

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

RÉPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté – Patrie

CABINET
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST-

Notre mission

- Informer
- Conseiller
- Servir



Notre devise

- Abstinence
- Fidélité
- Préservatif

RAPPORT ANNUEL 2015 DES ACTIVITES DU PNLS-IST

REMERCIEMENTS

Le contenu de ce rapport d'activités 2015 du secteur santé de la riposte au VIH/Sida au Togo est le résultat de la collaboration entre les différents acteurs impliqués à tous les niveaux du système sanitaire national.

C'est l'occasion pour moi de présenter mes sincères félicitations à tout le personnel du secteur de la santé : public, associatif, privé et confessionnel qui se déploie dans des conditions souvent difficiles afin d'offrir les services appropriés à la population.

Je tiens à adresser mes sincères au personnel technique et de soutien du PNLS-IST qui s'est investi chacun dans son unité dans la coordination des interventions tout au long de l'année 2015.

Celles-ci vont également aux responsables et cadres des régions et des districts sanitaires qui coordonnent et supervisent les prestations de services offertes à la population dans leur aire sanitaire respective, ainsi qu'aux partenaires de mise en œuvre pour leur appui et accompagnement constant.

Mes remerciements vont également aux Partenaires techniques et Financiers, bilatéraux et multilatéraux.

Professeur DAGNRA Anoumou

Le Coordonnateur du PNLS-IST

I- Table des matières	
INTRODUCTION	10
DEUXIEME PARTIE : Généralités	14
1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH	15
2. INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE VIH DU SECTEUR SANTE AU TOGO	15
3 - PRESENTATION DU PNLS-IST	16
TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS CLÉS PAR DOMAINE	18
DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES IST/IC	19
I. DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DES IST DANS LA POPULATION GÉNÉRALE	19
1. Contrôle des IST dans la population générale	19
2. Dépistage et traitement de la Syphilis au cours des CPN.....	22
II- DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES IST AUPRES DES POPULATIONS CLES DANS LES SA....	23
III - ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITES	25
CONSEIL ET DÉPISTAGE DE L'INFECTION A VIH.....	27
I - CAMPAGNE NATIONALE DE DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH.....	28
II - CONSEIL DEPISTAGE DANS LES CDT	29
III - CONSEIL DEPISTAGE AUX POPULATIONS CLES.....	30
IV - CONSEIL DEPISTAGE DANS LES SMNI	31
VI - ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITES.....	32
V II - ACTIVITES DE COORDINATION.....	33
VIII - DIFFICULTÉS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS.....	33
PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE L'INFECTION A VIH DE LA MÈRE A L'ENFANT	34
II- PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DESIRÉES CHEZ LES FEMMES SÉROPOSITIVES...	36
III- INTERVENTIONS SPECIFIQUES VISANT A REDUIRE LA TME	36
IV- SOINS, SOUTIEN ET TRAITEMENT AUX FEMMES SEROPOSITIVES ET A LEURS FAMILLES	39
V- ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITES	41
SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE.....	45
I. DONNEES DES ZONES COUVERTES PAR LE CNTS	45
II. DONNEES DES ZONES COUVERTES PAR LE CRTS	45
PRISE EN CHARGE GLOBALE DU VIH	46
I- ACTIVITES THERAPEUTIQUES.....	46
1- Enregistrement et suivi des patients	46
2 - Nouvelles inclusions au traitement ARV	47
4 - Prise en charge pédiatrique.....	51

5- Prise en charge de la Co-infection TB/VIH	52
6 - Prise en charge des populations clés dans le cadre du continuum des soins	53
8 - Suivis biologiques	54
9 - Prise en charge des IO	55
10- Gestion des échecs thérapeutiques	56
II- ACTIVITES DE SOUTIEN	57
1- Prise en charge psychosociale	57
2- Activités de renforcement de capacités	58
a. Formation	58
b. Supervision	59
d- Activités de coordination au niveau décentralisé	60
3- Difficultés liées à la mise œuvre des activités	60
CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE VIH (CNR /VIH)	61
I - MISSION ET ATTRIBUTIONS	61
II - ORGANISATION	62
III - ACTIVITES DU CNR	62
1. Dépistage précoce par PCR	63
2. Charge virale pour le suivi des PVVIH	63
3. Comptage des lymphocytes TCD4+	63
3. Contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale	64
4. Évaluation des tests VIH	65
IV - ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITES	66
V - ACTIVITES DE COORDINATION	67
VI - DIFFICULTES LIEES A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES ET FEUILLE	68
GESTION DES INTRANTS MÉDICAUX (GIM)	69
I. QUANTIFICATION ET APPROVISIONNEMENT	69
II. DISPENSATION DES ARV	70
III - DISPONIBILITE DES ARV EN 2015	70
III. ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITE	72
IV. ACTIVITES DE COORDINATION	73

V. DIFFICULTES LIEES A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES	75
SUIVI ÉVALUATION ET RECHERCHES.....	76
I. ACTIVITES DE SUIVI ET EVALUATION	76
II - ACTIVITES DE RECHERCHES ET SURVEILLANCE.....	78
III - PERFORMANCE DU PROGRAMME VIH EN LIEN AVEC LES OBJECTIFS DU PNDS ET DE LA SCAPE.....	79
IV - ANALYSE DE LA CAPACITE DE SUIVI-EVALUATION ET DIFFICULTES RENCONTREES ...	80
V- ACTIVITES DE RENFORCEMENT DES CAPACITES	81
GESTION ADMINISTRATIVE FINANCIÈRE ET LOGISTIQUE.....	82
I. PRESENTATION DU BUDGET DE L'ANNEE 2015.....	82
II. PRESENTATION DU BUDGET GESTION 2015 PAR DOMAINE D'INTERVENTION	83
III. TAUX DE REALISATION FINANCIERE : MONTANT REÇU, DEPENSE ET RELIQUAT	83
IV- REPARTITION DU BUDGET REÇU 2015 PAR SOURCE DE FINANCEMENT.....	85
PERSPECTIVES.....	86
CONCLUSION	87
Annexe 2 - Algorithme national de dépistage.....	91
Annexe 3 : Situation du matériel mobilier du PNLS en 2015 (Annexe).....	92
Annexe 4 : Situation du personnel du PNLS en 2015.....	95

