIH de 1% ; dans les régions septentrionales sur les 8519 poches de sang le taux de VIH est de 0.3%. Mais dans l'ensemble du pays les marqueurs de l'hépatite B et C restent à un niveau élevé.

En 2011, il y avait 306 sites de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) contre 214 en 2010 ; soit un taux de couverture géographique de 48%. Les services de conseil dépistage ont été offerts à 107163 femmes enceintes dans les sites PTME (soit à 39.6 % des femmes enceintes attendues dans le pays et 61.7% des femmes enceintes reçues en consultations prénatales dans les structures de soins sur l'ensemble du pays). Mais seulement 7.5% des partenaires de ces femmes ont été dépistés. 4173 femmes enceintes séropositives ont reçu la prophylaxie ARV (soit 60.5% des femmes enceintes séropositives attendues dans le pays). Le taux de transmission du VIH chez les enfants nés de mère séropositives à 18 mois est de 6.5%

Dans le domaine de la prise en charge :

En matière de soins et traitement en 2011, le pays compte 141 sites de prise en charge avec 69 sites de dispensation. Au cours de cette année, 29045 PVVIH ont été mises sous ARV (contre 24635 en 2010) ce qui correspond à un taux de couverture

thérapeutique de 59%. Le taux de décès était de 2.6% et celui des perdus de vue de 7.3%. Parmi ces PVVIH sous ARV on notait 1676 enfants (taux couverture 18%). La prophylaxie par le Cotrimoxazole a été offerte à 31559 PVVIH. Le plateau technique est encore insuffisant avec seulement 25 lecteurs de CD4. Plus de 12 mille PVVIH ont bénéficié des services de soutien (prise en charge nutritionnelle, éducation thérapeutique)

En matière de suivi évaluation et recherche

Des évaluations ont été effectuées dans le domaine de la PTME afin d'identifier les goulots d'étranglement dans la perspective de l'élaboration du plan d'élimination du VIH chez l'enfant. Nous avons aussi évalué le système ESOPE mise en place dans les sites de prise en charge pour le suivi des malades.

Les enquêtes de secondes générations menées dans certains groupes ont noté : une diminution de la prévalence du VIH chez les professionnels de sexe en 2011 (13.1% vs 29% en 2005), mais cette prévalence était de 20.3% chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, 4.5% chez les prisonniers et 5.5% chez les usagers par les drogues par voie intraveineuse. D'autres enquêtes ont été menées dans le milieu du travail et pour évaluer les messages diffusés dans les médias

En matière de financement : Le coût des activités mises en œuvre par le secteur santé s'élevait à 5.142.033.007 FCFA. Les principales sources de financements sont le Fonds Mondial (78%) ; le gouvernement (15.6%) et l'UNICEF (4.4%).

L'année 2011 s'est achevée par l'acceptation par le Fonds Mondial de la deuxième du projet VIH série. Cette acceptation malgré la réduction de budget, est une bouffée d'oxygène pour le programme car cela permettra de consolider les résultats obtenus pour les trois prochaines dans le contexte international actuel de crise économique et financière dont on ne voit pas encore l'issue

Au niveau national l'élaboration simultanée des documents de stratégie de réduction de la pauvreté, du plan national de développement sanitaire 2012-15 et du plan national stratégique de lutte contre le SIDA 2012-2015 constitue des opportunités pour mobiliser les ressources domestiques conséquentes afin de pérenniser et étendre nos interventions.

Professeur Vincent P. PITCHÉ

Coordonnateur du PNLS/IST

SOMMAIRE

<i>Remerciements</i> ...	3
<i>Liste des abréviations</i> ...	6
<i>Liste des tableaux</i> ...	7
<i>Liste des figures</i> ...	8
<i>Avant propos</i>9
1 - ACTIVITÉS DE PRÉVENTION	10
1.1 Diagnostic et traitement des IST	11
1.1.1 Couverture	11
1.1.2 Fréquentation	11
1.1.3 Formation	15
1.1.4 Coordination	15
1.1.5 Problèmes et approches de solutions	16
1.2 Conseil et dépistage	17
1.2.1 Couverture	17
1.2.2 Fréquentation ou nombre de cas dépistés	18
1.2.3 Formation et supervision	23
1.2.4 Coordination	23
1.2.5 Problèmes et approches de solutions	23
1.3 Sécurité transfusionnelle	24
1.3.1 Données des zones couvertes par la CNTS	24
1.3.2 Données des zones couvertes par la CRTS	25
1.4 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	27
1.4.1 Couverture	27
1.4.2 Principaux résultats par composante	27
1.4.3 Formation	33
1.4.4 Suivi /Supervision	33
1.4.5 Coordination des activités	34
1.2.6 Problèmes et approches de solutions	34
2 - SOINS, TRAITEMENT ET SOUTIEN	35

2.1 Soins et traitement des PVVIH	36
2.1.1 Couverture	36
2.1.2 Fréquentation des centres	38
2.1.3 Prise en charge pédiatrique	42
2.1.4 Prise en charge des infections opportunistes et suivi biologique	44
2.1.5 Prise en charge de la coinfection TB/VIH	
2.1.6 Soutien aux PVVIH	47
2.1.7 Formation et supervision	48
2.1.8 Coordination	48
2.1.9 Problème et approche de solutions	49
3 – SUIVI/ ÉVALUATION	50
3.1 Suivi et évaluation	51
3.1.1 Activités de renforcement du système de suivi et évaluation	51
3.1.2 Le monitoring des médicaments et réactifs et suivi des activités de dispensation des ARV dans le cadre de la décentralisation	52
3.1.3 La surveillance épidémiologique	53
3.1.4 Évaluation des interventions du programme	60
3.1.5 Recherches menées en 2009	60
3.1.6 Problèmes et approches de solutions	61
4 – COORDINATION	62
4.1 Coordination	63
4.1.1 Activités de mobilisation de ressources et élaboration des documents.	63
4.1.2 Participation aux réunions stratégiques sur le plan national	63
4.1.3 Groupes thématiques, activités de coordination de TB/VIH, évaluation du programme	63
4.1.4 Missions à l'extérieur	64
5 – FINANCEMENT DES ACTIVITÉS	65
5.1 Ressources financiers	66
5.1.1 Sources de financement des interventions	66
5.1.2 Répartition des coûts par interventions	67
6 – PROBLÈMES, CONCLUSION ET PERSPECTIVES	69
6.1 Problèmes	70
6.1.1 Difficultés et approches de solutions	70
6.2 Conclusion	71

6.3 Perspectives	72
7 - Annexes	73
<i>Liste des principaux indicateurs du PNLS en 2009</i>	<i>i</i>
<i>Liste des sites C&D, PTME, PECM, Dispensation et lecteur CD4 en 2009.....</i>	<i>iii</i>
<i>Répartition géographique sites de PTME en 2009</i>	<i>viii</i>
<i>Répartition géographique des sites de PECM.....</i>	<i>x</i>
<i>Répartition des financements reçus par type de bailleurs et par type d'intervention</i>	<i>xvii</i>

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 Regional
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

Liste des tableaux

Tableau 1	Répartition de cas d'IST par syndrome	12
Tableau 2	Répartition des cas d'IST par âge	12
Tableau 3	Evolution des activités réalisées chez les TS de 2007 à 2011.....	15
Tableau 4	Répartition des CDVA suivant les régions sanitaires du Togo	17
Tableau 5	Répartition des résultats globaux par sexe et statut sérologique.....	19
Tableau 6	Répartition des cas dépistés par région dans les CDV	20
Tableau 7	Répartition des dépistés dans les CDV par tranches d'âge et par statu sérologiq	20
Tableau 8	Répartition des résultats globaux du dépistage mobile par sexe et statu sérologique	21 24
Tableau 9	Prévalence des marqueurs viraux sur les dons de sang en 2011	
Tableau 10	Principaux indicateurs en matière de soins du couple mère enfant en	31 20: 32
Tableau 11	Indicateurs nationaux de 2007 à 2011	34
Tableau 12	Problèmes et approches de solutions	36
Tableau 13	Répartition du nombre de structures accréditées par région sanitai	37 54
Tableau 14	Répartition des sites de dispensation par région	58
Tableau 15	Prévalence VIH selon le milieu de résidence	64
Tableau 16	Résultat de la séroprévalence du VIH au niveau des sites sentinelles de CORRIDC	70
Tableau 17	Principales missions effectuées en 2011.....	
Tableau 18	Problèmes rencontrés et approches de solutions	

Listes des figures

Figure 1	Cas de syndrome IST notifiés en 2011 par selon le sexe	13
Figure 2	Répartition des cas d'IST par région en 2011	14
Figure 3	Évolution des cas d'IST enregistrés de 2004 – 2011	14
Figure 4	Évolution du nombre des CDV au Togo depuis 2002	18
Figure 5	Évolution des cas dépistés entre 2002 et 2011	19
Figure 6	Répartition du nombre de sujets dépistés par région	22
Figure 7	Évolution de la sérologie des marqueurs	25
Figure 8	Évolution de la séroprévalence des marqueurs viraux au CRTS de Sokodé de 2001 à 2011	26
Figure 9	Évolution du nombre de sites de PTME de 2002 à 2011	27
Figure 10	Évolution du nombre de femmes et partenaires dépistés de 2002 à 2011	28
Figure 11	Évolution du nombre de femmes enceintes dépistés de 2002 à 2011	29
Figure 12	Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives et leurs nouveaux nés en 2011	30
Figure 13	Évolution du nombre de femmes ayant accouché sous ARV de 2002 à 2011	31
Figure 14	Option d'allaitement chez les enfants nés de mères séropositives....	39
Figure 15	Évolution du nombre de site de dispensation de 2007 à 2011	40
Figure 16	Répartition des compteurs de CD4 par région sanitaire	40
Figure 17	Répartition du nombre de PVVIH par région sanitaire	41
Figure 18	Évolution nombre de PVVIH sous ARV de 2002 à 2011.....	41
Figure 19	Répartition des PVVIH par sexe	42
Figure 20	Répartition géographique des PVVIH sous ARVC	43
Figure 21	Répartition des protocoles ARV prescrits au Togo	44
Figure 22	Répartition des protocoles prescrits en fonction des lignes thérapeutiques	45
Figure 23	Proportion des enfants sous ARV en 2011	46
Figure 24	Répartition des enfants sous ARV selon les tranches d'âges	46
Figure 25	Situation de l'offre de service de dépistage du VIH aux patients TB+ par région en 2011	47
Figure 26	Situation du dépistage du VIH réalisé chez les patients TPM+ par région en 2011	56
Figure 27	Proportion par grande structure des patients ayant bénéficié de la prise en charge psychologique	57
Figure 28	Prévalence du VIH selon les sites	58
Figure 29	Prévalence du VIH selon les districts sanitaires en 2011	59
Figure 30	Prévalence du VIH par région sanitaire en 2011	66
Figure 31	Évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 – 49 ans entre 2003 et 2011	67
Figure 32	Évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes	

	de 15 – 24 ans de 2003 à 2011
Figure 33	Prévalence du VIH chez les populations cibles du projet Corridor
Figure 34	Répartition des montants selon les sources de financement
Figure 35	Répartition des dépenses par domaines d'intervention en 2011

1. Interventions de Préventions

1.1. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST

Dans le domaine des IST, le PNLS/IST coordonne les activités du diagnostic et traitement des IST par la promotion de la prise en charge syndromique. Et cette prise en charge des IST est couplée aux activités de suivi des groupes vulnérables tels que les travailleurs de sexe (TS) dans les services adaptés.

Des efforts sont actuellement entrepris pour promouvoir le dépistage en stratégie avancée auprès de groupes cibles (routiers, migrants,...).

En 2011, au total **70 194** cas d'IST ont été diagnostiqués et traités dont **59 259** dans les structures de soins et (84,4%), **10 935** en stratégie mobile (15,6%).

1.1.1 Couverture

En 2011, 553 sur 789 structures de soins de santé que compte le Togo, ont effectué la prise en charge des Infections sexuellement transmissibles ; soit un taux de couverture géographique de 70%.

1.1.2. Fréquentation des structures de soins

Les structures de soins ont notifié 37 313 cas d'IST en 2011 et 21 946 partenaires traités soit un total de 59 259 cas d'IST traités. La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles est essentiellement basée sur l'approche syndromique. Les différents syndromes IST diagnostiqués, traités et notifiés sont : Écoulement Urétral (EU), Écoulement Vaginal (EV), Ulcération Génitale (UG), Douleurs Abdominales Basses ou Syndrome Inflammatoire Pelvien (DAB/SIP), Bubon Inguinal (BI), Tuméfaction du Scrotum (TS), Conjonctivite du Nouveau-né (CNN) et Condylomes ou Végétations Vénériennes (CO/VV).

1.1.2.1 Situation des syndromes d'IST notifiés en 2011

Pour l'ensemble du pays, les écoulements vaginaux constituent le syndrome le plus notifié soit 61,84% suivi des douleurs abdominales basses (23,28%), de l'écoulement urétral (8,25%) et de l'ulcération génitale (4,57%). Les partenaires ayant été traités représentent 37,03% contre 37,4% en 2010.

Les résultats sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1: Répartition des cas d'IST par syndrome en 2011

Syndromes IST	Nombre de cas	Fréquence
Ecoulement urétral	3077	8,25%
Ecoulement vaginal	23076	61,84%
Ulcération génitale	1704	4,57%
Tuméfaction du scrotum	417	1,12%
Douleur abdominale basse	8688	23,28%
Bubon inguinal	49	0,13%
Végétations vénériennes (condylome)	281	0,75%
Conjonctivite du nouveau né	21	0,06%
Total	37313	100,00%

1.1.2.2 Situation des cas d'IST par sexe

Les patients de sexe féminin représentent 89% de l'ensemble des cas d'IST enregistrés contre 11% chez les hommes. Il est à noter que tout comme les années passées, les cas d'IST sont diagnostiqués dans la plupart du temps aux consultations prénatales (fig.1).

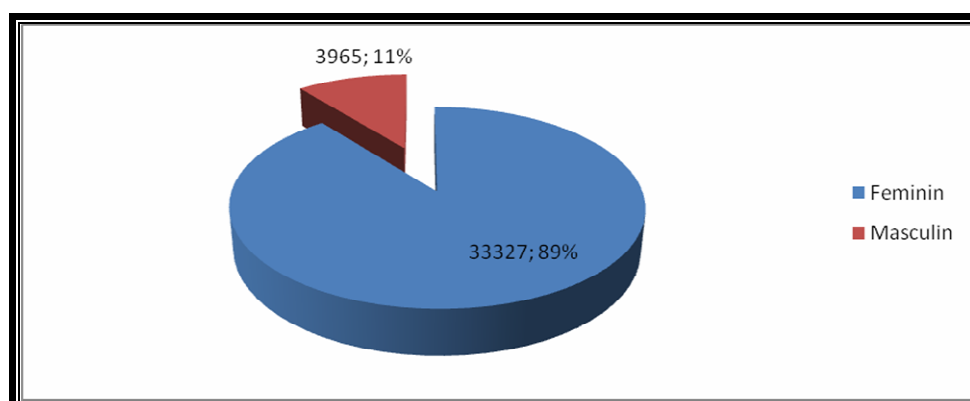


Figure 1 : Cas de Syndrome IST notifiés en 2011 selon le sexe

1.1.2. 3 Situation des cas d'IST par tranche d'âge

La tranche d'âge la plus touchée est celle de 30 ans et plus (32,20%) suivie de celle de 25 à 29 ans (28,87%) puis 20 à 24 ans (27,35%), comme le montre le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des cas d'IST par âge

Syndromes IST	Tranche d'âge (ans)						Total
	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 -24	25 -29	>30	
EU	15	36	268	605	786	1367	3077
EV	47	198	3029	6774	6827	6201	23076
UG	22	17	157	439	463	606	1704
TS	1	3	27	187	75	124	417
DAB	9	87	987	2244	2529	2832	8688
BI	1	0	5	13	7	23	49
VV	1	0	34	73	65	108	281
CNN*	21	0	0	0	0	0	21
N Part** trt	5	51	1837	5874	6359	7820	21946
Total	122	392	6344	16209	17111	19081	59259
%	0,21%	0,66%	10,71%	27,35%	28,87%	32,20%	100,00%

Notes : EU : écoulement urétral, EV : écoulement vaginal, UG : ulcération génitale, TS : tuméfaction du scrotum, DAB : douleur abdominale basse, BI : bubon inguinal, VV : végétations vénériennes, CNN : conjonctivite du nouveau né, N Part : nombre de partenaires traités

1.1.2.4. Situation des cas d'IST par région sanitaire

La région maritime a notifié 27,6% sur l'ensemble des cas d'IST suivi de la région Lomé commune 24,6% et la région des plateaux 16,3%.

La fréquence des autres régions est respectivement de 7% dans la région centrale, 12% dans la Kara et 12% dans les savanes.