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Répartition des cas d'IST par tranches d'âge et par sexe	20
Figure 2 : Répartition des cas d'IST et des partenaires traités par région	21
Figure 3 : Fréquence comparée des 04 premières IST dans les régions sanitaires	21
Figure 4 : Comparaison des femmes enceintes ayant eu accès au dépistage de la Syphilis par région	23
Figure 5 : Répartition du taux de séropositivité par tranches d'âge	Erreur ! Signet non défini.8
Figure 6 : Répartition par région du taux de séropositivité des personnes testées au VIH	Erreur ! Signet non défini.8
Figure 7 : Evolution du pourcentage des malades TB ayant bénéficié du dépistage VIH	Erreur ! Signet non défini.9
Figure 8 : Répartition par région du taux de séropositivité VIH chez les patients TB	30
Figure 9 : Dépistage du VIH chez les populations clés	28
Figure 10 : Comparaison des taux de seropositivité obtenus au sein des populations clés	28
Figure 11 : Evolution des sites PTME de 2007 à 2015	294
Figure 12 : Répartition par région de la couverture géographique des sites SMNI en PTME	305
Figure 13 : Cascade PTME en 2015	347
Figure 14 : Répartition par région des enfants ayant bénéficié de la PCR à 2 mois d'âge compare avec l'ensemble des enfants exposés ayant bénéficié de la PCR et les cas positifs	358
Figure 15 : Répartition par tranche d'âge du taux de positivité chez les enfants exposés ayant bénéficié de la PCR	378
Figure 16 : Répartition des PVVIH enregistrées et suivies par région	387
Figure 17 : Répartition des nouvelles inclusions sous TARV par région	388
Figure 18 : Répartition des PVVIH sous TAR par région	50
Figure 19 : Répartition des PVVIH adultes et enfants sous ARV par région et par sexe	Erreur ! Signet non défini.
Figure 20 : Répartition des PVVIH sous tar par populations cibles	50
Figure 21 : Evolution du nombre d'enfants sous ARV par année	50
Figure 22 : Evolution des proportions des patients co-infectés TB/VIH mis sous cotrimoxazole	513
Figure 23 : Répartition par type de population clé sous TAR	513
Figure 24 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé	53
Figure 25 : Niveau d'atteinte de la cible 90 90 90 en 2015 et le gap à combler jusqu'à l'horizon 2020	537
Figure 26 : Tableau de bord de la disponibilité des ARV en 2015	74
Figure 27 : Taux de participation aux réunions par les principaux acteurs attendus.	Erreur ! Signet non défini.7
Figure 28 : complétude des rapports par intervention	719
Figure 29 : Répartition du budget par domaine d'intervention en 2015	86
Figure 30 : Réalisation financière : montant reçu, dépensé et reliquat en 2015	87
Figure 31 : Répartition du budget reçu par source de financement	838
Figure 32 : Répartition des ressources mobilisées par partenaire financier	839
Figure 33 : Répartition du budget reçu par source de financement	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Résultats clés des interventions du PNLS-IST.....	12
Tableau II: Fréquences comparées des cas d'IST entre 2013 et 2015	20
Tableau III: Résultat comparée du dépistage et traitement de la syphilis 2013-2015	222
Tableau IV: Difficultés liées à la mise en œuvre des activités.....	Erreur ! Signet non défini. 5
Tableau V: Répartition par région et par sexe du nombre de personnes dépistées	266
Tableau VI : Récapitulatif du dépistage de la campagne par région et par tranches d'âge	27
Tableau VII: Indicateurs de CDIP pédiatrique	291
Tableau VIII : Répartition par région des enfants exposés et ayant bénéficié de test de dépistage à 18 mois ..	328
Tableau IX: Répartition des enfants exposés mis sous cotrimoxazole et dépistes positifs au VIH par région ..	39
Tableau X: Différents types de formations réalisées en 2015 en PTME	410
Tableau XI : Difficultés liées à la mise en œuvre des activités de la PTME.....	432
Tableau XII: Données des zones couvertes par le CNTS.....	454
Tableau XIII: Données des zones couvertes par le CRTS	454
Tableau XIV: Répartition par sexe et Age des PVVIH enregistrées au niveau des centres de PECM	495
Tableau XV: Protocoles d'initiation aux ARV	Erreur ! Signet non défini. 48
Tableau XVI: Répartition des PVVIH sous TAR par sexe et par Age	48
Tableau XVII: synthèse des différents types d'IST rapportées dans les populations clés	544
Tableau XVIII: Répartition par région des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la charge virale	55
Tableau XIX : Résultats de la charge virale en 2015	565
Tableau XX: Affections opportunistes enregistrées chez les PVVIH en 2015.....	577
Tableau XXI Cas d'AES enregistrés en 2015	588
Tableau XXII: Résultats des différentes activités réalisées par les médiateurs et psychologues	58
Tableau XXIII: Activités de formation.....	59
Tableau XXIV : Difficultés liées à la mise en œuvre des activités de PECM en 2015	631
Tableau XXV: Activités des 2 laboratoires de biologie moléculaires concernant le dépistage précoce	634
Tableau XXVI : Répartition des échantillons reçus et manipulés par laboratoire	644
Tableau XXVII : Synthèse des résultats lors Contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale ..	655
Tableau XXVIII : Valeurs diagnostiques trouvées pour les tests	666
Tableau XXIX : Tests homologués en 2016	687
Tableau XXX: Difficultés liées à la mise en œuvre des activités.....	69
Tableau XXXI : Répartition des sites de dispensation et de PECM par région	771
Tableau XXXII : Niveau d'exécution physique du PAO 2015.....	78
Tableau XXXIII: Performances obtenues pour les indicateurs du VIH du PNDS 2012-2015.....	800
Tableau XXXIV: Analyse de la capacité en suivi et évaluation	812
Tableau XXXV: Activités de renforcement de capacités en suivi et évaluation	823
Tableau XXXVI : Présentation du budget comparatif des dépenses de l'année 2015 et celui de 2014	844

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	:	Antirétroviraux (Médicaments)
ASC	:	Agents de Santé Communautaires
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
CDIP	:	Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire
CHAI	:	Clinton Health Access Initiative
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	:	Centre Médico-social
CNLS -IST	:	Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	:	Consultation Périnatale
CRTS	:	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CV	:	Charge virale
DQS	:	Data Quality Service
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ESOPE	:	Evaluation et Suivi Opérationnel des Programmes d'ESTHER
FM	:	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GERES	:	Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants
GIP	:	Groupe d'Intérêt Public, Ensemble pour une solidarité Thérapeutique
ESTHER	:	Hospitalière en Réseau
GSK	:	Glaxo Smith Kline
INACESS	:	Institut National d'Analyse et de Communication des Ensembles Sociaux
INAM	:	Institut National d'Assurance Maladie
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MEG	:	Médicaments Essentiels et Génériques
MESST	:	Monitoring and Evaluation Systems Strengthening Tool
NRTI	:	Nucléoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NNRTI	:	Non Nucléoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NVP	:	Névirapine
OCAL	:	Organisation du Corridor Abidjan Lagos
OEV	:	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OSDV	:	On Site Data Verification
PCR	:	Polymerase Chain Reaction (Réaction en Chaîne par Polymérase)
PEC	:	Prise en Charge

PF	:	Planification Familiale
PFCTCAL	:	Projet de Facilitation du Commerce et du Transport le long du Corridor Abidjan- Lagos
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PTME	:	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère a l'Enfant
PS	:	Professionnelles de sexe
PVVIH	:	Personne Vivant avec le VIH
RDQA	:	Routine Data Quality Assessment
SA	:	Services Adaptés
SCAPE	:	Stratégie de Croissance Accélérée et de la Promotion de l'Emploi
Sida	:	Syndrome d'immunodéficience Acquise
TAR	:	Thérapie Antirétrovirale
TME	:	Transmission Mère Enfant
UBRAF	:	Unified Budget Results Accountability Framework
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	:	United Nations General Assembly Special Session on HIV
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	:	Visite A Domicile
VHB	:	Virus de l'Hépatite B
VHC	:	Virus de l'Hépatite C
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'année 2015 est la dernière année de mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida (PSN, 2012-2015) dont les orientations stratégiques portaient sur le renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST, l'intensification de la prise en charge globale, le renforcement de la gouvernance et la gestion de la réponse. Cette année constitue l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), mais également la fin de la mise en œuvre du PNDS 2011 – 2015.

C'est donc le moment indiqué pour le Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-IST) d'examiner les progrès réalisés en matière de la riposte contre le VIH et le sida, les difficultés ou contraintes rencontrées, de tirer des leçons ou enseignements pour faire face aux nouveaux défis qui se présentent.

Des avancées notables ont été obtenues grâce à la synergie d'action de tous les acteurs, néanmoins les efforts doivent être maintenus voir redoublés pour l'atteinte de nouveaux objectifs mondiaux de lutte contre le Sida à l'horizon 2020.

Le contenu de ce rapport s'articule autour de trois grandes parties :

- La première partie porte sur le résumé analytique des différents résultats clés par intervention,
- La deuxième partie généralités, résume le profil épidémiologique du VIH, les interventions de lutte contre le Sida du secteur de la santé, la présentation du programme national de lutte contre le VIH/Sida et les IST,
- La troisième partie présente les résultats par domaine d'intervention en (04) quatre parties :
 - Résultats relatifs à la prestation des services,
 - Activités de renforcement de capacités : formations et supervisions
 - Activités de coordination
 - Difficultés liées à la mise en œuvre des activités.

De ce fait, le programme afin d'amorcer ces nouveaux défis mettra l'accent prioritairement sur le renforcement des capacités pour le suivi biologique des personnes infectées par le VIH sous traitement antirétroviral à travers la réalisation régulière de la charge virale et le renforcement de la prise en charge communautaire pour améliorer la rétention des personnes infectées et suivies au niveau des différents centres de prise en charge pour une meilleure observance.

PREMIÈRE PARTIE : *Résumé des résultats clés des interventions du PNLS-IST*

Résultats clés des interventions du PNLS-IST

Tableau I: résultats clés des interventions du PNLS-IST

Indicateurs	Résultats
Nombre de services adaptés	41
Nombre de cas d'IST - PS	1598
diagnostiqués et traités -HSH	98
auprès des populations clés -UD	48
-DETENUS	41
Nombre total de cas d'IST diagnostiqués	58 640
Nombre de femmes ayant bénéficié du dépistage de la syphilis à la 1 ^{ère} CPN	22 425
Nombre de femmes ayant un résultat positif à la syphilis.	308
Nombre et % de femmes séropositives pour la syphilis ayant reçu un traitement	265 (86 %)
Nombre de personnes conseillées dépistées	361 026
Taux de retrait des résultats	99 %
Taux de séropositivité	4 %
Proportion par type de VIH ₁	99,1 %
VIH ₂	0,4 %
VIH _{1&2}	0,5 %
Nombre de femmes enceintes dépistées au VIH	210 779
Taux de séropositivité chez les femmes enceintes en CPN	2 %
Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	66 %
Nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dépistées	272 289
Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dépistées	15 %
Taux de séropositivité chez les femmes en âge de procréer	3 %
Nombre et % de partenaires de femmes enceintes dépistés	16 571 (7,9 %)
Nombre de femmes VIH+ ayant accouché et ayant reçu des conseils sur la planification familiale	7 089
Nombre de femmes enceintes séropositives	4 773
Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant reçu les ARV	4 642
Proportion des femmes enceintes VIH+ ayant reçu les ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	90,5 % (4 642/5131)
Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	2 843
Nombre et % de nourrissons né de mères séropositives ayant bénéficié du diagnostic précoce	2 338 (82 %)
Nombre et % de nourrissons né de mères séropositives ayant bénéficié du diagnostic précoce à 2 mois	1 098 (39 %)
Nombre d'enfants mis sous Cotrimoxazole à partir de 6 semaines	2 570
Nombre de structures de PECM des PVVIH	140
Nombre et % de structures de PECM qui dispensent les ARV	126 (90 %)
Nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV en fin 2015 (sans les femmes en Option B+)	43 603

Indicateurs	Résultats
Couverture thérapeutique ARV des PVVIH (adultes et enfants)	40 % (43 603/110000)
Nombre d'enfants sous TAR	3058
Couverture thérapeutique ARV chez les enfants	34 % (3058/9000)
Taux de couverture des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la charge Virale	2,19 %
Pourcentage des PVVIH sous TAR ayant une charge virale indétectable (CV<50 copies)	61 %
Pourcentage des PVVIH sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale (CV< 1000 copies)	73 %
Proportion des PVVIH co-infectés TB/VIH sous traitement antituberculeux et antirétroviral (cohorte 2014)	91 %
Taux de disponibilité des médicaments ARV traceurs	99 %
Taux de survie des PVVIH après 12 mois de traitement antirétroviral	91,5 %
Taux d'attrition des PVVIH sous traitement antirétroviral (PDV et DCD)	8,5 %

DEUXIÈME PARTIE : *Généralités*

1. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

L'analyse de la situation épidémiologique du VIH/Sida au Togo a montré le caractère généralisé de l'épidémie avec une prévalence moyenne de 2,5 % dans la population générale âgée de 15 – 49 ans (EDST III). Elle a aussi confirmé la prédominance féminine avec 3,1 % chez les femmes contre 1,7 % chez les hommes avec les mêmes tendances chez les jeunes âgés de 15–19 ans.

Le profil épidémiologique spatial du VIH au Togo est marqué par des disparités au niveau des régions et au niveau des milieux de résidence. En effet, la prévalence du VIH est plus élevée dans les régions méridionales (Lomé 3.4 % ; région maritime : 3 %) que les régions septentrionales (Kara : 1.8 %, Savanes : 0.3 %). La prévalence du VIH en milieu urbain (3,5%) représente le double de celle en milieu rural (1,5 %).

Au niveau national, les groupes les plus exposés restent les hommes ayant les rapports sexuels avec d'autres hommes, les professionnels de sexe, les usagers de drogues et les détenus. La prévalence au niveau de ces deux premiers groupes selon les récentes études bio comportementale réalisées en 2015 est de 13,0 % chez les HSH et de 11,7 % chez les PS. Cette prévalence était en 2011 respectivement de 20 % et 13 %.

2. INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE VIH DU SECTEUR SANTE AU TOGO

Les interventions de lutte contre l'infection au VIH du secteur santé au Togo s'intègrent dans la stratégie nationale et sont de trois catégories:

A- Préventive : elle consiste à agir sur les déterminants de la transmission de l'infection à VIH.

Il s'agit de :

- Diagnostic et prise en charge des IST : le VIH est une IST, la présence d'une autre IST augmente le risque de transmission sexuelle de l'infection à VIH
- Conseil dépistage : la connaissance du statut de l'infection à VIH suite à un counseling adapté contribue au changement de comportement dans le but de réduire les risques liés aux pratiques identifiées au cours du counseling mais également pour les cas positifs, l'enrôlement dans le système de soins. Le dépistage de la femme en âge de procréer (enceinte+++) mais également son conjoint permet d'initier la PTME aux cas dépistés positifs.
- Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) offre
 - aux femmes séropositives : la prévention des grossesses non désirées ;
 - aux femmes enceintes ou mères séropositives et à leurs enfants: la thérapie antirétrovirale
- Prise en charge des accidents liés à l'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES).
- Sécurisation des produits sanguins.