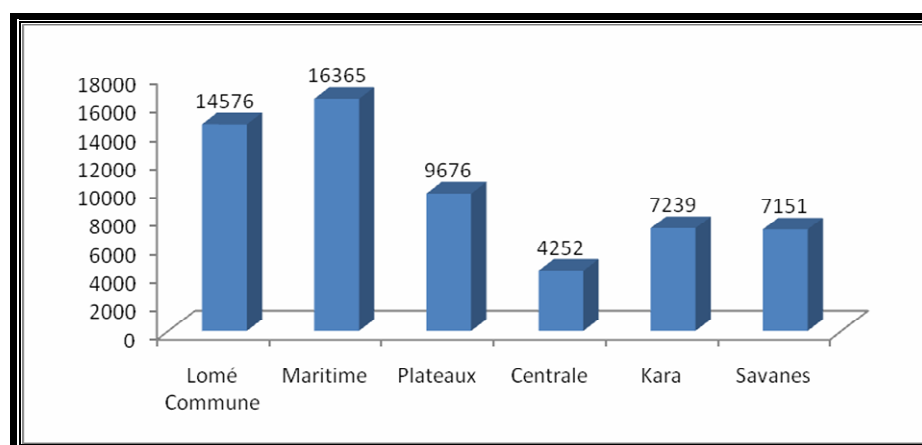


Figure 2: Répartition des cas d'IST par région en 2011

1.1.2.5 Évolution des cas d'IST notifiés de 2006 à 2011

De 2006 à 2009, le nombre de cas d'IST a connu une augmentation régulière, avant de connaître une chute de 19,5% entre 2009 et 2011. Cette situation peut s'expliquer en partie par :

- une sous-notification des cas liée à une démotivation des prestataires de soins (principalement la région centrale)
- ou une tendance à la baisse des cas d'IST sur le terrain

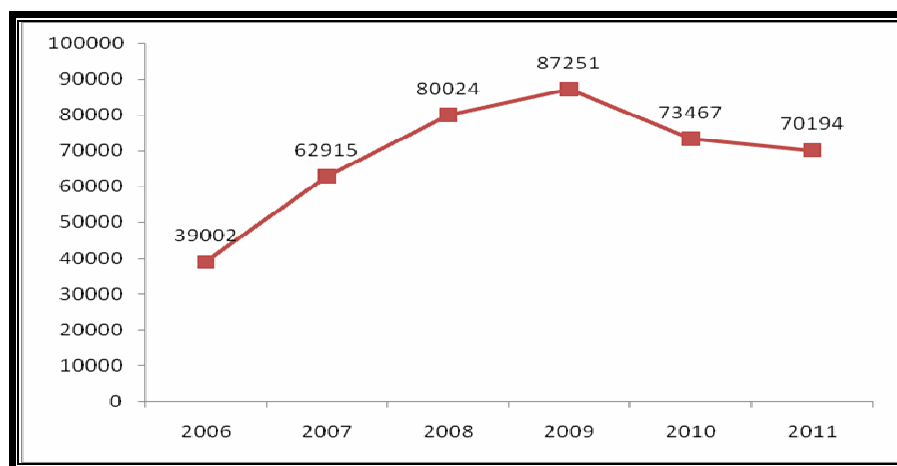


Figure 4 : Évolution des cas d'IST (stratégie fixe et mobile) enregistrés de 2006 à 2011

Depuis 2006 on note une tendance à la stabilisation des principaux syndromes IST notifiés. Les syndromes d'écoulement urétral et le syndrome d'ulcération génitale constituent les indicateurs les plus fiables dans le cadre de la surveillance des programmes des IST. En effet seuls ces deux syndromes reflètent l'incidence des IST de part leur particularité de transmission et d'évolution.

Sur la période de 2006 à 2011, la fréquence de ces deux syndromes par les cas d'IST notifiés est basse et stable et il en est de même pour la conjonctivite du nouveau-né comme le montre la figure 5.

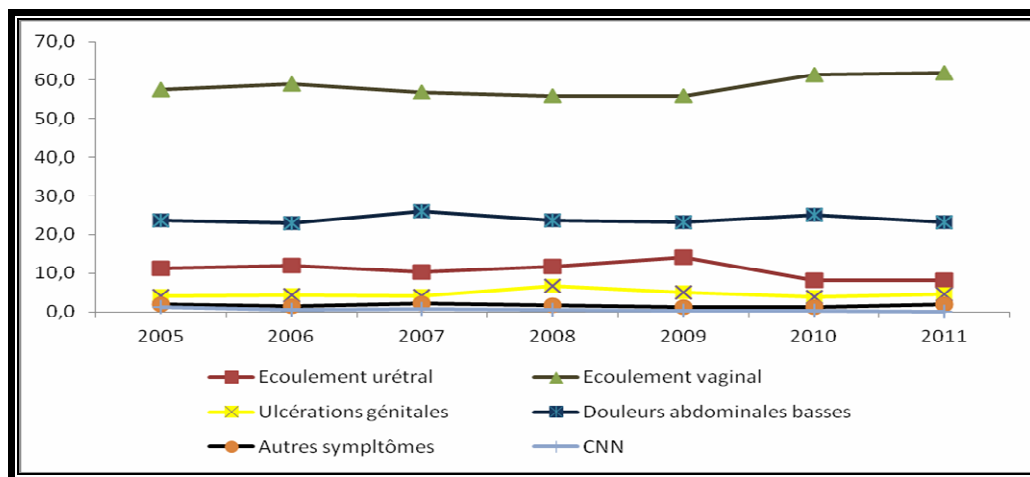


Figure 5 : Tendances évolutives de prévalence des principaux syndromes IST de 2006 à 2011

1.1.3 Données des services adaptés pour les travailleurs de sexe

1.1.3.1 Couverture

Grâce à l'appui financier du Fond Mondial round 8, le réseau des services adaptés (SA) pour les groupes vulnérables est passé de 12 à 22 sites depuis 2010. La répartition des sites se présente comme suit par région :

Tableau 3 : Répartition des services adaptés selon les régions sanitaires en 2010

Région	Services adaptés (SA)	Nombre
Lomé commune	SA Amoutivé, Bè, Adakpamé, clinique « Petite sœur à sœur pour les jeunes », Djidjolé, Kodjoviakopé,	6
Maritime	SA Agoè, Adamavo et Assahoun	3
Plateaux	SA Kpalimé, Anié, Gléï, Tohoun, Agbonou et Badou	6
Centrale	SA Bon secours ADESCO et Kamboli	2
Kara	SA Polyclinique de Kara et Kétau	2
Savanes	SA Dapaong, Cinkassé et Barkoissi	3

Sur ces 22 sites seuls 19 ont été fonctionnels

1.1.3.2 Situation en matière de l'évolution de suivi des travailleuses de sexe

Les travailleurs de sexe constituent une cible importante lors de la prise en charge des IST. En effet dans cette population cible à risque le PNLS fait la promotion du dépistage actif des IST et a mis en place depuis 2004 des services adaptés.

Tableau 4 : Evolution des activités réalisées chez les TS de 2007 à 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Travailleuses de Sexe (TS) enregistrées (anciens et nouveaux)	2 747	1 314	1 389	934	2 138
Nouvelles TS reçues	898	662	782	627	1 504
Total de cas IST enregistrés chez les TS	1 340	702	951	639	1 180
Total de préservatifs (masculin / féminin) distribués ou vendus	11 140	141 601	126 964	112 085	108 888

En 2011, 1505 nouvelles travailleuses de Sexes (TS) ont été consultées pour la première fois dans 19 Services Adaptés (SA) ; il est à noter que les données de ce rapport portent sur les 19 SA avec une complétude de 92%. 2 138 cas ont été pris en charge grâce au dépistage (actif et passif) des IST dans ce groupe vulnérable. Malgré l'insuffisance de mobilisation et d'orientation des TS vers les services adaptés par les pairs éducateurs qui manquent malheureusement de ressources financières ; le projet Fonds Mondial round 8 a permis une augmentation de 129% de la fréquentation des SA.

Tableau 5 : Répartition des données issues des SA par tranches d'âges

VARIABLES	TRANCHES D'ÂGE (ans)					Total
	< 15	15-19	20-24	25-30	> 30	
Nbre de GV en counseling	19	345	698	589	489	2 140
Nbre de GV vue la 1ère fois	16	302	519	403	264	1 504
Nbre de GV vue reçus en dépistage actif	11	259	424	345	321	1 360
Nbre total GV reçus	17	347	697	590	487	2 138
Nbre total cas IST auprès GV	10	224	431	318	197	1 180
Nouveau GV masculins enregistrés	1	20	28	36	28	113
Anciens GV masculins enregistrés	0	1	5	5	3	14
IST chez GV masculins	1	36	35	26	20	118
Préservatifs masculins V/D						104 441
Préservatifs féminins V/D						4 447

1.1.4 Données des IST en stratégie avancée

Au total sur l'axe du corridor Abidjan Lagos, 10 935 cas d'IST ont été diagnostiqués et traités en stratégie avancée.

Les figures ci-dessous illustrent la proportion d'IST diagnostiquées et traitées selon le type d'IST et selon la population cible concernée

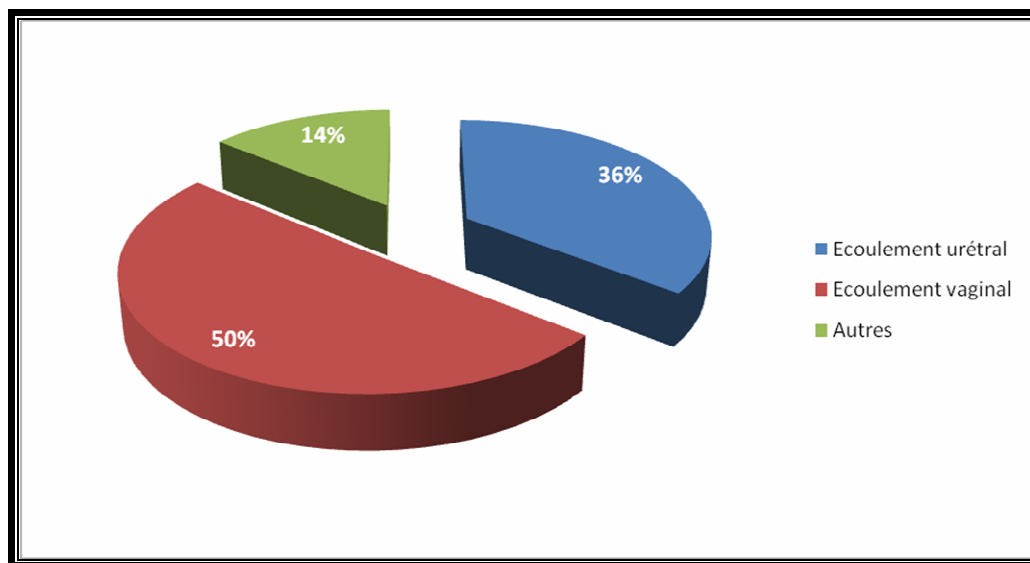


Figure 6 : Répartition du nombre de cas d'IST selon le type d'IST

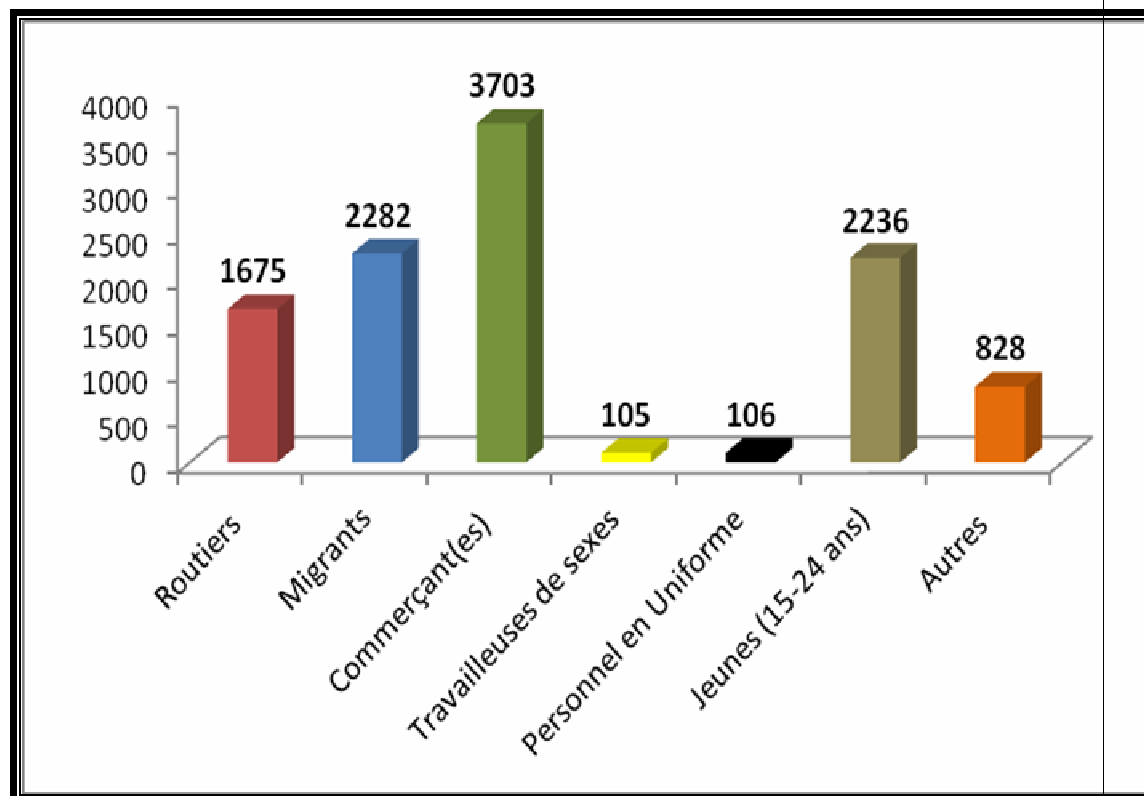


Figure 7 : Répartition du nombre de cas d'IST selon la population cible diagnostiqués et traités

1.1.5 Formation et supervision

Au cours de l'année 2011, deux sessions de formation ont été organisées et touchées 50 prestataires de soins

Deux supervisions également ont été réalisées dans les services adaptés afin d'identifier les problèmes

1.1.6 Coordination

Une réunion du groupe thématique IST a été effective pour rechercher les causes et les stratégies afin d'améliorer la fréquentation des services adaptés pour les groupes vulnérables

Une réunion a été organisée avec l'ONG PSI pour se pencher sur le volet communautaire des activités de suivi des groupes vulnérables (HSH, PS, corps habillés, les consommateurs de drogue)

1.1.7 Problèmes et approches de solution

Problèmes	Solutions
Insuffisance de ressources financières pour le renforcement des capacités des prestataires de soins en PEC des IST	Mettre à la disposition de l'unité des moyens financiers et logistiques pour la réalisation des activités de formation
Absence de service adaptés pour les HSH	Mettre en place des structures adaptés pour le suivi de ce groupe cible

Au cours de l'année 2011, 70% des formations sanitaires du pays ont notifiés 59259 cas d'IST. Dans l'ensemble il y a une régression des cas d'IST depuis 2009 (diminution de 4% entre 2010 et 2011)

Par contre 2138 Professionnels de sexe contre 934 en 2010 ont été enregistrés dans 19 Services adaptés (soit une augmentation de 123%).

Les stratégies avancées mises en œuvre du projet Corridor ont permis traitement plus de 10000 cas d'IST chez les migrants, les forces de l'ordre et commerçants. Cette stratégie doit être promue pour toucher certains groupes vulnérables comme les HSH et les UDI

Nous observons une amélioration notable au niveau des SA de la qualité de prise en charge des IST et de notification des cas due aux renforcements des capacités des prestataires de soins et l'amélioration du circuit d'informations.

Néanmoins des efforts doivent être plus amplifiés pour toucher un plus grand nombre des travailleurs de sexe, des hommes ayant des rapports avec les hommes

1.2 CONSEIL ET DEPISTAGE

Le conseil dépistage est au carrefour de la prévention et de la prise en charge du VIH. Ainsi en dehors des activités de dépistage en poste fixe, des efforts sont effectués pour promouvoir le dépistage en stratégie avancée depuis 3ans.

En 2011, au total **267 715** personnes ont été dépistées dont 82 030 en stratégie fixe (**30,6%**), 67 842 en stratégie mobile (**25,3%**) et 117 843 (**44,0%**) en PTME.

Parmi les 267 715 dépistés, 228 528 ont reçu leur résultat soit un taux de retrait de 85,4%.

1.2.1 Couverture

Le Togo comptait en fin décembre 2011, 233 sites de dépistage contre 152 en 2010 et 97 en 2009 ; soit un taux de couverture géographique de 29,5% sur l'ensemble de 789 formations sanitaires.

On observe une évolution croissante du nombre de CDV fixe depuis 2002 (81 nouveaux centres ont été mis en place cette année) comme l'illustre la figure 6.

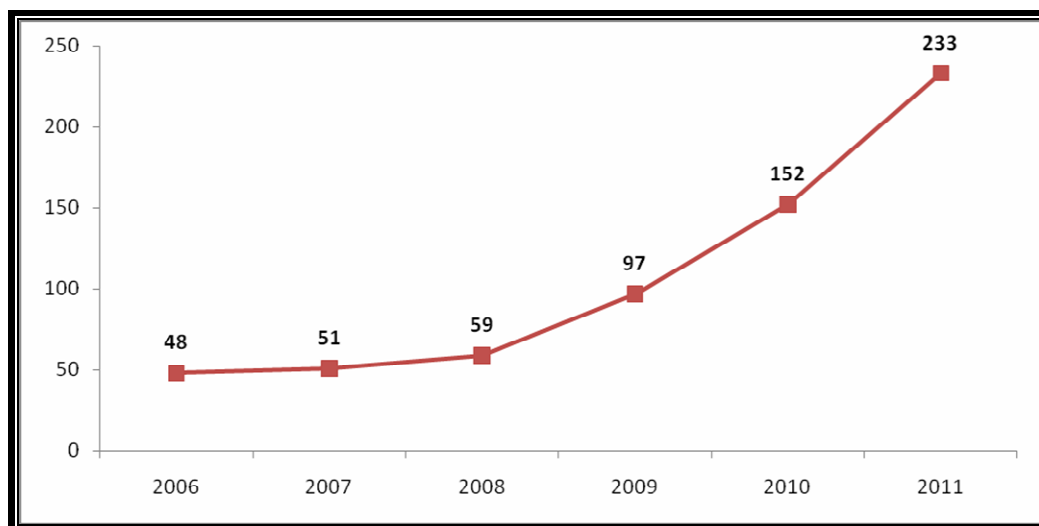


Figure 6 : Évolution du Nombre des CDV au Togo de 2006 à 2011

Sur le plan national, il existe au moins un centre de dépistage volontaire dans chacun des 35 districts sanitaires et donc dans toutes les régions mais de répartition inégale.

Ainsi les régions des savanes (40,0%) et de la Kara (35,6%) disposent d'une meilleure couverture géographique au détriment de la région des plateaux (22,5%) au vu des formations sanitaires existantes.

Tableau 6 : Répartition des CDVA selon les régions sanitaires du Togo

Région sanitaire	2011		
	Nombre de formations sanitaires	Nombre de CDV	Taux de couverture
Lomé-Commune	149	44	29,5%
Maritime	147	41	27,9%
Plateaux	191	43	22,5%
Centrale	92	27	29,3%
Kara	135	48	35,6%
Savanes	75	30	40,0%
Ensemble du Togo	789	233	29,5%

1.2.2. Fréquentation ou nombre de cas dépistés

Le nombre de cas dépistés prend en compte les chiffres en conseil dépistage classique (stratégie fixe et mobile) et les chiffres de femmes ainsi que leur partenaire dépistés dans les sites PTME.

En 2011, au total **267 715** personnes ont été dépistées dont 82 030 en stratégie fixe (**30,6%**), 67 842 en stratégie mobile (**25,3%**) et 117 843 (**44,0%**) en PTME.

Nous observons que cette année il y a eu progression de cas dépistés malgré l'insuffisance d'intrants relatifs au nombre de sites à doter.