B- Thérapeutique : il se résume en une offre des soins et traitements destinée aux patients infectés adulte, adolescent et enfant. Il comprend :

- Prise en charge des affections opportunistes, avec au premier rang la tuberculose qui est responsable de la majorité des décès liés au VIH
- Prise en charge par les ARV
- Suivi biologique : hémato-biochimique pour juger de la tolérance du traitement ainsi que les risques de toxicité, et la numération des lymphocytes CD4 et le dosage de la CV pour juger de l'efficacité du traitement
- Education thérapeutique des patients, basée sur une démarche visant l'apprentissage du patient (et de son entourage) en vue d'acquérir des compétences pour être plus autonome et donc capable de prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, la prévention de la transmission, la prévention des complications thérapeutiques, l'amélioration de l'observance thérapeutique, en partenariat avec les soignants.

C- Protectionniste englobant les activités de soutien. C'est un maillon faible du système de prise en charge globale des PVVIH et de leur famille. Cette activité communautaire est essentiellement déléguée à la société civile dont la coordination est assurée par la plateforme des Organisations de la Société Civile en lutte contre le VIH impliquées dans la riposte contre l'épidémie du VIH.

La prise en charge psychologique et sociale a un rôle déterminant dans la rétention des patients et constituera l'enjeu majeur pour l'atteinte des objectifs 90 % -90 % -90 % d'ici 2020, en l'occurrence le 3^{ème} 90 qui demande à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH aient une charge virale supprimée.

Les interventions de soutien comportent les activités psychologiques et sociales y compris celles à l'endroit des OEV :

- Le soutien psychologique, spirituel, nutritionnel, appui médical
- L'appui médical (club d'observance, références...),
- Le soutien juridique
- Le soutien économique (les AGR...)
- La création d'un environnement favorable au respect des droits humains et du genre.

3 - PRESENTATION DU PNLS-IST

Le Programme National de lutte contre le sida et les Infections sexuellement transmissibles (PNLS/IST) a été créé par arrêté N°067/98/MS, après avoir vu le jour au Togo le 12 novembre 1987 par arrêté n°26/87/MSPASCF sous l'appellation de « Comité National de Lutte contre le Sida ». Le PNLS/IST est situé dans l'enceinte de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Togo (CAMEG-Togo) dans le quartier Tokoin Habitat.

Le PNLS-IST, est placé sous la direction du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

Le Programme National de Lutte contre le SIDA et les infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-IST) est dirigé par un Coordonnateur National.

Le PNLS-IST comprend huit (8) unités fonctionnelles : selon les besoins du service.

1. Unité Administrative, Financière et Logistique (UAFL) :
2. Unité de Conseil et Dépistage et de prévention (UCD)
3. Unité des Infections Sexuellement Transmissibles et des interventions Ciblées pour les populations à haut risque (IST/IC)
4. Unité de Prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (UPTME) ;
5. Unité de Prise en Charge Médicale (UPECM) :
6. Centre National de Référence de diagnostic biologique du VIH (CNR/VIH)
7. Unité de gestion des intrants médicaux (UGIM)
8. Unité de Suivi Evaluation et recherche (USER)

L'effectif du personnel du PNLS-IST a régulièrement augmenté depuis les cinq dernières années afin de répondre aux exigences de qualité et de promptitude dans les interventions à mettre en œuvre. En 2015, le PNLS-IST dispose de 59 agents toutes catégories confondues. Parmi ce personnel, il existe des fonctionnaires émargeant sur le budget général de l'Etat (62 %), des contractuels (35 %) et de volontaires nationaux et stagiaires (6 %).

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS CLÉS PAR DOMAINE D'INTERVENTION

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES IST/IC

Le contrôle des IST se fait dans la population générale et en particulier au sein des groupes à haut risques (population clés et vulnérables). La prise en charge est universelle et se fait par l'approche syndromique comme le recommande l'OMS. Des services adaptés (SA publics ou OSC) sont mis en place à l'endroit des populations clés qui constituent «le groupe noyaux» de transmissions du VIH. Ces services adaptés offrent le paquet minimum d'activités dans le cadre du continuum de prévention et de soins à savoir :

- la mobilisation communautaire
- la prévention de proximité
- la promotion et la distribution de préservatifs
- le diagnostic et le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles
- le Conseil et Dépistage du VIH
- la Prise en Charge globale des personnes séropositives au VIH

I. DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DES IST DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) peuvent avoir de graves répercussions sur la santé. Les lésions locales induites par les différentes IST sont susceptibles de constituer des portes d'entrée ou de sortie pour le VIH. De plus, pour les personnes séropositives au VIH, les IST peuvent se manifester dans leur forme compliquée et perturber la prise en charge de l'infection.

1. Contrôle des IST dans la population générale

Pour l'ensemble du pays, il a été notifié et traité 58 640 cas d'IST auprès des patients souffrants d'IST et 37 605 partenaires sexuels ont été traités.

Au total 58 640 cas d'IST ont été traités dans les structures sanitaires au Togo. 85,8 % des cas d'IST ont été traités chez les patients de sexe féminin contre 14,2 % chez les hommes. Les patients âgés de plus de 25 ans représentent 85,8 % de tous les cas IST enregistrés.

Dans l'ensemble, les résultats réaffirment l'augmentation de la fréquence des IST chez les sujets sexuellement actifs (15-49 ans). Cependant, par rapport aux résultats de 2014, on note une progression de 3 % des cas d'IST chez les femmes de 20 à 24 ans contre une régression 5 % des cas d'IST chez celles de 30 ans et plus.

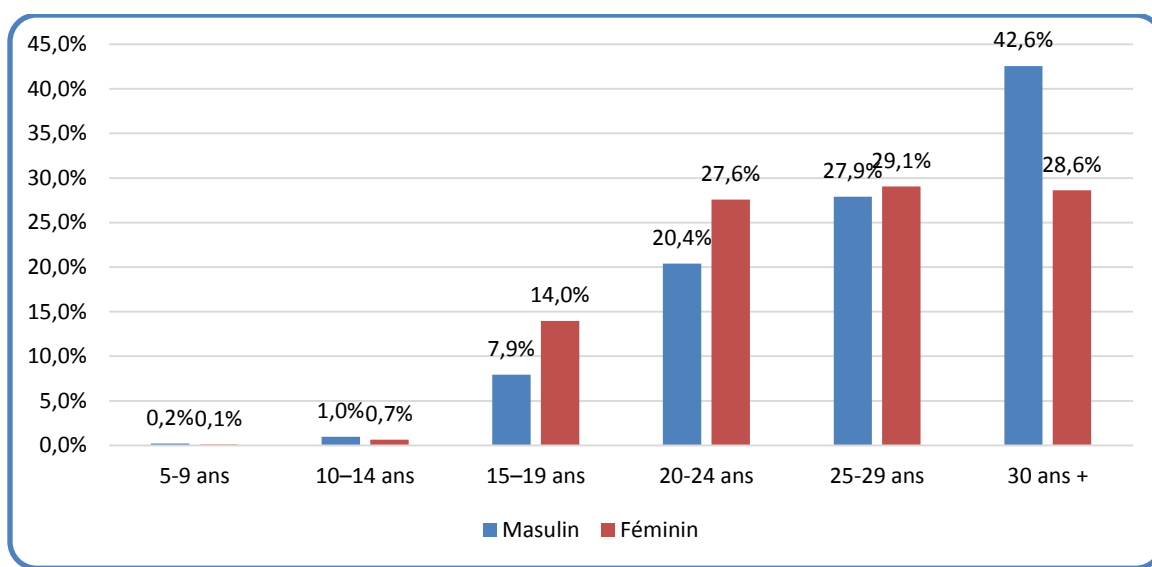


Figure 1 Répartition des cas d'IST par tranches d'âge et par sexe

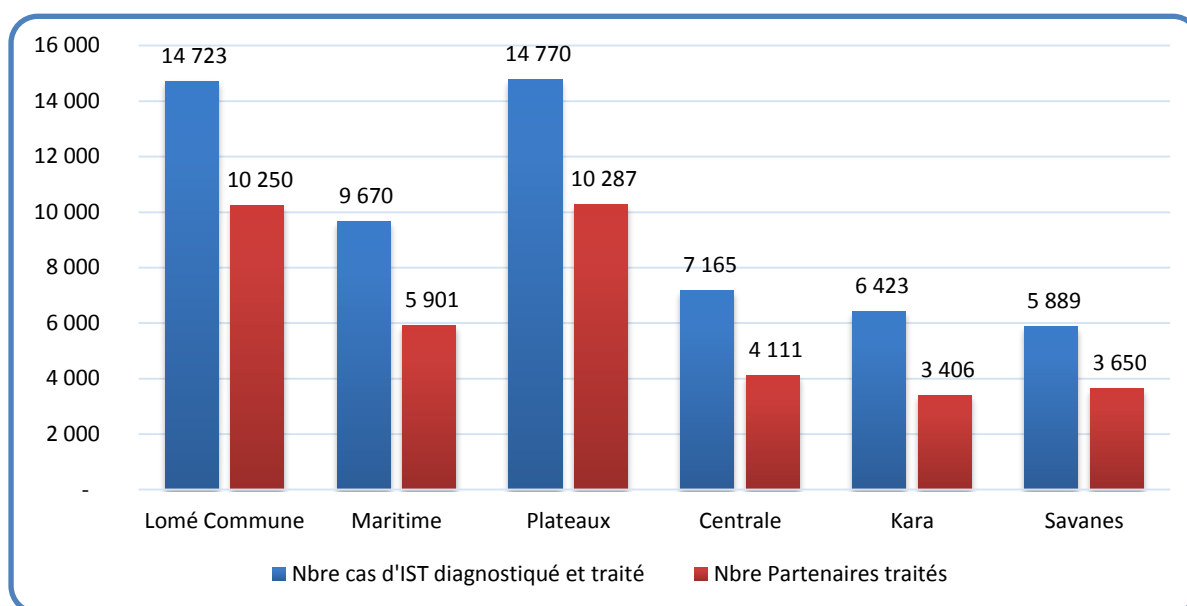
Tout comme les années précédentes, les syndromes les plus fréquentes sont les écoulements vaginaux 59,4 %, suivi des douleurs abdominales basses (21,9 %), de l'écoulement urétral (11,0 %).

Tableau II: fréquences comparées des cas d'IST entre 2013 et 2015

SYNDROME IST	2013	2014	2015
Bubon inguinal	0,19 %	0,10 %	0,2 %
Conjonctivite du nouveau-né	0,32 %	0,26 %	0,3 %
Douleur abdominale basse	22,97 %	19,12 %	21,9 %
Écoulement urétral	10,12 %	16,57 %	11,0 %
Écoulement vaginal	61,01 %	57,51 %	59,4 %
Tuméfaction du scrotum	0,49 %	0,48 %	0,6 %
Ulcération génitale	4,35 %	5,23 %	5,9 %
Végétations vénériennes (Condylome)	0,55 %	0,72 %	0,8 %
TOTAL	100,00 %	100,00 %	100,00 %

La région des plateaux (14 770 cas) suivies de celles de Lomé commune (14 723 cas) et de la région Maritime (9 670 cas) viennent en tête des notifications de cas d'IST et des partenaires sexuels traités.

Figure 2: Répartition des cas d'IST et des partenaires traités par région



Une analyse comparée des cas fréquents d'IST diagnostiqués et traités dans les différentes régions démontre que les écoulements vaginaux sont plus fréquents dans la région Maritime (69,7 %) alors que dans la région Lomé commune, les ulcérations génitales (11,1 %) prédominent. Les douleurs abdominales se retrouvent plus dans la région des plateaux (28,6 %) et les écoulements urétraux dans la région de la Kara (17,1 %).

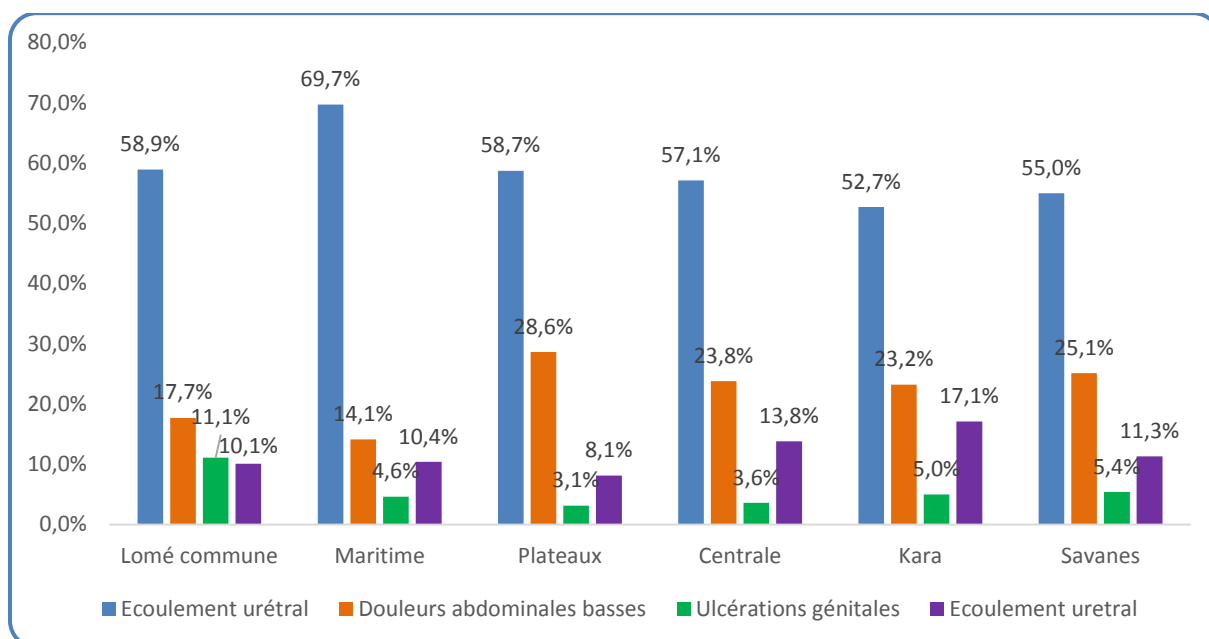


Figure 3: Fréquence comparée des 04 premières IST dans les régions sanitaires

2. Dépistage et traitement de la Syphilis au cours des CPN

La survenue d'une syphilis en cours de grossesse peut être responsable de complications tant pour la femme enceinte que pour le fœtus (avortement spontané, la mort fœtale in utero, ainsi que le syndrome de syphilis congénitale). C'est pourquoi, il est souvent recommandé aux femmes enceintes de faire un dépistage obligatoire lors du 1^{er} examen prénatal.