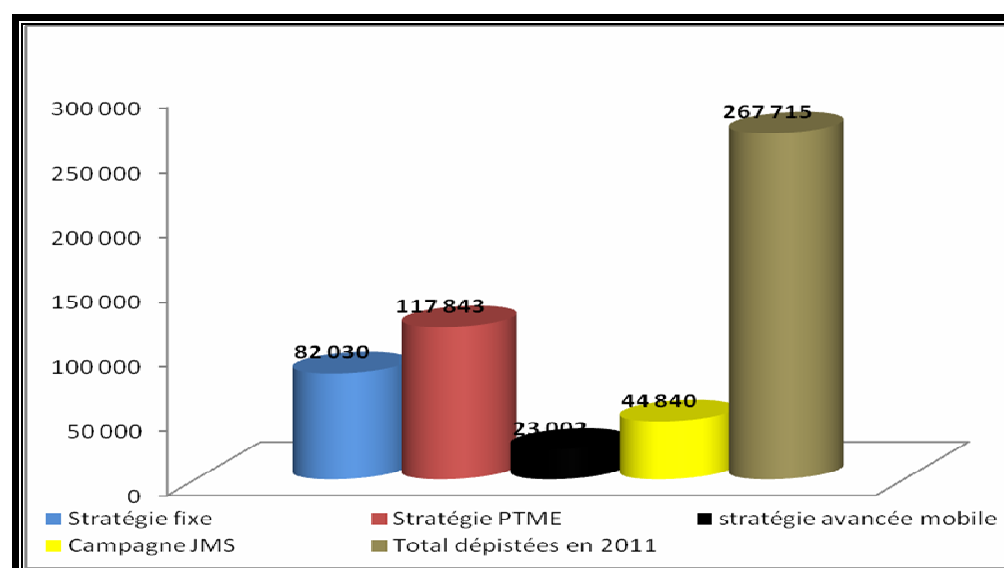


Figure 7 : Nombre de cas dépistés selon la stratégie mise en place 2011

Depuis 2006 nous observons une progression du nombre de cas dépistés chaque année même si il y a eu un discret fléchissement en 2009 ; 2011 connaît une augmentation de 22,0% par rapport à 2010. Le nombre total de cas cumulés depuis 2007 est de **832 427** cas et témoigne des progrès réalisés dans le cadre de l'accès universel (*voir la figure 8*).

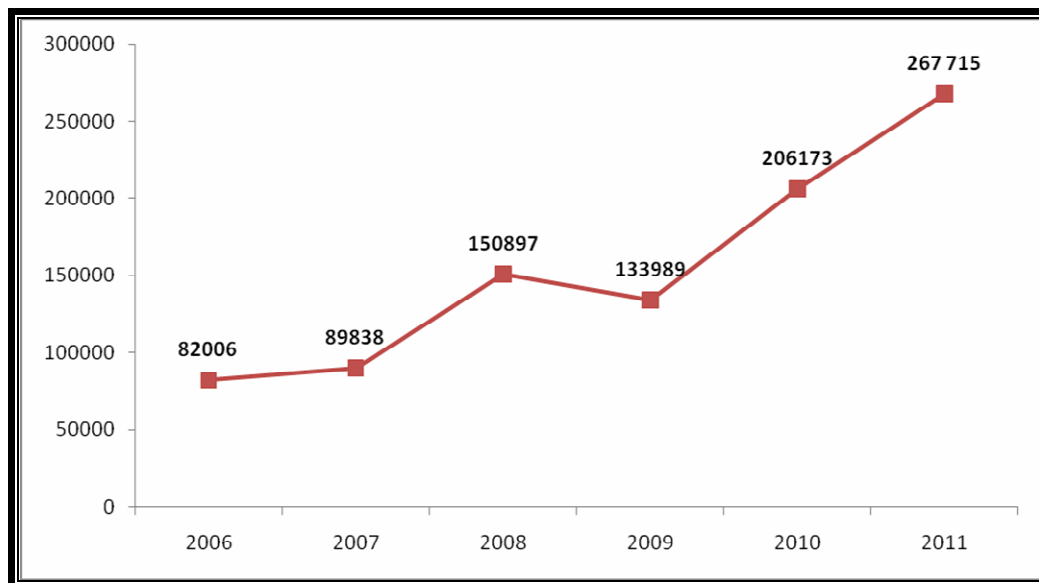


Figure 8 : Evolution des cas dépistés entre 2006 et 2011

1.2.2.1 Les résultats du dépistage en stratégie fixe dans les centres de dépistage (hors PTME)

Les CDV ont reçu 82 030 clients pour le dépistage en 2011

Tableau 7 : Répartition des résultats globaux par sexe et statut sérologique

SEXE	Négative		Positive		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Masculin	26 302	92,9%	2 013	7,1%	28 315
Féminin	48 506	90,3%	5 210	9,7%	53 715
Ensemble	74 808	91,2%	7 222	8,8%	82 030

Dans les centres de dépistage le taux de prévalence (8,8%) est plus élevé que dans la population générale (3,2%), en effet ce sont en général les personnes qui ont pris des risques qui viennent se faire dépister.

De plus, les 2/3 des CDV sont dans les formations sanitaires et ce sont probablement plus les malades qui y font le test de dépistage.

Tableau 8 : Répartition des cas dépistés dans les CDV par région.

REGION	Négative		Positive		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Lomé-Commune	12 613	89,9%	1 420	10,1%	14 034
Maritime	31 036	91,7%	2 815	8,3%	33 851
Plateaux	15 703	91,3%	1 499	8,7%	17 202
Centrale	5 036	88,2%	674	11,8%	5 711
Kara	4 333	89,4%	513	10,6%	4 845
Savanes	6 086	95,3%	301	4,7%	6 387
Ensemble	74 808	91,2%	7 222	8,8%	82 030

Le tableau suivant illustre la répartition des personnes dépistées par tranches d'âges et selon le sexe et le statut sérologique. Il ressort que c'est dans la tranche d'âge 35-49 que le taux de séropositivité est le plus élevé (14,4%), suivie des personnes âgées d'au moins 50 ans (13,7%) puis les enfants de moins de 14 ans (11,4%).

Tableau 9 : Répartition des dépistés dans les CDV par tranches d'âge et par statut sérologique.

Tranches d'âges	MASCULIN		FEMININ		ENSEMBLE	
	Effectif testé	% de séropositivité	Effectif testé	% de séropositivité	Effectif testé	% de séropositivité
0 - 14	2 086	11,4%	2 148	11,3%	4 234	11,4%
15 - 19	2 913	1,2%	7 640	2,3%	10 553	2,0%
20 - 24	4 673	1,3%	13 743	6,0%	18 415	4,8%
25 - 34	9 478	5,8%	20 227	11,7%	29 705	9,8%
35 - 49	7 077	13,0%	8 159	15,7%	15 236	14,4%
50 et +	2 088	10,1%	1 798	17,8%	3 887	13,7%
TOTAL	28 315	7,1%	53 715	9,7%	82 030	8,8%

Dans les CDV on observe que la séropositivité du VIH est plus élevée dans les tranches d'âge extrêmes, supérieures à 50 ans et inférieures à 14 ans.

Une femme de plus de 50 ans sur 3 est positive

1.2.2.2 Résultats en stratégie mobile

Au total 67 842 personnes ont été dépistées dont 44 840 lors de la campagne nationale de dépistage et 23 002 en stratégie avancée.

La stratégie avancée du dépistage a été organisée afin de renforcer la stratégie fixe en améliorant l'accessibilité géographique.

Ainsi, 23 002 personnes ont été dépistées au cours de cette stratégie, dont 11 180 hommes et 11 822 femmes. Le taux de séropositivité est de 2,5% soit 575 cas positifs.

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 dépistage 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 fréquence du VIH en stratégie mobile est plus proche de la moyenne de la population générale)

La stratégie mobile doit être développée et amplifiée pour toucher les populations des zones rurales et semi-rurales (la majorité des postes fixes étant en zone urbaine) et des groupes spécifiques

Campagne de dépistage lors de la journée mondiale de lutte contre le SIDA en décembre 2011

A l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA (JMS), il a été organisé une campagne nationale de dépistage volontaire gratuit et anonyme dans les six Régions et 35 Districts sanitaires du Togo pour en améliorer le taux de couverture.

Au cours de cette campagne, **44 840** personnes ont été dépistées sur 48 000 prévus soit un taux de réalisation de 93,4%. Parmi les personnes dépistées, 7 257 sont des personnes appartenant à des groupes cibles (professionnels de sexe avec leurs clients issus de l'environnement prostitutionnel, routiers, miniers réfugiés, portefaix, prisonniers corps habillés, HSH, handicapés, travailleurs du port et de la zone franche).

Sur les 44 840 dépistés 1 036 sont séropositifs, soit une prévalence de 2,3%.

Notons qu'au cours de cette campagne, 313 940 préservatifs ont été distribués (contre 340 444 en 2010) dont 306 240 condoms et 7 700 féminoms.

Un accès égal au dépistage entre les hommes et les femmes

Quasiment autant d'hommes que de femmes ont eu accès au conseil dépistage du VIH lors de la campagne. Cette situation est différente du dépistage de routine où ce sont surtout les femmes qui fréquentent les services de dépistage.

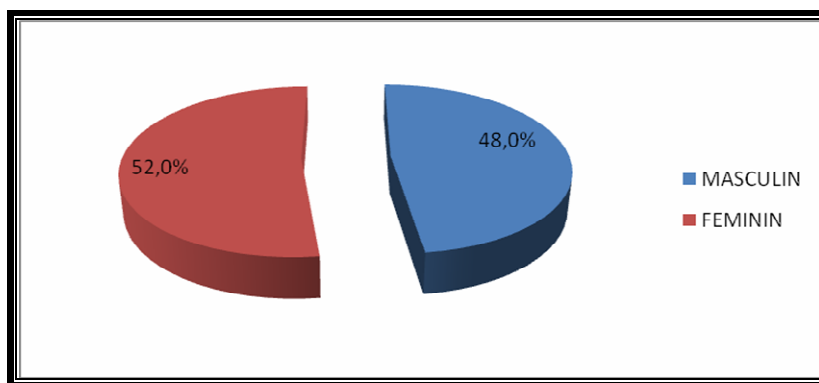


Figure 8 : Pourcentage d'hommes et de femmes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH lors de la campagne

Les femmes, davantage touchées par le VIH que les hommes

Les deux tiers des personnes dépistées séropositives sont des femmes. En effet, 69,6% des personnes dépistées séropositives sont des femmes. Cette situation peut laisser supposer que le profil en termes de prise de risque des femmes qui ont fait leur test au cours de la campagne est différent de celui des hommes.

Le dépistage par région, une corrélation avec la démographie du pays

En ce qui concerne la répartition du nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage par région, on constate que le nombre de personnes dépistées a été plus important dans la région Lomé Commune

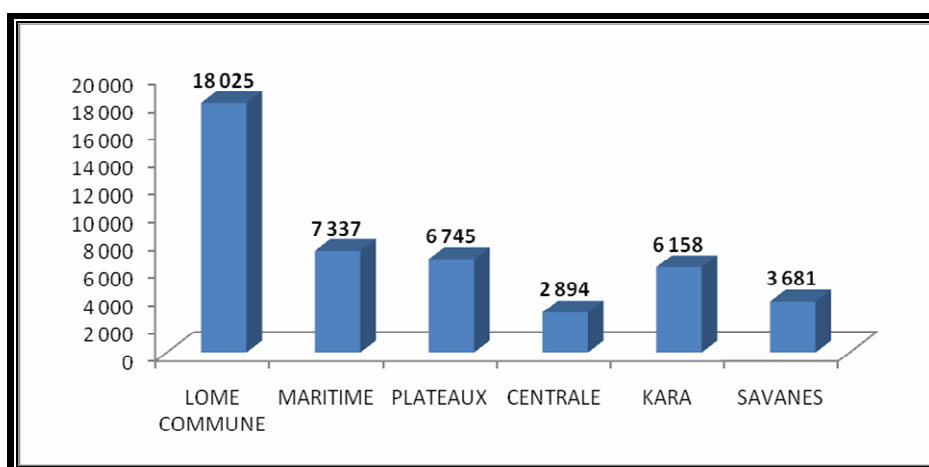


Figure 9 : Répartition des cas dépistés lors de la campagne en fonction des régions

1.2.3. Formation et Supervisions

Trois supervisions ont été réalisées de façon intégrée avec l'Unité Conseil/Dépistage.

Plusieurs séances de formation en prise en charge psychosociale et technique de dépistage du VIH ont été réalisées : 391 prestataires ont la formation clinique et 130 sur les techniques de dépistage.

1.2.4 Coordination

Huit réunions du Groupe Thématique Conseil/Dépistage ont eu lieu. Ces réunions ont permis de discuter de la stratégie de dépistage et d'organiser la campagne nationale

1.2.5. Problèmes et Approches de solutions

Problèmes	Approches de solutions
Insuffisance d'intrants pour le dépistage	Plaidoyer pour plus d'approvisionnement en intrants de dépistage
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

Le nombre de personnes dépistées en 2011 est de 267 715 contre 206 173 cas en 2010. Le dépistage mobile a augmenté : 70 522 cas contre 39 330 en 2010.

La campagne de dépistage à l'occasion de la JMS a été d'un grand appui : 16,6%. La fréquence du VIH notée au cours de ces campagnes est plus faible (et proche de la prévalence dans la population générale) que celle retrouvée dans les postes fixes.

La stratégie mobile doit être amplifiée car elle permet de toucher les populations qui pour divers raisons fréquentent peu les centres de dépistages fixes notamment en milieu rural

1.3. SECURITE TRANSFUSIONNELLE

La sécurité transfusionnelle est coordonnée au Togo par le service national de transfusion sanguine (SNTS) qui supervise les activités du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et du Centre Régional du Transfusion Sanguine (CRTS).

Dans la nouvelle stratégie mise en place par le SNTS en 2007, il y a deux pôles de qualifications : le CNTS de Lomé qui couvre les besoins de Lomé commune, des régions maritimes et des plateaux et le CRTS de Sokodé qui couvre les activités des régions centrale, Kara, et des savanes.

1.3.1 Données des zones couvertes par le CNTS

En 2011, le CNTS a collecté et testé 27336 poches de sang, contre 24467 en 2010 et 21631 en 2009.

1.3.1.1 Sérologie des marqueurs viraux

Sur **27272*** dons de sang, la prévalence des marqueurs viraux est présentée dans le tableau ci-dessous.

* Poches qualifiées inférieure à poches collectées car les poches non encore traitées au 31 décembre et qui l'ont été le 1^{er} janvier ne sont pas inclus.

Tableau 10 : Prévalence des marqueurs viraux sur les dons de sang en 2010

	Nombre	Pourcentage (%)
VIH positif	286	1,05
VHB positif	844	3,09
VHC positif	599	2,20
Total	1 729	6,34

Ces prévalences variaient en fonction de type de donneurs : la fréquence des marqueurs viraux était plus faible chez les anciens donneurs : 3.40% contre 17.50% chez les nouveaux. Ces résultats soulignent l'intérêt de la fidélisation des donneurs (les anciens donneurs et donneurs du poste fixe sont moins contaminés que les nouveaux donneurs et les donneurs des sites mobiles).

Depuis 2003 des progrès importants ont été réalisés en matière de sécurité transfusionnelle par le CNTS ; en effet on note une progression constante de nombre de dons de sang et une baisse régulière de la prévalence des marqueurs viraux contribuant ainsi à la sécurisation de la transfusion sanguine au Togo.

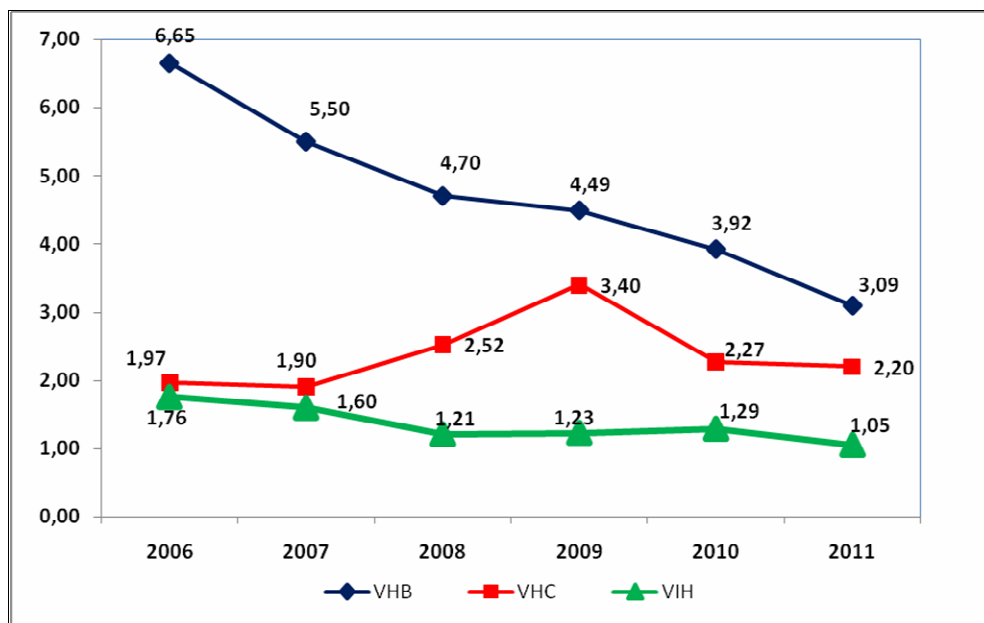


Figure 7 : Evolution de la séroprévalence des marqueurs viraux au CNTS de 2006 à 2011

1.3.2. Données des zones couvertes par le CRTS

Dans les zones couvertes par le CRTS de Sokodé (régions centrale, de la Kara et des savanes), 8519 poches de sang ont été collectées et testées en 2011. La prévalence des marqueurs viraux en 2011 est de : 0,32% pour le VIH ; 7,40% pour le VHB ; 2,62% pour le VHC. Entre 2005 et 2011, la prévalence du VIH est passée de 4.9% en 2005 à 0.32% en 2011, la prévalence du VHB est passée de 13.4% en 2005 à 7.4% en 2011, la prévalence du VHC est restée à 4.9 % en 2005 et 2.62% en 2011.