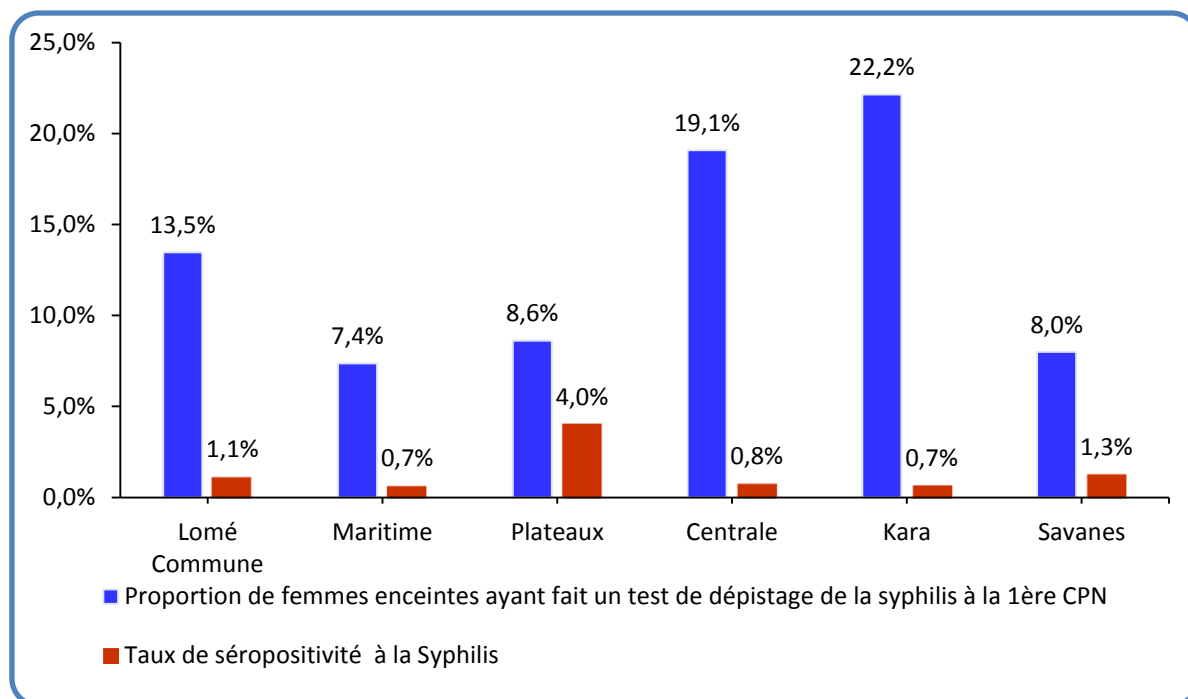
Au Togo, le dépistage de la Syphilis est systématiquement proposé dans les SMNI aux femmes enceintes reçues pour la 1^{ère} fois en consultation prénatale.

En 2015, 22 425 tests ont été réalisés contre 20 066 en 2014. Ce résultat, démontre l'intérêt des bénéficiaires à connaître le statut sérologique par rapport à la Syphilis afin d'anticiper précocement sur les décisions thérapeutiques. Une comparaison des résultats du dépistage de la Syphilis de 2014 à 2015 est synthétisée dans le tableau et le graphique ci-après. D'après ces résultats, en 2015, le taux de séropositivité à la syphilis chez les femmes enceintes (1,37 %) reste constant par rapport à celui de 2014 (1,39 %). Notons également une progression de la proportion des femmes enceintes dépistées séropositives à la Syphilis et mises sous traitement (79,6 % en 2014 à 86,0 % en 2015).

Tableau III: Résultat comparée du dépistage et traitement de la syphilis 2014-2015

INDICATEURS	2014	2015
Nombre de femmes enceintes attendues au Togo (plan e-TME 2014-2018)	311 625	320 475
Nombre et % de femmes ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la 1 ^{ère} CPN	20 066 (11,5 %)	22 425 (11,9 %)
Nombre et % de femmes ayant un résultat positif de syphilis	279 (1,39 %)	308 (1,37 %)
Nombre et % de femmes séropositives pour la syphilis ayant reçu un traitement	222 (79,6 %)	265 (86,0 %)

Figure 4 : Comparaison des femmes enceintes ayant eu accès au dépistage de la Syphilis par région



La région de la Kara a le taux le plus élevé de dépistage de la Syphilis par rapport aux autres régions. S'agissant du taux de séropositivité, la région des plateaux présente un taux de séropositivité fortement élevé (4,0 %) par rapport aux autres régions. En effet, il a été constaté dans cette région qu'une femme enceinte sur dix est séropositive à la Syphilis chez les moins de 15 ans.

II- DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES IST AUPRES DES POPULATIONS CLES DANS LES SA

La prise en charge des IST chez les populations clés se fait dans les services adaptés (SA) publics et associatifs notamment certaines Organisations de la Société Civile (OSC) qui ont accès à ces cibles. En 2015, sur les 41 services adaptés (SA) existants (liste des S.A en annexe), certains ont offert des services principalement aux PS ; d'autres aux HSH. Il y a également les prisons civiles qui ont offert des services aux Détenus. Il faut souligner aussi que certains SA offrent des services à plus d'un type population clé. C'est le cas de JMAH qui s'occupe à la fois des Utilisateurs de drogues PS et HSH.

Au-delà du diagnostic et du traitement des IST, les services offerts aux populations clés entrent dans le cadre d'un paquet minimum d'activités qui comprend :

- des séances de CCC comportant l'information sur l'offre de service en IST/CDV à travers la mobilisation communautaire et la prévention de proximité
- la promotion et la distribution des préservatifs et gels lubrifiants et
- la référence des cas d'IST diagnostiqué pour une prise en charge adéquate

La notification des services offerts aux populations clés prend en compte le nombre de personnes contacts et souffre du double reporting des bénéficiaires liée à l'absence d'un identifiant unique national. A cet effet, une initiative est en cours pour l'utilisation d'un identifiant unique pour le suivi des populations clés.

Le graphique ci-dessous illustre les cas d'IST diagnostiqués et traités en 2015 au sein des différentes populations clés.

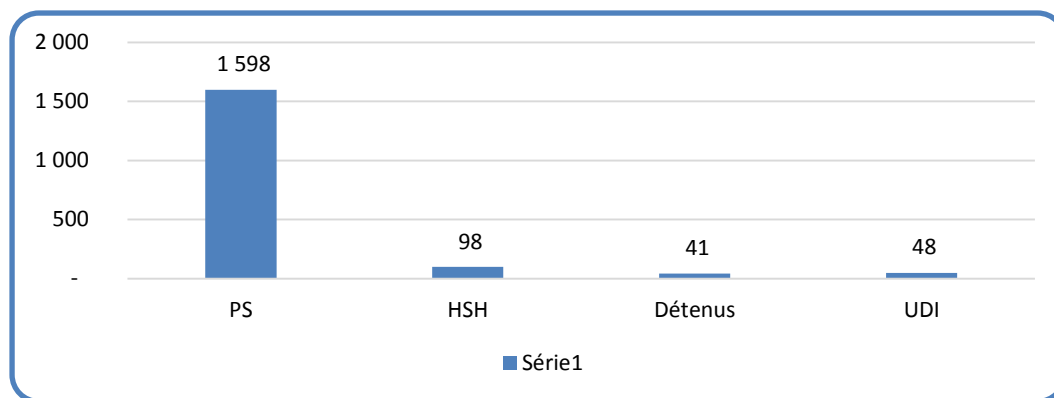


Figure 24 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé

D'après ce graphique, les PS constituent la population clé la plus affectée par les IST. Le tableau ci-après synthétisant les différents types d'IST montre une variation de la prédominance des IST diagnostiqués et traités selon le type de populations clés et lié à l'anatomie. Chez les PS, l'écoulement vaginal (**1 095 cas**), les douleurs abdominales (**259 cas**), les ulcérations génitales (**125 cas**) et les écoulements urétraux (106 cas) sont prédominantes. Par contre, chez les HSH, les écoulements urétraux (**57 cas**) et les ulcérations génitales (**27 cas**) prédominent. Il en est de même chez les Détenus de sexe masculin avec 28 cas pour les ulcérations génitales et 7 cas pour les écoulements urétraux. Par contre pour les UDI, deux types d'IST notamment l'écoulement urétral (**31 cas**) et la tuméfaction du scrotum (**8 cas**) sont prédominantes.

Tableau XVII: Synthèse des différents types d'IST rapportés dans les populations clés

Syndromes IST	PS	HSH	Détenus		UD	
			M	F	M	F
Bubon inguinal	3	8	0	0	3	0
Conjonctivite du nouveau-né	0	0				0
Douleur abdominale basse	259	1		0		3
Ecoulement urétral	106	57	7		31	
Ecoulement vaginal	1 095	0		3		2
Tuméfaction du scrotum	2	2	2		8	
Ulcération génitale	125	27	28	0	1	0
Végétations vénériennes (condylome)	8	3	1	0	0	0
Nombre de partenaires traités	355	38	7	6	16	12

III - ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITES

1 - Formation

Formation de 15 prestataires de soins en prise en charge des IST auprès des populations clés du 29 Juin au 03 Juillet 2015 à Tsévié sur financement Etat.

2 - Supervisions

Mission de supervision conjointe PECM et IST dans les SA et comités thérapeutiques des six (06) Régions.

IV - ACTIVITES DE COORDINATION

Ces activités consistent en plus du contrôle des IST de la population générale à coordonner les IC. Le groupe technique thématique (GTT) IST et IC a tenu 2 réunions dans le but de présenter les activités réalisées, organiser les interventions liées au continuum de soins à offrir aux populations clés et trouver les approches de solutions aux différents problèmes identifiés, notamment la référence des populations clés vers les SA qui est indispensable pour une bonne fréquentation.

Le PNLS-IST dans son rôle de coordination des interventions et l'intensification de la prévention du VIH et les IST au sein des populations clés a appuyé la réalisation des activités ou participé avec l'appui des partenaires aux activités suivantes :

- Atelier de revue de kit de plaidoyer pour la réduction de la discrimination et la stigmatisation à l'endroit des populations clés notamment les HSH 27 janvier 2015 au CNLS/IST, (PACTE VIH)

- Atelier d'échanges avec les PS, les associations identitaires, les structures ciblant les PS sur les priorités en matière de plaidoyer dans le cadre de la réponse au VIH, 29 janvier 2015 à EDA-OBA (PACTE VIH)
- Mission de démarrage des activités du projet PACTE VIH de PEC Des HSH à Kpalimé avec EVT le 2 février 2015 (PACTE VIH)
- Renforcement des capacités des parties prenantes en matière de plaidoyer en direction des PS au Togo du 3 au 5 mars 2015 à JES Hôtel Lomé
- Participation à la revue à mi-parcours des activités du projet PACTE-VIH du 14 au 15 mai 2015 à Hôtel IBIS Lomé
- Mission conjointe BM, ONUSIDA, USAID du 15 au 19 juin 2015 dans les sites de Lomé et Kpalimé en vue de relever les insuffisances pour améliorer l'offre de soins complet aux populations clés,
- Mission d'évaluation des besoins par le Projet DINDJI en vue de l'implantation des Services Adaptés au CS Kodjoviakopé, CFLS Kodjoviakopé, Hôpital Aného et au CFLS Sanvee kondji du 25 et 26/08/2015 (OCAL)
- Journée mondiale des droits de l'homme à l'hôtel ONOMO y compris projection du film sur le vécu des HSH au Togo le 11/12/2015 (Afrique Arc Ciel /AMSHER)
- Processus de qualité ou accréditation avec la mise en place d'un comité d'accréditation.

VI- DIFFICULTES LIEES A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités sont consignées dans le tableau ci-dessous.

Tableau IIV: Difficultés liées à la mise en œuvre des activités

N°	POINTS A AMELIORER	APPROCHES DE SOLUTIONS
1	Insuffisance des ressources pour le renforcement des capacités des prestataires en prise en charge des cas d'IST.	Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la PEC des IST Améliorer la coordination et la synergie des actions
3	Insuffisance de référence des populations clés vers les structures de prise en charge pour le continuum de soins	- Améliorer le système de mobilisation et de référence (identifier et former les paires éducateurs), définir une stratégie claire de référence et contre référence.
4	Faible appropriation des interventions de l'offre de service aux populations clés par le niveau décentralisé	Atelier de concertation et d'harmonisation (DR, DPS, PFR, PFD) pour une meilleure implication des acteurs de régions et district dans les interventions des IST-IC suivi d'information régulières

CONSEIL ET DÉPISTAGE DE L'INFECTION A VIH

Le dépistage de l'infection à VIH constitue la porte d'entrée dans la cascade de soins et de prise en charge. Au total 361 026 personnes ont été dépistées en 2015 dont 94 % en stratégie fixe et 6 % en stratégie mobile.

La répartition par région et par sexe du nombre de personnes dépistées se présente comme suit :

Tableau V : répartition par région et par sexe du nombre de personnes dépistées

Régions	Testés		Séropositifs		Séronégatifs	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Lomé	16 099	40 018	712	2 139	15 387	37 879
Commune						
Maritime	18 804	79 089	1 244	3 892	17 560	75 197
Plateaux	16 183	61 683	600	1 774	15 583	59 909
Centrale	8 460	32 539	302	1 239	8 158	31 300
Kara	12 750	38 008	290	915	12 460	37 093
Savanes	6 651	30 742	165	391	6 486	30 351
Ensemble	78 947	282 079	3 313	10 350	75 634	271 729

Le dépistage en stratégie fixe a été réalisé dans les différents sites CDV, PTME, SA et CDT sur toute l'étendue du territoire. Sur l'ensemble des 361 026 personnes dépistées, 99,95 % connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH. La tranche d'âge de 15 à 34 ans représente 80 % de l'ensemble des personnes dépistées.