Au niveau de la zone septentrionale couverte par le CRTS de Sokodé, on observe une progression à la baisse de tous les marqueurs viraux depuis 2007, confirmant ainsi la qualité du travail effectué par le pays en matière de sécurité transfusionnelle (voir la figure 8)

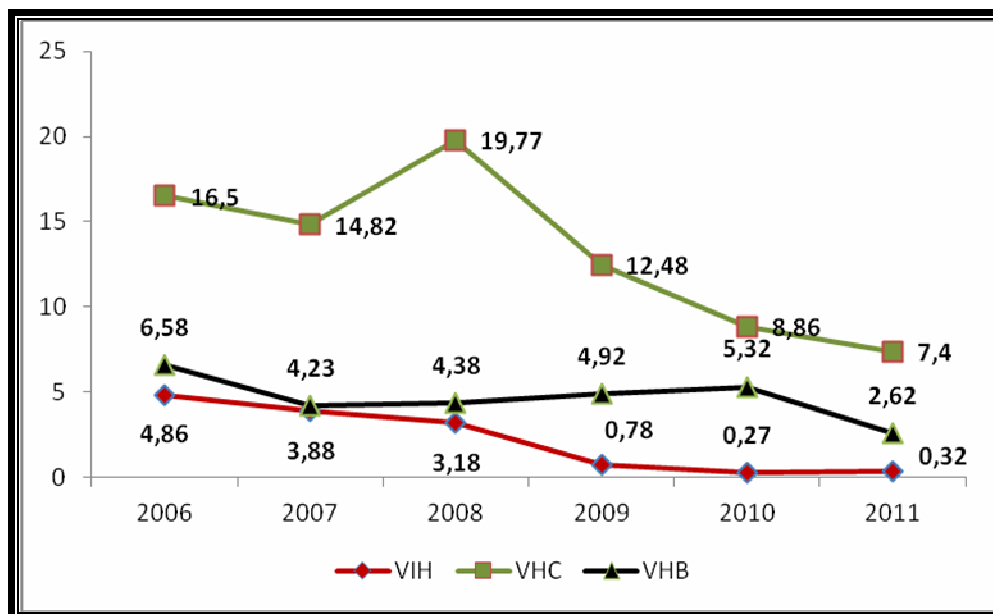


Figure 8 : Evolution de la séroprévalence des marqueurs viraux au CRTS de Sokodé de 2006 à 2011

Depuis 2007 ans des progrès importants ont été réalisés en matière de sécurité transfusionnelle notamment dans le cadre du VIH (En 2011, la prévalence du VIH chez les donneurs de sang était de 1.05% dans la partie méridionale contre 0.32% dans la zone septentrionale du pays). Mais les progrès sur les autres marqueurs viraux (VHB, VHC) sont plus modestes

Des efforts particuliers sont effectués dans le pays pour fidéliser les donneurs et diminuer les taux de marqueurs viraux (l'hépatite B et C). Une étude nationale doit être menée pour évaluer la prévalence de ces marqueurs dans la population générale.

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

1.4.1. Couverture

1.4.1.1 Couverture nationale

Le programme de prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant est l'une des interventions majeures de lutte contre l'infection à VIH dans le pays afin d'éviter les nouvelles infections chez les nouveau-nés. En 2011, ce programme a été intégré dans 92 centres de Santé Maternelle et Infantile du secteur public, privé et confessionnel, portant le nombre de sites offrant la PTME à 306 soit une couverture géographique de 48% (n=638). La couverture en termes de CHU, CHR et districts sanitaires est de 100 % (n=35).

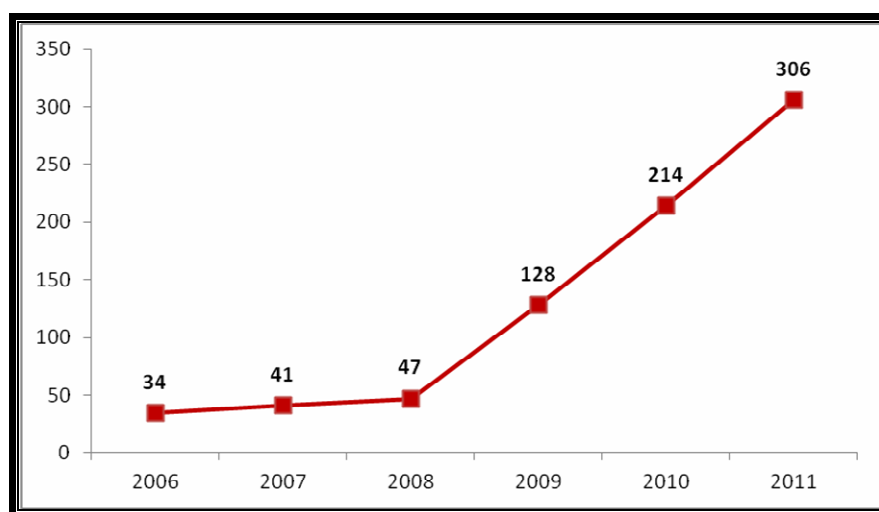


Figure 9 : Evolution du nombre de sites de PTME de 2006 à 2011

1.4.1.2 Couverture régionale

Entre 2007 et 2011, nous notons une progression du nombre de sites dans toutes les régions et de façon proportionnelle ; la progression est plus importante depuis trois ans dans les régions des savanes, de la Kara et Maritime comme le montre la figure ci-dessous.

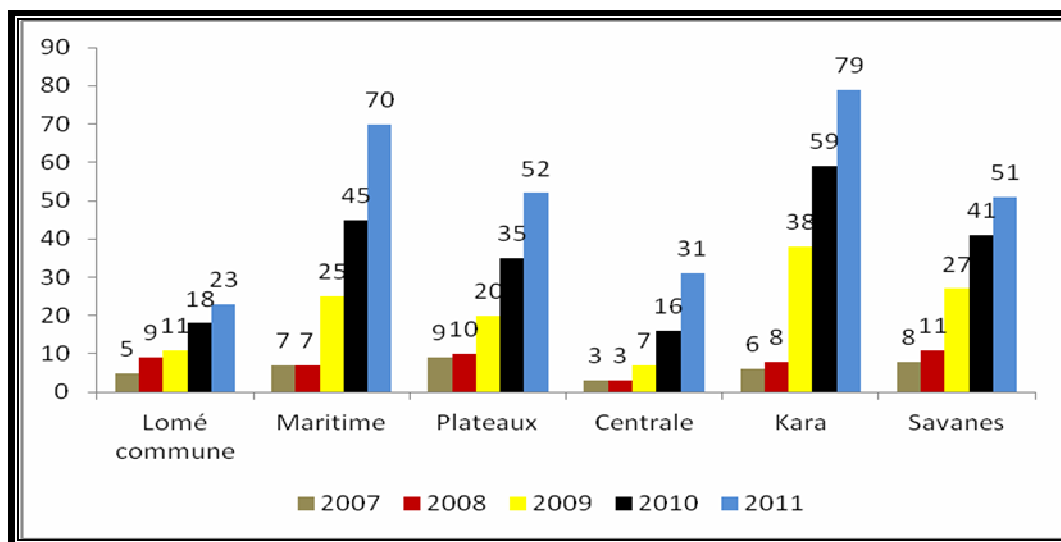


Figure 13 : Répartition des sites PTME par région en 2011

L'effet de cette augmentation est l'inégalité dans la répartition des sites PTME au sein des régions; ainsi les régions des plateaux (27,4%) centrale (35,2%) et maritime (52,2%) sont celles qui ont une moins bonne couverture géographique au vu des formations sanitaires type SMI existantes comme indiqué dans le tableau suivant.

Tableau 11 : Répartition des CDVA selon les régions sanitaires du Togo

Région sanitaire	2011		
	Nombre de SMI	Nombre de sites PTME	Taux de couverture
Lomé-Commune	32	23	71,9
Maritime	129	70	54,3
Plateaux	196	52	26,5
Centrale	88	31	35,2
Kara	124	79	63,7
Savanes	69	51	73,9
Ensemble du Togo	638	306	48,0%

Les efforts de passage à échelle des sites PTME restent à faire dans les régions des plateaux, centrale et dans la région maritime.

1.4.2. Principaux résultats par composante

1.4.2.1. Prévention Primaire de L'infection à VIH

Au total **117 843** personnes ont été dépistées sur les sites PTME, **107 163** étaient des femmes enceintes reçues en CPN ou dans les suites de couche immédiates, **7 813** étaient leurs partenaires et **2 867** étaient des femmes non enceintes en âge de procréer.

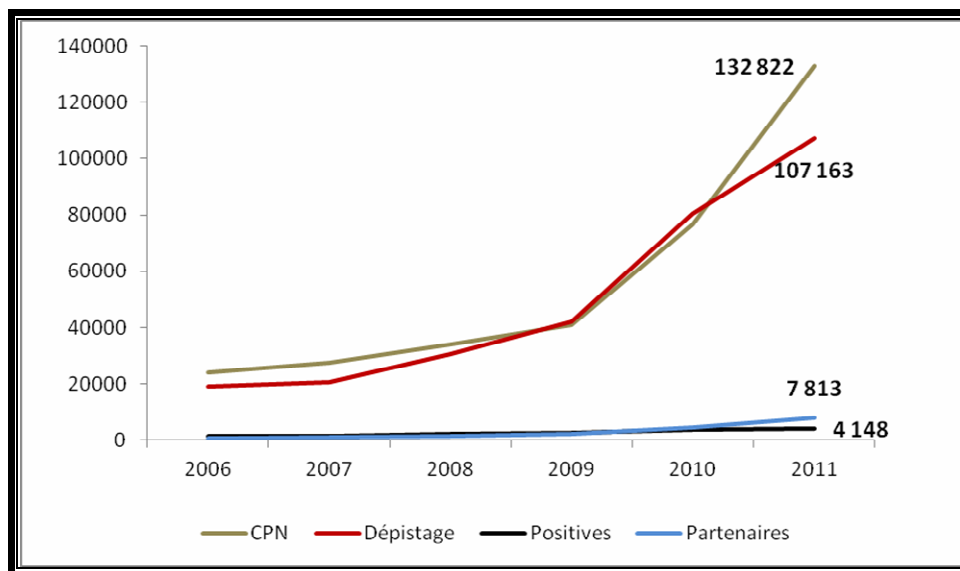


Figure 10 : Evolution du nombre de femmes enceintes et partenaires dépistés de 2006 à 2011

Le nombre de femmes dépistées dans les sites augmente proportionnellement à celui des femmes reçues en consultations prénatales. Cette évolution régulière est parallèle à l'augmentation du nombre de sites PTME comme le montre le graphique ci dessous

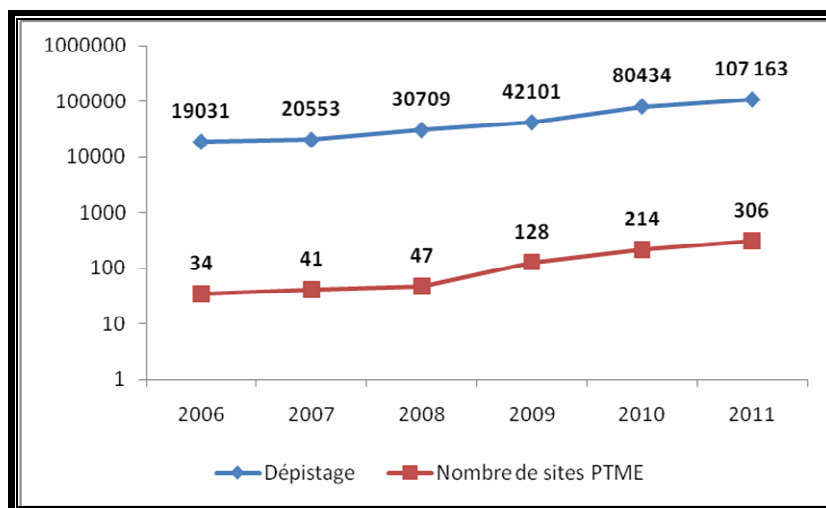


Figure 11: Evolution du nombre de femmes enceintes dépistées et de sites PTME de 2006 à 2011

La proportion des femmes enceintes en CPN dans les sites PTME qui connaissent leur statut est de 98,03% en 2011 contre 59% en 2007 ; cependant les partenaires dépistés ne représentent que 7,50% des femmes dépistées, d'où la nécessité de mettre en œuvre des stratégies de mobilisation à leurs endroits.

Le taux de séropositivité chez les femmes enceintes dépistées sur les sites de PTME est de 3,9% en 2011, ce taux décroît du Nord du pays vers le Sud à l'image du profil épidémiologique.

Tableau 12 : Répartition des femmes enceintes ayant fait le test de dépistage du VIH en 2011 selon les régions

REGION	Femmes enceintes ayant fait le test de dépistage	Femmes enceintes dépistées positives	Taux de séropositivité
Lomé	19 189	1 530	8,0%
Maritime	26 284	1 228	4,7%
Plateaux	17 888	545	3,0%
Centrale	9 996	280	2,8%
Kara	15 715	391	2,5%
Savane	18 091	174	1,0%
Ensemble du Pays	107 163	4 148	3,9%

Les régions Lomé Commune, Maritime et Plateaux sont celles qui supportent le plus le poids de l'épidémie avec des taux de prévalence supérieurs ou égales à la moyenne nationale. Ceci nécessite des actions spécifiques afin d'augmenter l'offre et l'utilisation des services.

Le taux de séropositivité chez les femmes non enceintes en âge de procréer dépistées sur les sites PTME est de 15,9% en 2011, ce taux est particulièrement élevé relativement à la moyenne nationale (3.2%) dénotant probablement d'un dépistage à visée diagnostique.

1.4.2.2. Prévention des grossesses non désirées

3340 mères séropositives ont été référées vers les services de planification familiale pour bénéficier des conseils appropriés. Par ailleurs il est à noter que la majorité des femmes choisissent d'autres méthodes en dehors du préservatif supposé les protéger doublement, du fait de la résistance des conjoints.

1.4.2.3 Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes et leurs nouveaux nés

En 2011, 4 148 femmes ont été dépistées séropositives et 4173 femmes ont bénéficié d'ARV en prophylaxie ou en traitement pour leur propre santé (initiation et poursuite). Certaines femmes enceintes qui connaissent déjà leur statut ont bénéficié du traitement par les ARV ce qui explique qu'en 2011 le nombre de femmes qui ont reçu les ARV soit supérieur à celles qui sont dépistées dans les sites PTME.

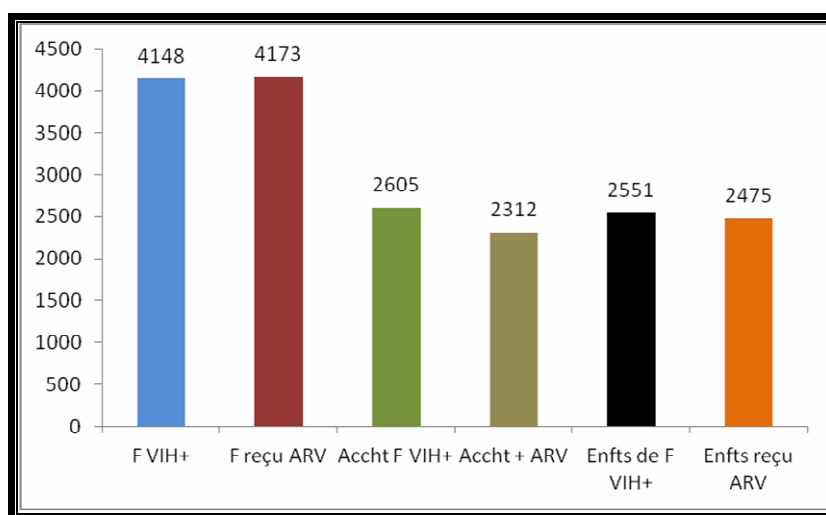


Figure 12 : Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives et leurs nouveaux nés en 2011

En vue de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, 91,2% des femmes séropositives ayant accouché dans les sites PTME ont bénéficié de la prophylaxie antirétrovirale pendant l'accouchement; de même 88,3% des enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole.

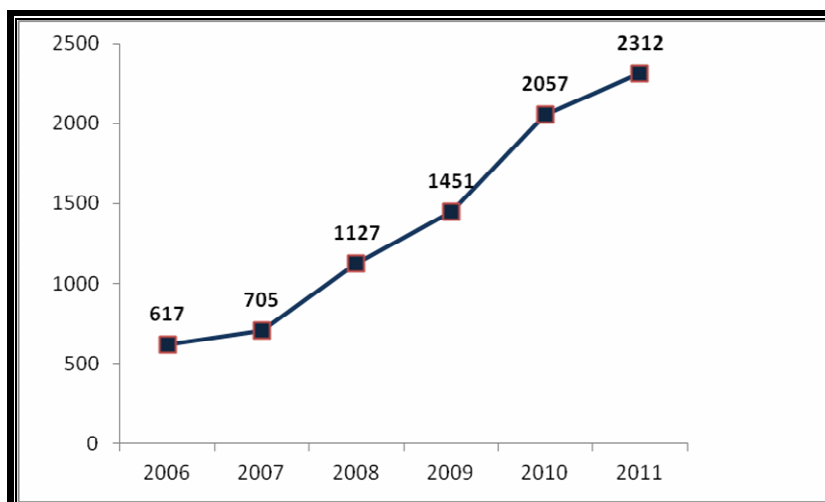


Figure 13 : Evolution du nombre de femmes enceintes ayant accouché sous ARV de 2006 à 2011

La proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de la prévention de la transmission mère enfant par les ARV était dans l'ordre décroissant de 95,6% dans la région des savanes, 94.2% dans la région centrale, 93.6% dans la région Lomé commune, 90.7% dans la région des plateaux , 90.6% dans la région de la Kara et 87.3% dans la région maritime.

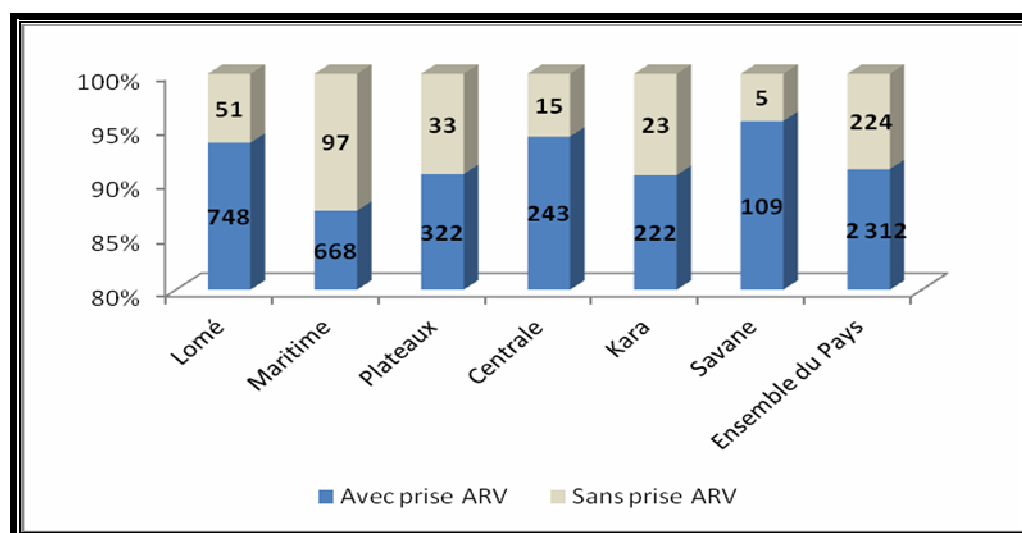


Figure 14 : Répartition des femmes enceintes séropositives accouchées sous ARV par région (faire un histogramme avec seulement les pourcentages)

1.4.2.4 Alimentation des nourrissons nés de mères séropositives

Les nouvelles recommandations de l'OMS mises en œuvre sur toute l'étendue du territoire à partir du deuxième semestre permettent de répondre aux besoins de sécurisation du lait maternel qui reste le mode d'allaitement le plus accessible pour les mères séropositives. Ainsi au cours de l'année 2011, 2333 nouveaux nés de mères séropositives ont été mis sous allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, soit 89% contre 82,8% en 2010 ;

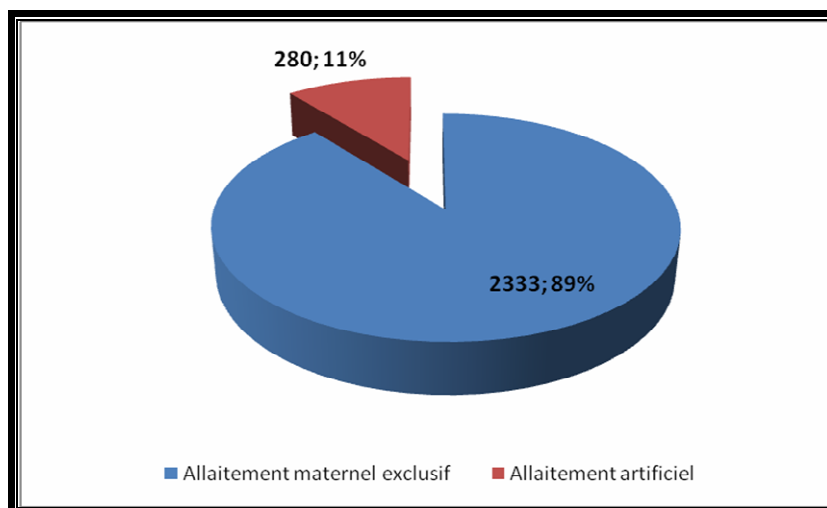


Figure 14 : Option d'allaitement chez les enfants nés de mères séropositives

1.4.2.5. Soins et soutien aux mères séropositives et aux enfants issus de PTME

Soins aux femmes et enfants

Tableau 10 : Principaux indicateurs en matière de soins du couple mère enfant en 2011

Indicateurs	Nombre
Femmes enceintes séropositives dépistées	4 138
Femmes sous trithérapie	1116
Enfants de mères VIH+	2 551
Enfants sous Cotrimoxazole	2 253

Le tableau ci-dessous illustre l'efficacité de la PTME auprès des femmes qui en ont bénéficié et est encourageant dans l'effort à fournir pour parvenir à l'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En effet le risque relatif à l'infection à VIH dans la cohorte des nouveaux nés ayant bénéficié du diagnostic précoce est de 3.6

Tableau 11

Enfants nés de femmes enceintes séropositives	n'ayant pas bénéficié de la prophylaxie	ayant bénéficié de la prophylaxie	Total
PCR positive	28	63	91
PCR négative	107	1031	1138
Taux de positivité	20,7%	5,8%	7,4%

Grâce au soutien des partenaires en développement, le Togo a démarré en 2009, le diagnostic précoce du VIH par PCR afin d'améliorer la qualité de la prise en charge pédiatrique. Toutes les régions du Togo ont pu bénéficier de la réalisation du diagnostic précoce aux enfants de mères séropositives grâce à la technique DBS et au système d'acheminement des papiers buvards par la poste vers le laboratoire national situé à Lomé grâce à un contrat avec les services de la POSTE.

Sur 2214 échantillons prélevés, 1229 ont été testés par le laboratoire BIOLIM, 91 sont positifs soit un taux de 7,4%.

Mais compte tenu de la rupture des réactifs PCR entre janvier et juin 2011 (due au non décaissement des fonds par le Fonds Mondial) beaucoup d'enfants n'ont pas pu avoir les résultats. Mais les résultats de PCR montrent clairement que la fréquence du VIH chez les enfants nés de mère ayant bénéficié de la PTME est trois fois plus basse que celle des enfants nés de mères séropositives n'ayant pas bénéficié de services de PTME (5.8% vs 20.7%)

Supprimé :

Soutien aux femmes séropositives et à leurs familles

Le soutien psychosocial des femmes à travers les groupes de parole et la mise en place des médiateurs est une des stratégies pour maintenir le couple mère-enfant sur les sites afin d'amoindrir le taux de perdu de vue avant la fin du protocole PTME : diagnostic précoce à six semaines de vie, mise sous ARV précoce en cas de positivité, prophylaxie ARV pendant toute la période de l'allaitement allant jusqu'à 12 mois et confirmation sérologique à 18 mois.

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. Sur les 214 sites fonctionnels depuis plus de six mois il a été mis en place 73 groupes de parole.

Grâce à l'appui des partenaires 10 450 sachets de farines enrichies et 6 288 boîtes de lait ont été distribuées aux femmes au cours des groupes de parole pour le soutien de 3528 enfants suivis.

Tableau 11 : Indicateurs nationaux PTME de 2007 à 2011.

N°	Indicateurs	Valeurs				
		2007	2008	2009	2010	2011
1	Proportion de FS offrant la PTME :	6,50%	7,50%	20,40%	34%	48,0%
2	Taux de couverture du test VIH de la cible femmes enceintes dans le pays	8,30%	12,10%	16,30%	30,50%	39,63%
3	Taux de couverture du test VIH auprès des femmes enceintes venues en CPN					61,70%
4	Proportion de femmes reçues en CPN connaissant leur statut sérologique :	59%	76,30%	89,50%	97,10%	80,68%
5	Taux de retrait de résultat chez les femmes enceintes	79,10%	84,60%	87,20%	92,60%	98,98%
6	Taux de séropositivité chez les femmes enceintes vues en CPN	7,20%	6,80%	6,10%	4,50%	3,87%
7	Taux de partenaires dépistés en PTME	3,40%	4,30%	5,30%	5,50%	7,50%
8	Nombre de prestataires formés en PTME	161	120	227	521	718
9	Pourcentage de femmes séropositives ayant pris les ARV pour réduire la TME	10,80%	17,80%	23%	57,20%	60,5%
10	Pourcentage des nouveaux nés, nés des mères séropositives ayant pris ARV dans les 72 heures selon le protocole en vigueur	94,50%	96,40%	96,20%	95,20%	97,02%
11	Proportion d'enfants de mères séropositives mis sous prophylaxie au Cotrimoxazole	61,60%	61,10%	60,30%	66,60%	88,32%
12	Proportion d'enfants de mères séropositives sous allaitement exclusif	81,60%	69,20%	77,20%	82,80%	89,28%
13	Proportion de nourrisson ayant bénéficié d'un diagnostic précoce	-	-	39,20%	48,90%	48,18%
14	Proportion de nourrissons testés à 18 mois	89,80%	63%	86,50%	62,40%	50,53%
15	Proportion de nourrissons séropositifs à 18 mois	13,20%	20,50%	9,50%	7,50%	6,5%
16	Proportion de femmes séropositives ayant fait Le comptage des CD4	-	-	20,60%	34,50%	45,6%
17	Proportion de femmes enceintes sous traitement ARV	-	-	22,70%	35%	26,9%
18	Nombre de mères séropositives ayant reçu des conseils sur la PF	169	-	324	1426	3340

1.4.3. Formation

Grâce aux différents partenaires intervenant en PTME, 731 prestataires ont été formés dans les domaines suivant :

Types de formation	Nombre de prestataires formés
Formation des prestataires en PTME Clinique	424
Formation des prestataires en technique de dépistage	294
Formation des prestataires en confection des DBS pour la PCR	13

D'autres types de formations sur sites ont été donnés aux prestataires afin de renforcer leurs capacités sur des problèmes spécifiques grâce à certains partenaires techniques Alter Santé, OPALS et à travers les parrains pédiatriques appuyés par la Fondation Clinton.

1.4.4. Suivi/Supervision

Le niveau central a organisé deux supervisions :

Une tournée de suivi post formation sur les 86 nouveaux sites a été menée conjointement avec les équipes cadres de région et de district.

Une supervision intégrée a été réalisée conjointement avec le CNR et l'unité conseil dépistage.

Ces suivis ont permis d'identifier un certain nombre de points à améliorer dont certains ont été résolus avec l'appui des superviseurs dans l'immédiat ; d'autres comme le problème récurrent lié à la disponibilité des intrants au niveau périphérique nécessitent l'accélération de la décentralisation de la gestion des intrants.

Compte tenu des difficultés dans la réalisation des suivis/supervision, nous pensons à la mise en place d'un système de parrainage en cooptant d'autres personnes ressources sur les sites de PTME afin d'appuyer les équipes cadres de région et de district et le niveau centrale à lever cette insuffisance de suivi/supervision.

1.4.5 Coordination des activités

Le groupe thématique PTME/PECP a tenu quatre réunions au cours de l'année 2011

Un des résultats palpables a été l'accompagnement au processus d'analyse des goulots d'étranglement et de l'équité dans l'offre et l'utilisation des services PTME avec tous les acteurs (les points focaux VIH de district et de régions et les acteurs au niveau central), dont les résultats permettront au programme de définir les stratégies prioritaires et les mesures correctrices en vue de l'élimination de la TME à l'échéance de 2015.

L'unité a aussi tenu des réunions de coordination dans le cadre des projets appuyés par l'UNICEF, le Fonds mondial, la fondation GSK, Alter santé, OPALS et OCAL

1.4.6 Problèmes et approches de solutions

Tableau 12: Problèmes rencontrés et approches de solutions

Problèmes	Approches de solutions
Insuffisance d'appropriation des interventions de PTME par le niveau décentralisé	Poursuivre la mise en œuvre de l'approche district pour une meilleure implication des acteurs du district notamment dans la bonne gestion des intrants médicaux
Faible couverture du diagnostic précoce par PCR pour améliorer la qualité de prise en charge des enfants	Mettre en place le système de papier buvard pour couvrir tous les sites PTME du pays
Insuffisance des activités de monitoring à tous les niveaux	Organiser le monitoring des activités au niveau de chaque district

Au total, en fin Décembre 2011, le Togo comptait 306 sites PTME contre 214 sites en 2010 (soit un taux de couverture géographique de 48%).

Les services de conseil dépistage ont été offerts à 61.7% des femmes enceintes reçues en consultations prénatales sur l'ensemble du territoire. Et 4173 femmes enceintes séropositives ont reçu la prophylaxie ARV (soit un taux de couverture la cible de 60.5% des femmes enceintes séropositives attendues dans le pays en 2011). Cette année 2312 femmes séropositives ont accouché sous prophylaxie ARV, et 2253 des 2551 nouveaux nés de mères séropositives ont reçu le traitement par le Cotrimoxazole. Le taux de transmission du VIH chez l'enfant à 18 mois est de 6.5%

Malgré ces résultats appréciables il reste des progrès à réaliser afin : i) de couvrir toute la cible femmes enceintes et en matière de dépistage précoce par PCR chez l'enfant ii) d'améliorer la qualité du suivi des femmes enceintes séropositives.

Les principaux goulots d'étranglement du programme PTME sont ;i) le taux encore élevée de perdus de vue du couple mère-enfant ; ii) la faiblesse des liens entre les sites PTME et les sites de prise en charge des enfants expliquant en partie le faible taux de couverture des enfants infectés par les ARV dans le pays

2. Soins traitements et soutien

2.1 SOINS ET TRAITEMENT

Les soins et traitement constituent l'intervention prioritaire et centrale du PNLS/IST afin d'améliorer la survie des personnes vivant avec le VIH et de prévenir de nouvelles infections.

2.1.1 Couverture

2.1.1.1 Structures de prise en charge

Le PNLS/IST conformément à ses attributions a mené un processus d'évaluation des structures de soins sur toute l'étendue du territoire à partir 2009 à l'issu duquel 115 sites ont été accrédités. En 2011, 26 nouveaux sites ont été accrédités portant le nombre total de structures de PECM à 141.

Tableau 13 : Répartition du nombre de structures accréditées par région sanitaire

	<i>Publiques</i>	<i>ONG/ Associations</i>	<i>Confessionnelles</i>	<i>Privées</i>	<i>Centre des armées</i>	<i>TOTAL REGION</i>
Lomé commune	11	18	2	10	1	42
Maritime	15	6	5	2	0	28
Plateaux	15	6	4	0	1	26
Centrale	8	2	2	1	0	13
Kara	12	3	0	1	1	17
Savanes	9	2	2	1	1	15
TOTAL	70	37	15	15	4	141
%	49,6%	26,24%	10,64%	10,64%	2,84%	100%

La prise en charge médicale est effective dans les 35 districts du pays. Au total 141 structures sont accréditées : 50% de structures publiques, 27% de structures associatives et 10% de structures privées à but lucratif.

Sur le plan géographique, il existe au moins un site de prise en charge médicale dans chacun des 35 districts sanitaires au niveau de tous les CHU, CHR, Hôpitaux de districts sanitaires.

Tableau 14 : Répartition des sites de PECM selon les régions sanitaires du Togo

Région sanitaire	2011		
	Nombre de formations sanitaires éligibles	Nombre de sites de PECM	Taux de couverture
<i>Lomé Commune</i>	144	42	29,2%
<i>Maritime</i>	43	28	65,1%
<i>Plateaux</i>	58	26	44,8%
<i>Centrale</i>	17	13	76,5%
<i>Kara</i>	39	17	43,6%
<i>Savanes</i>	18	15	83,3%
Ensemble du Togo	319	141	44,2%

La région des savanes (83,3%) est celle qui dispose d'une meilleure couverture géographique au vu des formations sanitaires existantes.

2.1.1.2 Structure de dispensation des médicaments antirétroviraux

En fin 2011, 69 des 141 structures de PECM font la dispensation ARV soit 48,9%. La couverture en dispensation ARV des sites de PECM est la plus élevée (61,9%) dans Lomé Commune.

Tableau 14 : Répartition des sites de dispensation par région

Régions	Nombres de sites de PEC	Nombre de site de dispensation en ARV	Pourcentage
Lomé commune	42	26	61,9%
Maritimes	28	11	39,3%
Plateaux	26	13	50,0%
Centrale	13	5	38,5%
Kara	17	8	47,1%
Savanes	15	6	40,0%
Total	141	69	48,9%

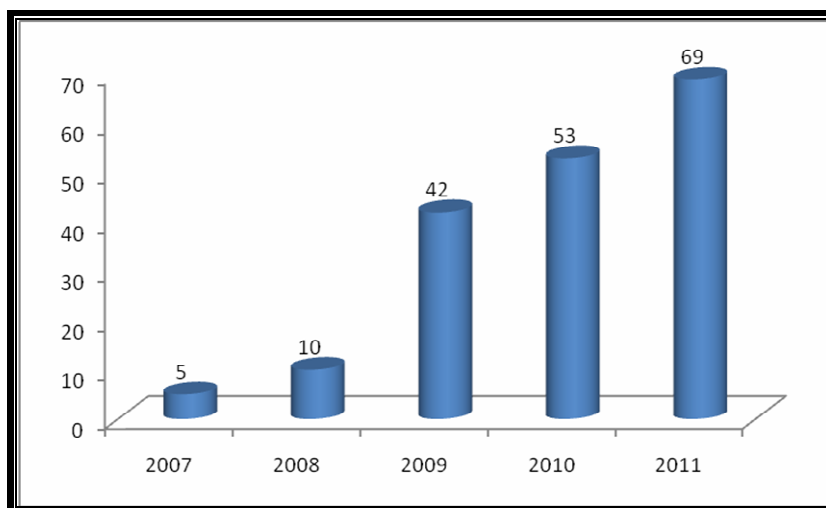


Figure 15 : Evolution du nombre de site de dispensation de 2007 à 2011

2.1.1.3 Couverture en lecteur de CD4

En 2011, le Togo disposait de 25 laboratoires pour le comptage des lymphocytes CD4. Chaque région sanitaire en dispose d'au moins deux.

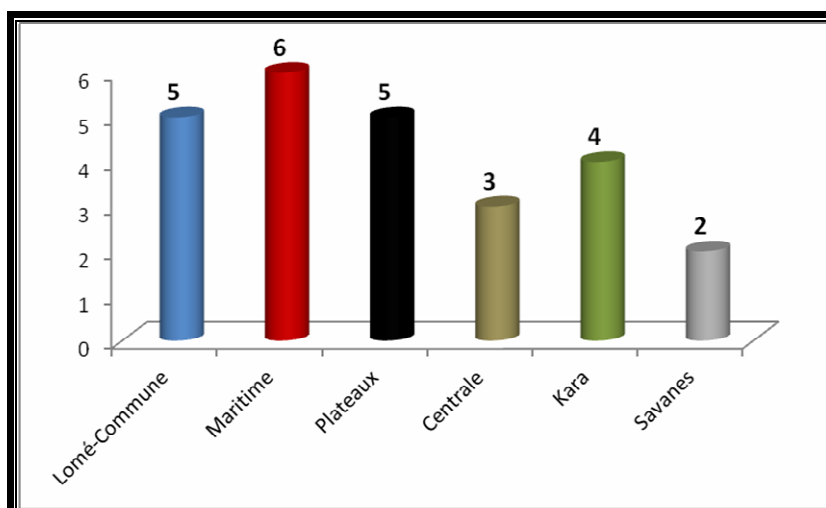


Figure 16 : Répartition des compteurs de CD4 par région sanitaire en 2011

2.1.2 Fréquentation

2.1.2.1 Nombre de PVVIH suivies dans les centres

Au 31 décembre 2011, 47 391 PVVIH sont inscrites et régulièrement suivies au niveau des structures de prise en charge réparties sur toute l'étendue du territoire.

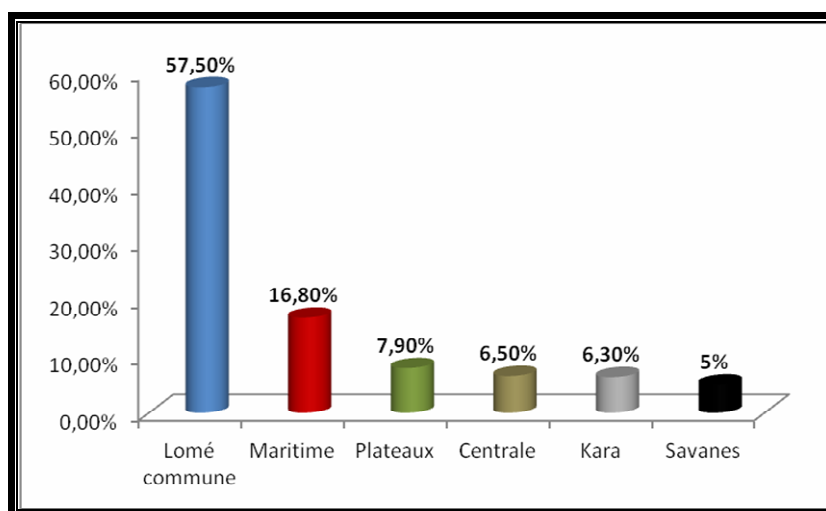


Figure 17 : Répartition du nombre de PVVIH par région sanitaire 2011

2.1.2.2 Nombre de PVVIH sous traitement antirétrovirale (TARV)

Le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 24 635 en 2010 à 29 045 au 31 décembre 2011, soit une augmentation de 18%. Le taux de couverture thérapeutique actuel par rapport au nombre d'adultes éligibles attendus (48 604) est de 59,8%.

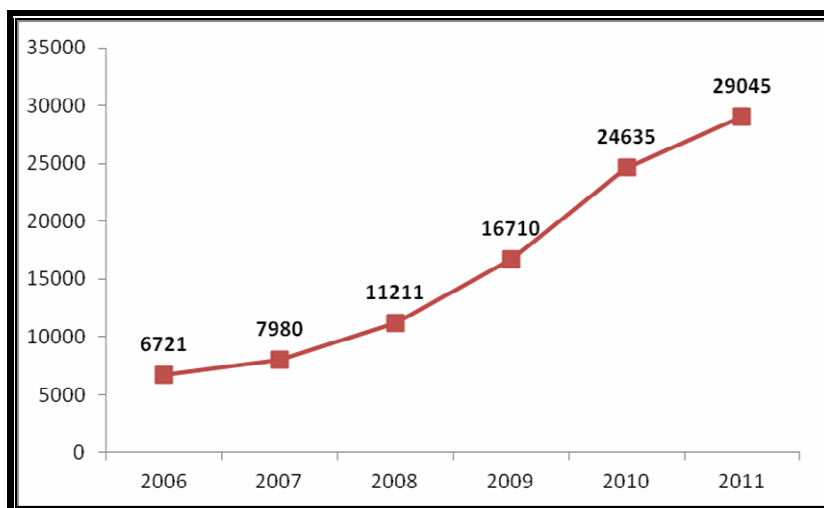


Figure 18 : Evolution du nombre de PVVIH sous ARV de 2006 à 2011

Répartition des PVVIH sous ARV par sexe :

On note une nette prédominance féminine (soit deux femmes pour un homme, un ratio de 2,125) parmi les PVVIH suivies sous ARV

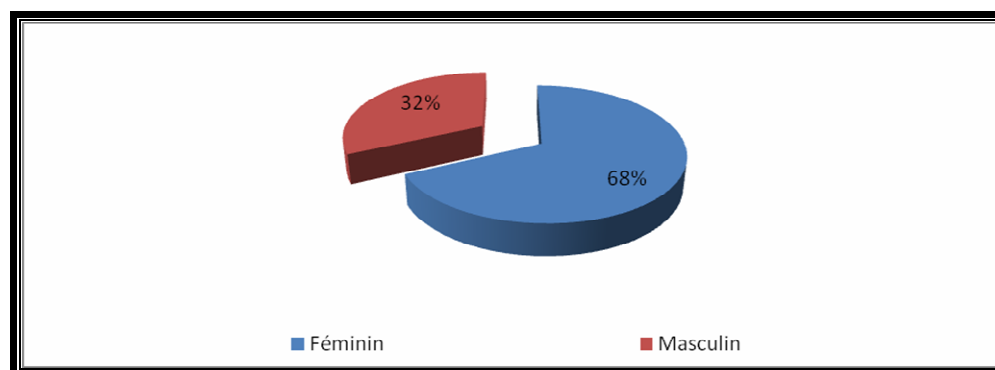


Figure 19 : répartition des PVVIH sous ARV en 2011 par sexe

Répartition des PVVIH sous ARV par région

Environ les 2/3 des patients sous ARV se retrouvent dans la région Lomé commune. 11820 PVVIH représentant 41% des patients sous ARV sont suivies dans les ONG/Associations.

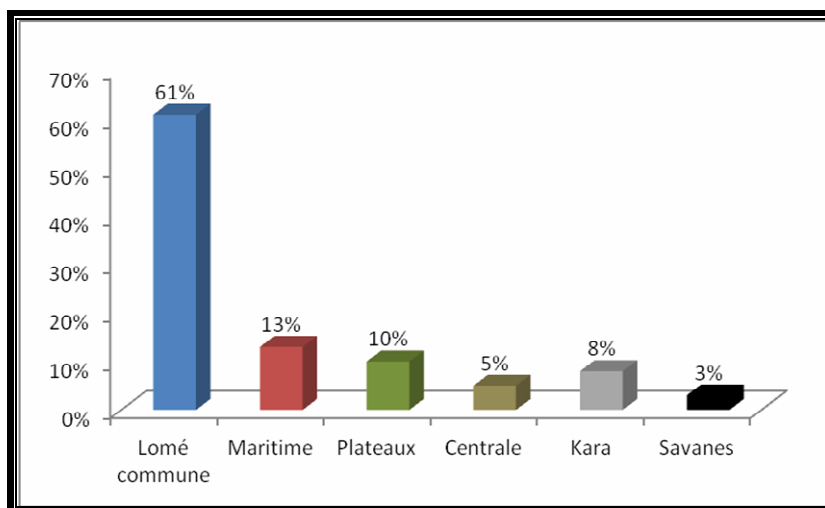


Figure 20 : Répartition géographique des PVVIH sous ARV en 2011

Répartition des PVVIH sous ARV par combinaison thérapeutique

Le tableau ci-dessous montre que les protocoles nationaux en vigueur sont respectés par les prescripteurs.

La combinaison la plus prescrite est la zidovudine/lamivudine/névirapine (67,5%) pour la première ligne et Ténofovir/Lamivudine+ Lopinavir/Ritonavir (83,3%) pour la deuxième ligne thérapeutique.

Tableau 21 : répartition des protocoles ARV prescrits au Togo en 2011

Répartition des ARV par ligne et par protocole	Fréquence	Proportion
Première ligne	26 390	100,0%
Zidovudine/Lamivudine/Nevirapine	17810	67,5%
Stavudine/Lamivudine/Nevirapine	5352	20,3%
Ténofovir/Lamivudine/Efavirenz	313	1,2%
Zidovudine/Lamivudine/Efavirenz	2886	10,9%
Zidovudine/Lamivudine/Abacavir	29	0,1%
Deuxième ligne	1 997	100,0%
Ténofovir/Lamivudine+ Lopinavir/Ritonav	1664	83,3%
Ténofovir/Lamivudine+Atazanavir+Ritonav	65	3,3%
Duovir+Lopinavir/Ritonavir	29	1,5%
Abacavir/Didanosine/+ Atazanavir/Ritona	2	0,1%
Abacavir/Didanosine/+ Lopinavir/Ritonav	237	11,9%
Autres	658	2,3%

Répartition des PVVIH sous ARV par ligne thérapeutique

Sur l'ensemble des personnes sous ARV, 91% sont en traitement de 1^{ère} Ligne.

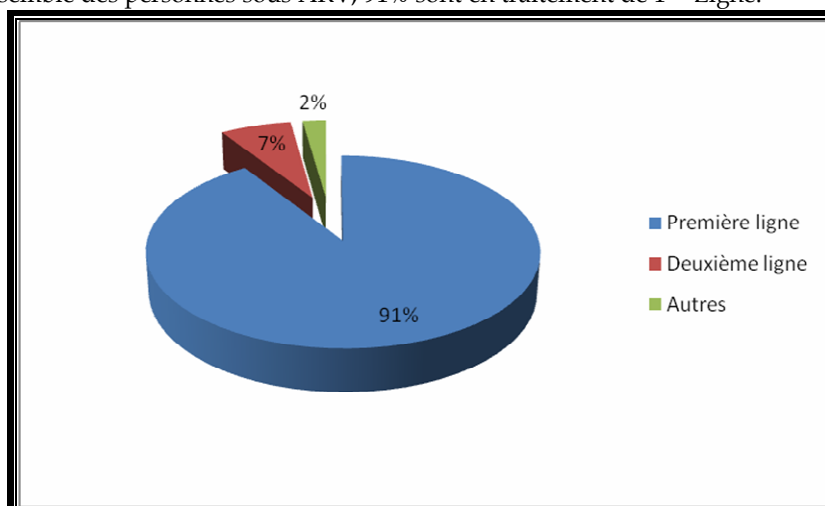


Figure 22 : répartition des protocoles prescrits en fonction des lignes thérapeutiques

Le devenir des PVVIH sous ARV

Au cours de l'année 2011, nous avons enregistré 768 décès (2,6%) et 2 188 perdus de vue (7,3%).

2. 1.3 Prise en charge pédiatrique

La prise en charge pédiatrique s'est beaucoup améliorée depuis trois ans grâce à la sensibilisation des prestataires, à la simplification des protocoles par la mise à disposition des combinaisons à dose fixe facilement adaptable aux tranches d'âge, aux renforcements des capacités des prestataires de tous les maillons du suivi de la mère jusqu'à la pédiatrie et la médecine.

L'activité de parrainage pédiatrique après la phase pilote 2010, a été étendue à toutes les régions en 2011.

Une réunion de coordination réunissant les parrains pédiatriques et les prestataires des sites a été tenue en décembre et a permis à tous de relever les avancées et de partager les bonnes pratiques afin d'améliorer la prise en charge pédiatrique. L'une des décisions est d'étendre le projet à de nouveaux sites en réduisant la fréquence de visite sur les sites suffisamment renforcés.

Au Togo, la prise en charge pédiatrique a connu un regain d'intérêt depuis 2007 et est devenue une des priorités du programme. Au nombre des progrès en 2011, on note le parrainage des sites de prise en charge pédiatrique à travers un système de

tutorat clinique, l'extension des sites de prélèvement pour le diagnostic précoce en vue d'un traitement précoce et la mise à disposition d'ARV pédiatrique à dose fixe avec des fiches posologiques au niveau des prestataires.

Le parrainage pédiatrique se poursuit dans les régions Maritime et Kara (CMS Kouvé, hôpital Vogan, EVT Sokodé et hôpital Tchamba) et a permis d'une part la conscientisation et la sensibilisation des prestataires sur l'urgence de la PCR et d'autre part la nécessité d'une prise en charge précoce des enfants.

Ce projet a également permis le renforcement des capacités des prestataires sur la PTME et le continuum des soins entre les différents services.

En 2011, 1676 enfants ont pris régulièrement les ARV contre 1357 en 2010 soit une augmentation de 23,51 % ; mais le taux de couverture thérapeutique reste faible par rapport au nombre d'enfants attendus (8790) soit 18,6%.

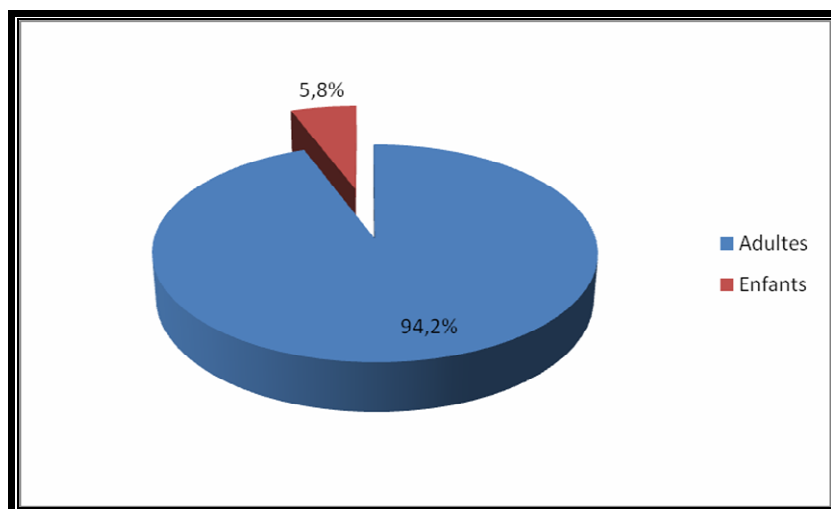


Figure 23 : Proportion des enfants et adultes sous ARV en 2011

2.1.3.1 Répartition des enfants sous ARV par âge

La figure ci-dessus illustre la répartition des enfants par tranche d'âge en 2011

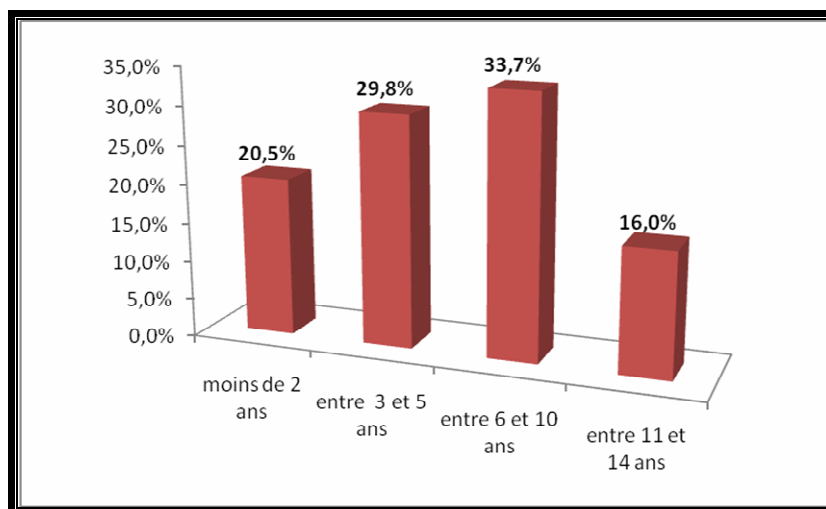


Figure 24 : répartition des enfants sous ARV selon les tranches d'âges

Des efforts doivent être poursuivis pour améliorer la prise en charge pédiatrique à partir de quatre axes ; i) le renforcement du circuit du dépistage précoce par PCR ; ii) la poursuite du système de parrainage pédiatrique ; iii) le renforcement du système de référence entre les sites PTME et les sites de prise en charge ; iv) la recherche active des perdus de vue par les agents de santé communautaire ou médiateurs

2.1.4 Prise en charge des IO et suivi biologique

En 2011 sur les deux bilans annuels préconisés dans le suivi biologique par PVVIH sous ARV, 22009 bilans ont été subventionnés grâce au financement du Fonds Mondial.

31559 PVVIH sont sous prophylaxie au Cotrimoxazole, 13017 cas d'IO ont été diagnostiqués et traités.

2.1.5 Prise en charge de la Co infection TB/VIH

Au cours de cette année 2011, la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la coinfection TB/VIH comme recommandées par l'OMS et l'ONUSIDA a permis d'améliorer certaines interventions dans le cadre de la lutte contre la Co- infection.

Afin d'améliorer le taux de dépistage de cas de TB, le PNLS a doté les centres de prise en charge des tuberculeux en réactifs et consommables pour le dépistage du VIH chez les malades tuberculeux.

2.1.4.1 Dépistage du VIH chez les malades tuberculeux

D'une façon générale, sur le plan national, 2980 cas de TB ont été dépistés en 2011 et sur ce nombre 84% ont bénéficié du test de VIH et parmi ceux-ci 27% se sont révélés positifs au test de VIH. Les nouveaux cas TMP+ (2807) représentent 94 % du nombre total de cas dépistés TB ; 87 % d'entre eux ont bénéficié du test de VIH et le test s'est révélé positif dans 25 % des cas.

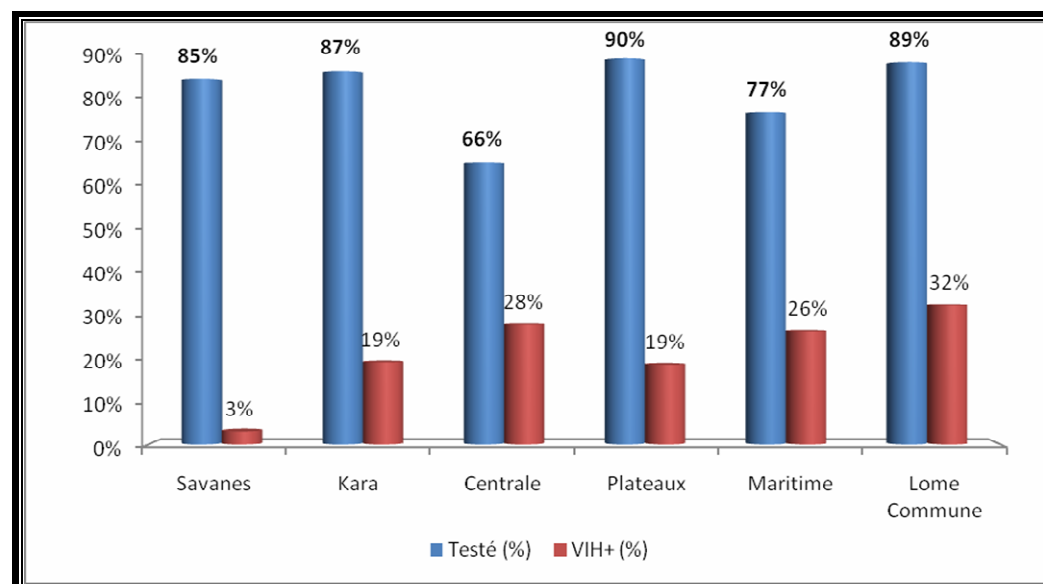


Figure 31 : répartition en pourcentage des malades tuberculeux ayant effectué le test de dépistage VIH et la fréquence des séropositifs par région sanitaire en 2011

2.1.4.2 Prise en charge des malades TB/VIH

Au cours de l'année 2011, 397 des 666 patients TB/VIH (59.6%) ont reçu un traitement par les ARV.

2.2 Soutien aux PVVIH

La PEC psychosociale a bénéficié aux PVVIH recrutées à travers les ONG/Associations et formations sanitaires impliquées dans la mise en œuvre du projet round 8 du Fonds Mondial.

Les résultats présentés dans le tableau ci-dessous couvrent la période de janvier à décembre 2011.

INDICATEURS/ACTIVITES	RESULTATS
Nombre de PV VIH sous ARV ayant reçu les kits nutritionnels	9401
Nombre de PV VIH sous ARV ayant reçu des visites à domicile	8207
Nombre de PVVIH ayant participé aux groupes de parole	29140
Nombre de PVVIH ayant participé aux séances de club d'observance thérapeutique	31720
Nombre de repas conviviaux	13093

Dans la plupart des cas les résultats de la PEC psychosociale sont en deçà des résultats attendus compte tenu de certaines difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités et la faible couverture.

2.1.7 Formations et supervisions

Les capacités de 1348 prestataires ont été renforcées dans les différents domaines concernant la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH basée sur les nouvelles recommandations de l'OMS.

Le tableau ci-dessous récapitule le type de formation suivi.

Type de formation	Nombre de Personnes formées
Formation en prise en charge globale du VIH/SIDA chez l'adolescent et l'adulte	469
Formation en prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA	41
Formation en prise en charge des IO	537
Formation des médiateurs sur le continuum des soins, l'observance thérapeutique et l'éducation nutritionnelle	135
Formation en prise en charge nutritionnelle des PVVIH	100
Formation en prise en charge des cas d'AES	16
Formation de prestataires de soins sur les nouvelles directives de prise en charge de la coïnfection TB/VIH	150

2.3 Coordination

Le groupe thématique PECM a tenu quatre au cours de l'année

Deux missions de supervision formative a été menée par l'équipe du PNLS sur le terrain

L'activité de parrainage pédiatrique a connu une phase pilote de six mois en 2010 dans trois régions a été étendue à toutes les régions en 2011.

2.4 Problème et approche de solutions

Difficultés	Proposition de solution
Insuffisance de prestataires formés à la prise en charge pédiatrique	Renforcement des capacités du personnel
Difficulté d'intégration de la prise en charge globale des PVVIH au sein des structures publiques	Appui à la mise en place d'un hôpital de jour au sein des centres hospitaliers
Faible capacités financières de certaines structures associatives pour garder le personnel médical pour une prise en charge de qualité	Affecter du personnel médical dans les associations à forte file active
Faible appropriation et utilisation des données de suivi et de prise en charge	Accélérer le processus de décentralisation de la dispensation
Faible accès des patients aux bilans pré – thérapeutiques pour l'initiation du traitement.	Appui aux PVVIH à la réalisation des bilans.

En 2011, l'accréditation de 36 structures de prise en charge, le pays comptait 141 centres répartis dans tous les régions. Le nombre de site de dispensation est passé de 53 à 69 en 2011

Au cours de l'année 29045 PVVIH ont reçu un traitement par les ARV (soit un taux de couverture de 59.8%. Le taux de décès était 2.3% et un taux de perdus de vue de 7,3%. Le nombre d'enfants sous ARV reste faible : 1676 (soit un taux de couverture de 18%)

Les PVVIH étaient sous première ligne dans 91% et en deuxième ligne dans 7% des cas. Les PVVIH sous ARV ont bénéficié de 22 009 bilans biologiques. 31559 PVVIH ont reçu une prophylaxie au Cotrimoxazole et 13017 cas d'infections opportunistes ont été traités 84% des tuberculeux ont été dépistés contre 78% en 2010 avec 25% de prévalence au VIH

Des progrès continuent d'être fait en matière de prise en charge, mais on doit mettre l'accent sur la qualité de la prise en charge dans le centres par la recherche active des perdus de vue et le renforcement du plateau technique et la prise en charge des TB/VIIH

3. Suivi-évaluation & recherche

3.1 SUIVI ET EVALUATION

La mise en œuvre du plan d'action 2011 du PNLS, a permis de réaliser des activités importantes classées dans de grands domaines d'actions, dans un contexte, où l'Accès universel aux soins pour l'ensemble des personnes vivant avec le VIH/SIDA est une priorité nationale. Les actions menées dans le cadre du suivi évaluation au PNLS, concernent essentiellement le renforcement du système de suivi évaluation du PNLS, la surveillance épidémiologique et la recherche, le monitoring des médicaments et réactifs, le suivi de la décentralisation de la dispensation des ARV et la formation.

3.1 Activités de renforcement du système de suivi et évaluation

3.1.1 Audit de la qualité des données

Dans le cadre du passage à échelle, le PNLS Togo a procédé à la décentralisation de la dispensation des ARV. Le suivi de la dispensation est effectué à travers un système de reportage calqué sur le circuit du système national d'information sanitaire.

L'exactitude, la fiabilité et l'exhaustivité des données issues des sites de dispensation sont essentielles pour une bonne quantification nationale des ARV d'où la réalisation d'un audit de la qualité des données dans la région Lomé commune

Pendant 2 semaines, 4 équipes pluridisciplinaires (médecin, pharmacien, superviseurs, statisticien) du PNLS ont procédé primo à la vérification des données, de la période, allant du 1^{er} Septembre 2010 au 31 Mars 2011 sur sites (21), sur des outils de collecte de données (14) ; secundo à la comparaison de ces données avec celles rapportées à travers le système national d'information sanitaire ; et enfin à la recherche de la concordance entre la prescription et la dispensation.

10210 carnets de suivi des PVVIH ont été recensés alors que les rapports de PECM du mois de mars ont notifié 10 132 patients tandis que les rapports de dispensation de la même période en ont notifié 10 895 avec 8 858 souches de dispensation disponibles.

La discordance des données est liée au remplissage incomplet des nombreux outils de collecte de données au niveau des prescripteurs (4) et au niveau des dispensateurs (6).

Les données de consommation permettent une estimation acceptable de la file active des PVVIH sous ARV néanmoins afin de faciliter la concordance des données au niveau des acteurs clés une révision et réduction des outils s'impose.

3.1.2 Mission d'évaluation du système ESOPE

3.1.2. Le monitoring des médicaments et réactifs et suivi des activités de dispensation des ARV dans le cadre de la décentralisation

3.1.2.1 Monitoring des médicaments et réactifs

Monitoring des médicaments et réactifs

La cellule nationale de coordination de quantification et de gestion des médicaments et des autres intrants médicaux

- En 2011 : 10 réunions mensuelles tenues sur 12
 - Séance de quantification nationale en juillet 2011 actualisée en décembre 2011
- Suivi de l'application des nouvelles recommandations de l'OMS et du nouveau protocole national de traitement
- Switch proactif des patients de d4T/3TC/NVP à AZT/3TC/NVP, en décembre 2011, 71 % des patients de première ligne du pays sont sur AZT/3TC/NVP, en fin février 2012 ils représenteront 82% des patients de première ligne.

Tableau xx : Indicateurs de dispensation des ARV et de gestion des stocks

INDICATEURS	ARV
Pourcentage d'exactitude des données rapportées au cours des 12 derniers mois	91%
Nombre moyen de patients ayant reçu le traitement par mois au cours de l'année	20 756
Nombre moyen de patients en retard pour le rendez-vous e prise de médicament ARV au cours de l'année	2 366
Pourcentage de patients recevant les ARV conformément au standard thérapeutiques nationaux au cours des 12 derniers mois	99,90%
Pourcentage de patients venant aux rendez-vous pour prendre les médicaments avant ou jour du rendez-vous fixé au cours des 12 derniers mois	88,45%
Pourcentage de jours couverts par les intrants médicaux délivrés au cours des six derniers mois	100%
Pourcentage d'ARV prescrits qui sont totalement délivrés au patient	100%

Gestion des intrants

- En vue la décentralisation de cette gestion au niveau des dépôts régionaux un manuel de procédures de gestion des intrants a été élaboré entre avril et octobre puis disséminé sur les sites en décembre.

- Le renforcement du système de rapportage des données de gestion des intrants VIH (Actualisation et validation des outils de collecte de données, Structuration du circuit de collecte des données).

Tableau xx Indicateurs de suivi de la gestion des intrants

INDICATEURS	ARV	M OI	M IST	Intrants CDV	Intrants PTME	Intrants CD4	Intrants PCR
Nombre de sites au 1er janvier 2011	53	115	22	152	214	20	1
Nombre de sites au 31 Décembre 2011	69	141	22	233	306	23	1
Moyenne du nombre de site en 2011	54	121	22	172	229	21	1
Moyenne annuelle du nombre de site doté en intrants	53	49	8	47	221	15	1
Pourcentage de sites doté en intrants au cours des 12 derniers mois	99%	40%	36%	27%	97%	71%	50%
Pourcentage des rapports de consommation envoyés à temps	100%	93%	56%	95%	87%	72%	0%

3.2.2 Le suivi de la décentralisation de la dispensation des ARV

- L'évaluation des conditions de dispensation sur 18 sites avec en vue de l'ouverture de nouveaux sites
- Le suivi et renforcement des capacités des sites à travers la mise en place d'un système de communication et la disponibilité des outils adéquats et actualisés pour une dispensation de qualité,
- ouverture de 16 de onze nouveaux sites de dispensation en décembre 2011, portant à 69 le nombre sites de dispensation,
- Le suivi et renforcement de la dispensation : mentor et niveau régional :
Une tournée mensuelle par mentor
Deux missions de supervision du niveau central.

3.2.3 Formation à la dispensation:

- 56 agents ont été formés à la dispensation des ARV.
- Atelier d'évaluation de 12 mois de suivi rapproché des sites de dispensation par les mentors régionaux

3.1.4 Evaluation des interventions du programme

Afin d'améliorer la qualité des services dans le cadre de passage à l'échelle, le PNLS a initié ou participé à plusieurs évaluations de ses interventions

- Analyse des goulots d'étranglements de la PTME avec le soutien de l'UNICEF
- Analyse de la situation dans les centres de prise des enfants afin d'évaluer la faisabilité de l'offre des services de conseils dépistages en routine aux enfants dans les structures des soins

3.2 Recherches menées en 2011

- Un certain nombre d'étude ont été réalisées : il s'agit des enquêtes de secondes générations chez les professionnels de sexe, les prisonniers et les usagers de drogues intraveineuses
- Evaluation des campagnes mass media de la serie 8 du projet FM
- Etude sur les facteurs associés aux des perdus de vue des PVVIH sous ARV dans les centres de prise en charge au Togo(taux de perdus de vue de 7.3%)
- Enquête CAP en milieu de travail dans Lomé commune
- Enquête CAP chez les jeunes de la rue

Principaux résultats chez les professionnels de sexe, les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, les prisonniers et les usagers de drogues par voie intraveineuse

Tableau xx Prévalence du VIH chez les professionnels de sexe

		Prévalence du VIH		
		Nombre testé	Négatif	Positif
Groupes d'âges	Moins de 18 ans	62	98.4	1.6
	18 à 24 ans	444	91.0	9.0
	25 à 29 ans	241	88.4	11.6
	30 à 34 ans	127	78.0	22.0
	35 à 39 ans	90	75.6	24.4
	40 ans et plus	142	81.7	18.3
Prévalence nationale				13.1
Régions	Lomé	453	80.6	19.4
	Maritime	127	89.8	10.2
	Plateaux	204	92.6	7.4
	Centrale	39	82.1	17.9
	Kara	90	92.2	7.8
	Savanes	193	92.2	7.8

Tableau xx Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes (les HSH)

Ville	Nombre testés	Nombre de positif	Prévalence du VIH et IC à 95%
Lomé	269	83	30,9% [25,4-36,7]
Aného	35	2	5,7% [0,6-19,2]
Tsevie	33	2	6,1% [0,7-20,2]
Kpalimé	20	1	5,0% [0,1-24,9]
Sokodé	52	0	0,0% [0,0-6,84]
Kara	34	2	5,9 [0,7-19,7]
TOTAL	443	90	20,3% [16,7-24,4]

IC : Intervalle de confiance à 95%.

Tableau xx Prévalence du VIH chez les prisonniers

Ville	Nombre testé	Nombre de positif	Prévalence du VIH et IC à 95%
Lomé	640	31	4,8% [3,3-6,8]
Aného	128	8	6,2% [2,7-11,9]
Atakpamé	130	6	4,6% [1,7-9,8]
Sokodé	135	3	2,2% [0,4-6,3]
Kara	159	5	3,1% [1,0-7,1]
Dapaong	98	2	2,0% [0,2-7,1]
TOTAL	1291	55	4,3% [3,2-5,5]

Tableau xx Prévalence chez les usagers de drogues intraveineuses

Ville	Nombre testé	Nombre de positif	Prévalence du VIH et IC à 95%
Lomé	234	15	6,4% [3,6-10,3]
Kpalimé	18	0	0,0% [18,5*]
Atakpamé	24	0	0,0% [14,2*]
Sokodé	32	3	9,4% [1,9-25,0]
Kara	46	2	4,4% [0,5-14,8]
Dapaong	29	1	3,5% [0,8-17,7]
TOTAL	383	21	5,5% [3,4-8,2]

* limite supérieure de l'intervalle de confiance à 95%

En 2011, un effort a été fait pour mesurer la prévalence nationale du VIH dans les minorités à haut risque

La mesure de la prévalence du VIH chez les professionnels de sexe montre taux de 13.1% en 2011 (contre 29% en 2005). Cette prévalence est de 20.3% chez les HSH (avec 30% à Lomé), 4.3% chez les prisonniers et 5.5% chez les UDI

Ces résultats montrent une prévalence élevée du VIH dans ces groupes. Ce qui nécessite des actions de prévention dynamique et spécifique à l'endroit de ces groupes

3.1.6 Problème et approches de solutions

Difficultés	Proposition de solution
L'archivage, la complétude et la promptitude du reporting n'est satisfaisant	Renforcement des capacités du personnel Mettre un mécanisme de communication plus approprié
Faible appropriation des outils de PEC dans le cadre du projet ESOPE par les prescripteurs	Sensibiliser et former les prestataires
La consommation des médicaments et réactifs n'est pas rapportée de manière satisfaisante	Sensibiliser les prestataires et superviser régulièrement
couverture moyenne en structure de dispensation des ARV	Accélérer le processus de décentralisation de la dispensation

Le processus du renforcement de notre système de suivi évaluation commencé en 2008 s'est poursuivi en 2011, par des activités d'assurance qualité

Le processus de décentralisation de la dispensation des ARV s'est accéléré par la mise en place de 16 nouveaux sites de dispensation (69 sites au total en 2011)

La gestion des médicaments et réactifs s'est améliorée avec le dynamisme de la cellule de quantification

Les études menées ont permis de documenter la prévalence élevée du VIH chez les HSH (20.3%) et chez les professionnels de sexe (13.1% vs 29% en 2005)

Nous devons poursuivre les effets afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des données, condition nécessaire pour augmenter la performance de la mise en œuvre de nos interventions

4. Financements des interventions

4.1 Sources de financement des interventions

4.1.1 Répartition des coûts de financements par sources de financement

Grâce à la collaboration de tous les partenaires du PNLS/IST nous avons pu disposer des données sur les montants et les domaines de leurs appuis en 2011.

Les appuis financiers aux interventions du PNLS s'élèvent en 2011 à **5 142 033 007 FCFA** (les dépenses directes effectuées par les partenaires au profit du PNLS se chiffrent à **3 650 611 387 F CFA**).

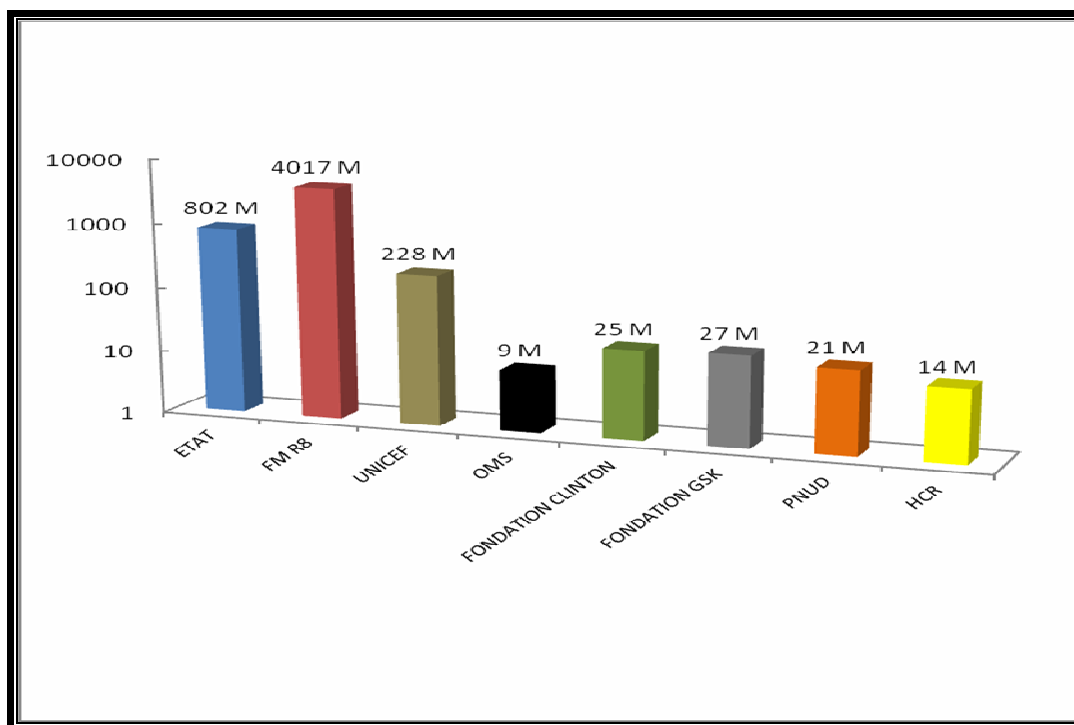


Figure 39 : Répartition des montants selon les sources de financement 2011

Les principales sources de financement des interventions coordonnées par le PNLS/IST sont dominées en 2011 respectivement par le Fonds Mondial Round 8 (78,12%), le gouvernement (15,60 %), l'UNICEF (4,40%).

Le Fonds Mondial (FM) à travers le projet VIH SIDA Round 8 en dehors des achats des intrants médicaments (1 680 369 671), à renforcer les capacités des structures publiques et associatives en ressources humaines, équipements.

Le Gouvernement assure l'achat des médicaments ARV, IO et réactifs, la PTME et le fonctionnement. L'Unicef, la fondation GSK interviennent essentiellement dans le cadre de la PTME. Le PNUD et le HCR sont intervenus l'achat de réactifs pour la campagne de dépistage.

4.1.2 Répartition des coûts par domaines d'interventions

Les montants consacrés au domaine de soins et traitement des PVVIH représentent 51,05% du budget suivi par la prévention (14,11%), l'appui institutionnel (26,08%), les ressources humaines 3,49% et le suivi & évaluation (2,69%) et la recherche représente 2,58%.

Les ressources humaines sont celles recrutées par les partenaires (Fonds Mondial Round 8, Fondation Clinton) ; *les salaires des fonctionnaires de l'Eta et les ressources matérielles ne sont pas pris en compte dans le calcul du budget de l'Etat dans ce rapport.*

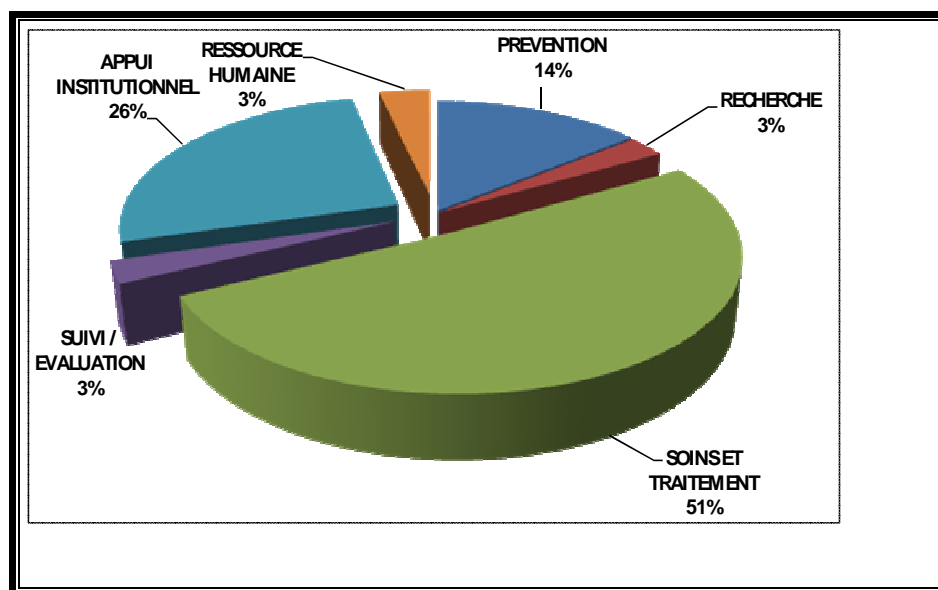


Figure 40 : Répartition des dépenses par domaine d'intervention en 2011

Par rapport à l'année 2010, nous avons noté une progression en valeur absolue des ressources consacrées à la prévention en 2011 (725 457 297 vs 515 926 797 en 2010). Cette progression importante des ressources dans les interventions de la prévention coordonnées par le PNLS est due essentiellement aux ressources consacrées à la PTME. En effet, dans les interventions de prévention le budget consacré à la PTME représente 67,62% des ressources en 2011. Cela s'explique les efforts effectués cette année en matière de PTME. Le diagnostic et traitement des IST reste l'intervention très peu financée comme le montre la figure ci-dessous.

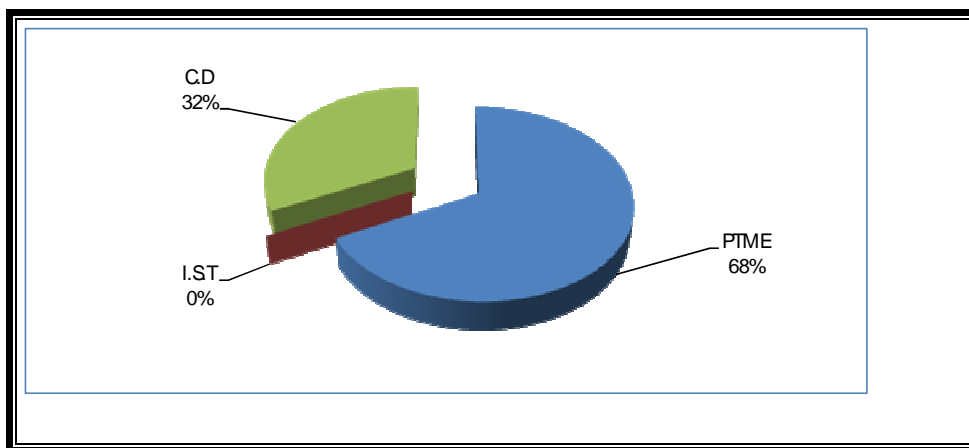


Figure 41: Répartition des financements par type d'intervention dans le domaine de la prévention

5. Coordination

Principales activités

5.1.1 Activités de mobilisation de ressources

L'équipe du PNLS s'est fortement impliquée dans l'élaboration de la deuxième phase du projet VIH, série 8 pour les trois prochaines années

Activités de plaidoyer pour le financement de l'achat des ARV par le gouvernement

5.1.2 Révision et élaboration des documents de normes et procédures

Les documents suivants ont été réalisés ou révisés

Manuel de gestion des intrants médicaux

Guide national pour l'archivage des données des interventions VIH

5.1.3 Activités de planification stratégique

L'équipe du PNLS a participé à tout le processus de l'élaboration

- du plan national de développement sanitaire (PNDS 2012-15)
- la politique nationale de santé
- du plan stratégique national de lutte contre le SIDA (PNDS 2012-2015)

5.1.4 Réunions de coordination

Le PNLS a participé aux réunions des instances nationales :

- réunions du CCM dans le cadre du financement du fonds mondial,
- aux réunions du secrétariat permanent du CNLS dans le cadre des activités nationales et dans le cadre de la revue du plan stratégique national 2007-2010.

Le PNLS a organisé : i) quatre réunions du groupe thématique PTME ; ii) quatre réunions du groupe thématique prise en charge ; iii) 6 réunions du groupe thématique conseil & dépistage ; iv) quatre réunions du groupe thématique IST ; v) 4 réunions de la cellule de quantification des intrants médicaux VIH

5.1.5 Missions et formation des cadres nationaux à l'extérieur

Au cours de l'année 2011 l'équipe du PNLS/IST a participé à 6 missions à l'extérieur dans le cadre du conseil dépistage, de la prise en charge, de la PTME et de suivi évaluation

Trois cadres du PNLS ont participé au 11^e congrès international sur le VIH à Adis Abeba en décembre 2011 et 10 professionnels de santé ont été formés aux DIU de Ouagadougou et de Cotonou.

6. Difficultés et contraintes

Difficultés et approches de solutions

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

Tableau 19 : Problèmes rencontrés et approches de solutions

Problèmes identifiés	Approches de solutions
1. Faible appropriation des activités de PTME dans la gestion des instants	Appuyer les équipes cadre de district dans la quantification et l'approvisionnement des intrants
2. Faible couverture des sites PTME et du dépistage précoce par PCR	Accélérer le processus d'extension des sites PTME et de la technique de papier buvard pour à tous les districts Installer un second appareil PCR à Kara
3. Faiblesse des interventions vers les groupes cibles minoritaires	Prioriser les interventions sur les HSH, professionnels de sexe pour les prochaines années
4. Insuffisance des ressources financières et logistiques et humaines pour la mise en œuvre des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources au niveau du Gouvernement et des partenaires.

7. Conclusion et Perspectives

7.1 Conclusion

Avec le soutien du gouvernement et les partenaires en développement notamment le fonds Mondial, des progrès ont été notés dans la mise en œuvre des interventions du secteur santé en 2011.

En matière de prévention : En 2011, 70% des formations sanitaires du pays ont notifié 73467 cas d'IST. Sur les 22 services adaptés 1180 cas de d'IST ont été prise en charge chez les professionnels de sexe. Le Togo comptait 233 centres de dépistage en 2011, et 26715 cas dépistages réalisés dont 18% en stratégie avancée. La campagne dépistage menée en 2011 a permis de toucher les populations rurales et certaines cibles spécifiques comme les populations déplacées et réfugiées, les professionnels de sexe et les prisonniers. 84% des malades tuberculeux ont été dépistés dont 94% des cas de tuberculeux multibacillaire (prévalence du VIH dans ce groupe : 25%). La stratégie mobile et les campagnes nationales effectuées depuis 2008 ont permis des toucher les populations qui pour divers raisons ne fréquentent les centres de dépistages fixes notamment en milieu rural. Le pays comptait en 2011 306 sites contre 214 en 2010 (taux de couverture géographique est de 48%). Les services de conseil dépistage ont été offerts 107 femmes enceintes dans les sites PTME (soit à 39.6 % des femmes enceintes attendus dans le pays et 61.7% des femmes enceintes reçus en consultations prénatales dans les structures de soins). Mais seulement 7.5% des partenaires de ces femmes ont été dépistés. 4173 femmes enceintes séropositives ont reçu la prophylaxie ARV (soit 60.5% des femmes enceintes séropositives attendues dans le pays). Le taux de transmission du VIH chez les enfants nés de mère séropositives à 18 mois est de 6.5%

En matière de soins et traitement en 2011, le pays compte 141 sites de prise en charge avec 69 sites de dispensation. Au cours de l'année 29045 PVVIH ont été mises sous ARV (contre 24635 en 2010) ce qui correspond à un taux de couverture thérapeutique de 59% . Le taux de décès était de 2.6% et celui des perdus de vue de 7.3% Parmi ces PVVIH sous ARV on notait 1676 enfants (*taux couverture 18%*).

En matière de suivi évaluation et recherches

Des évaluations ont été effectuées dans le domaine de la PTME afin d'identifier les goulots d'étranglement dans la perspective de l'élaboration du plan d'élimination du VIH chez l'enfant. Les enquêtes de secondes générations menées dans certains groupes à noter : une diminution de la prévalence du VIH chez les professionnels de sexe en 2011 (13.1% vs 29% en 2005), mais cette prévalence était de 20.3% chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, 4.5% chez les prisonniers et 5.5% chez les usagers par les drogues par voie intraveineuse.

Le financement des interventions dépendent à près 85% de l'extérieur (dont 78% du fonds Mondial). Les soins et traitement représentaient occupaient dans plus de 50% le budget total.

7.2 Perspectives

L'élaboration des nouveaux documents stratégiques (DSRP, PNDS, PSN) constitue des opportunités pour la mobilisation des ressources avec pour priorité par la PTME et le traitement par les ARV

La validation du projet VIH série par le fonds Mondial est une garantie pour sécuriser le niveau du financement dans le domaine de la prise des PVVIH dans le contexte de crise financière internationale.

Poursuite de la décentralisation de toutes les interventions notamment la gestion des intrants

Etendre les meilleures pratiques du programme i) le tutorat en matière de prise en charge pédiatrique et la gestion de la dispensation des médicaments ARV ; ii) amélioration du suivi des PVVIH dans le centre de prise en charge par le système ESOPE

8. Annexes

Tableau 29 : Principaux indicateurs du PNLS

	2007	2008	2009	2010	2011
Diagnostic et traitement des IST					
Nombre de structures ayant notifié les IST	325	523	614	438	553
Nombre de service adaptés pour le suivi des travailleurs de sexe(TS)			12	22	22
Nombre de cas d'IST traités chez les TS	1340	702	951	639	1180
Conseil & dépistage					
Nombre de centre de conseil dépistage	51	59	97	152	233
Nombre de personnes dépistées	88938	150897	133 909	206 173	267 715
Proportion des TPM+ (TB) dépistés	ND	23%	63%	80%	94%
Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)					
Nombres de sites PTME	41	47	128	214	306
Proportion de structures de soins offrant les services PTME	6.5%	7.5%	20.4%	34%	48,0%
Nombres de femmes enceintes dépistés	20553	30709	42101	80 434	107 163
Proportion de femmes enceintes dans les sites PTME dépistées et connaissant leur statut	59%	76,3%	89,5%	97,1%	98,03%
Nombres de femmes enceintes ayant reçu la prophylaxie ARV	910	1699	1986	3 126	4 173
Proportion des femmes séropositives ayant pris la prophylaxie ARV pour réduire la transmission du VIH	13.3%	26.1%	31%	52,2%	60,5%
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché sous prophylaxie ARV	705	1127	1451	2 057	2 312
Pourcentage des nouveaux nés, nés des mères séropositives ayant pris ARV dans les 72 heures selon le protocole en vigueur	94,5%	96,4%	96,2%	95,2%	97,02%
Proportion de nourrisson ayant bénéficié d'un diagnostic précoce	ND	ND	39,2%	46%	48,8%
Proportion de nourrissons séropositifs à 18 mois	13,2%	20,5%	9,5%	7,5%	6,5%
Soins et traitement					
Nombre de structures de prise en charge	70	70	115	115	141
Nombre de structures de dispensation des ARV	5	21	42	53	69
Nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV	7980	11211	16740	24 635	29 045
Nombre d'enfants sous ARV	542	672	1028	1357	1676
Taux de couverture thérapeutique (adultes et enfants	28.5%	41%	53.9%	62,2%	59,8%

					18,6%
Taux de survie des PVVIH sous ARV	ND	ND	95.1%	ND	ND
12 mois			92.1%		
24 mois			91.4%		
36 mois					
Suivi Evaluation et recherches					
Taux de complétudes des rapports du PNLS	ND	92%	96%	97%	...
Prévalence du VIH chez les femmes en consultations prénatales	ND	3.4%	3.9%	3.5%	ND
Prévalence de la syphilis chez les femmes en consultations prénatales	ND	1.3%	1.1%	1.2%	ND

Notes : ND= non disponible

Liste des sites du PNLS

REGION	DISTRICT	INTERVENTIONS				DISPENSATION	Laboratoire	Comp CD
		CD	PECM	PTME	SA			
LOME COMMUNE	DDS1	5	2	3	0	1	1	
	DDS2	5	9	5	1	4	3	
	DDS3	9	8	3	2	4	2	
	DDS4	4	7	4	2	4	2	
	DDS5	21	16	8	1	13	6	
		44	42	23	6	26	14	
MARITIME	AVE	4	2	10	1	1	1	
	GOLFE	7	10	13	2	4	2	
	LACS	11	4	13	0	2	1	
	YOTO	6	3	10	0	2	2	
	VO	5	4	12	0	1	1	
	ZIO	8	5	12	0	1	1	
		41	28	70	3	11	8	
PLATEAUX	AGOU	3	2	4	0	1	1	
	AMOU	6	5	6	0	1	1	
	DANYI	2	2	2	0	1	0	
	EST-MONO	2	1	5	0	1	0	
	HAHO	5	2	7	0	1	1	
	KLOTO	10	4	9	1	3	1	
	MOYEN-MONO	3	1	4	1	1	0	
	OGOUE	9	7	9	3	3	1	
	WAWA	3	2	6	1	1	1	
		43	26	52	6	13	6	
CENTRALE	BLITTA	5	3	8	0	1	2	
	SOTOUBOUA	6	2	7	0	1	1	
	TCHAMBA	5	2	6	1	0	0	
	TCHAOUDJO	11	6	10	1	3	2	
		27	13	31	2	5	5	
KARA	ASSOLI	1	1	8	0	1	0	
	BASSAR	4	3	10	0	1	1	
	BINAH	9	2	10	1	1	0	
	DANKPEN	2	1	11	0	0	0	
	DOUFELGOU	6	1	10	0	1	0	
	KERAN	5	1	9	0	1	1	
	KOZAH	21	8	21	1	3	2	
		48	17	79	2	8	4	

SAVANES	KPENDJAL	7	2	10	0	1	1	
	OTI	8	2	12	1	1	1	
	TANDJOARE	8	3	11	0	1	0	
	TÔNE	7	8	18	2	3	2	
		30	15	51	3	6	4	
NOMBRE TOTAL DE SITES		233	141	306	22	69	41	

TABEAU DE VENTILATION DES DEPENSES PAR SOURCES ET PAR DOMAINES D'INTERVENTION

N°O	BAILLEURS	PREVENTION	RECHERCHE	SOINS ET TRAITEMENT	SUIVI/ EVALUATION	APPUI INSTITUTIONNEL	RESSOURCES HUMAINES	TOTAL	%
1	ETAT	99 117 790	1 333 250	626 724 284	7 792 011	65 841 789	1 212 159	802 021 283	15,60%
2	FONDS MONDIAL R8	500 480 445	115 205 628	1 950 590 189	116 118 842	1 174 293 387	160 150 752	4 016 839 242	78,12%
3	UNICEF	64 643 200	15 146 935	44 159 830	8 035 748	96 194 310	-	228 180 023	4,44%
4	OMS	-	931 350	3 308 930	1 941 500	2 609 000	-	8 790 780	0,17%
5	FONDATION CLINTON	-	-	-	4 601 478	2 159 613	18 224 726	24 985 817	0,49%
6	FONDATION GSK	26 706 332	-	-	-	-	-	26 706 332	0,52%
7	PNUD	20 653 080	-	-	-	-	-	20 653 080	0,40%
8	HCR	13 856 450	-	-	-	-	-	13 856 450	0,27%
TOTAL		725 457 297	132 617 163	2 624 783 233	138 489 579	1 341 098 099	179 587 637	5 142 033 007	100%
%		14,11%	2,58%	51,05%	2,69%	26,08%	3,49%		

**TABLEAU DES RESSOURCES AFFECTEES A LA PREVENTION PAR DOMAINE
D'INTERVENTION DU PNLS**

N°O	BAILLEURS	PTME	I.S.T	C.D	TOTAL	%
1	ETAT	470 000	-	98 647 790	99 117 790	13,66%
2	FONDS MONDIAL R8	408 971 171	-	91 509 274	500 480 445	68,99%
3	UNICEF	54 401 515	-	10 241 685	64 643 200	8,91%
4	FONDATION GSK	26 706 332	-	-	26 706 332	3,68%
5	PNUD			20 653 080	20 653 080	2,85%
6	HCR		-	13 856 450	13 856 450	1,91%
TOTAL		490 549 018	-	234 908 279	725 457 297	100,00%
%		67,62%	0,00%	32,38%		