Les résultats de la répartition des personnes dépistées par âge soulignent une forte représentativité de la tranche d'âge de 25 à 34 ans soit 40 % de l'ensemble des personnes dépistées.

Les personnes dépistées séropositives représentent 4 %. La majorité des cas positifs sont de type VIH1 avec 99 % contre 0,4 % (n=54) et 0,6 % (n=64) respectivement pour le VIH2 et VIH1&2. Les résultats de la figure ci-dessous soulignent des taux élevés chez les personnes appartenant aux tranches d'âge de 0-14 ans et 35 ans au-delà.

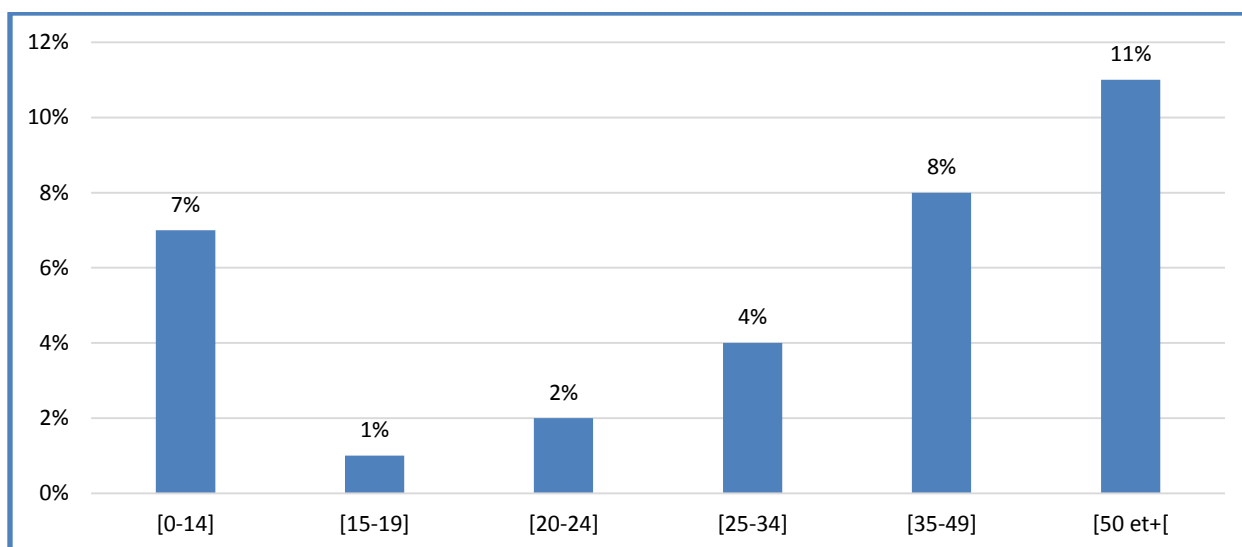


Figure 5: Répartition du taux de séropositivité par tranches d'âge

Cette séropositivité décroît du Sud vers le Nord avec un pic au niveau de la région comme l'illustre la figure ci-après :

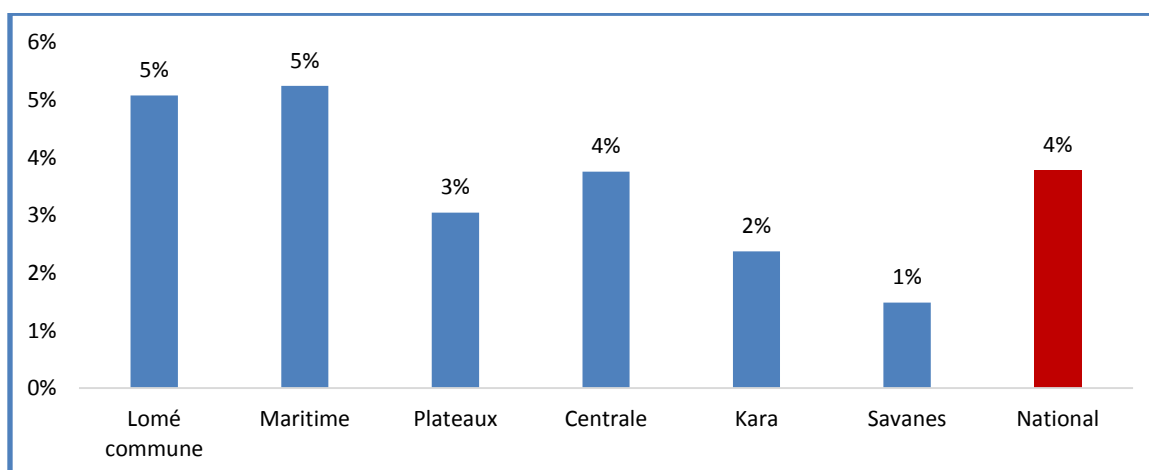


Figure 6 : Répartition par région du taux de séropositivité des personnes testées au VIH

La séropositivité est plus concentrée dans les régions Lomé commune et Maritime avec un taux (5 %) supérieur à la moyenne nationale.

I - CAMPAGNE NATIONALE DE DÉPISTAGE DE L'INFECTION A VIH

La célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida (1^{er} décembre) est traditionnellement choisie comme événement servant d'ancrage à l'organisation d'une grande campagne nationale de sensibilisation et de dépistage volontaire gratuit et anonyme sur toute l'étendue du territoire au Togo.

Au cours de la campagne nationale de dépistage du VIH/Sida 2015, sur une cible de 40.000 personnes à dépister du 30 novembre au 4 décembre, 38.731 personnes l'ont effectivement été, soit un taux de 96,8 %. 430 personnes ont été testées séropositives soit un taux de séropositivité de 1,1% dans la population ciblée.

Lomé commune a le plus fort taux de séropositivité, suivie de la région maritime et la majorité des séropositifs est de sexe féminin, entre 20 et 49 ans.

La répartition par région et par tranche d'âge de l'ensemble des personnes dépistées est la suivante :

Tableau VI: Récapitulatif du dépistage de la campagne par région et par tranches d'âge

Régions	[0-14]	[15-19]	[20-24]	[25-34]	[35-49]	[50 et+]
Centrale	55	1 471	1 142	662	286	78
Kara	55	2 588	3 097	1 655	697	177
Lomé Commune	437	1 848	2 954	2 802	1 651	516
Maritime	193	2 459	1 437	1 134	682	204
Plateaux	376	3 370	1 515	872	456	209
Savanes	75	1 288	941	811	442	96
Ensemble	1 191	13 024	11 086	7 936	4 214	1 280

II - CONSEIL DÉPISTAGE DANS LES CDT

La proportion des patients tuberculeux enregistrés dans les sites CDT et ayant bénéficié du test de dépistage au VIH est de 98 % (n=2611).

Suivant la figure ci-dessous, l'analyse des différents résultats obtenus dans le cadre du dépistage des patients tuberculeux depuis 2008 jusqu'à ce jour montre une progression en terme de proportion de patients tuberculeux dépistés au VIH.

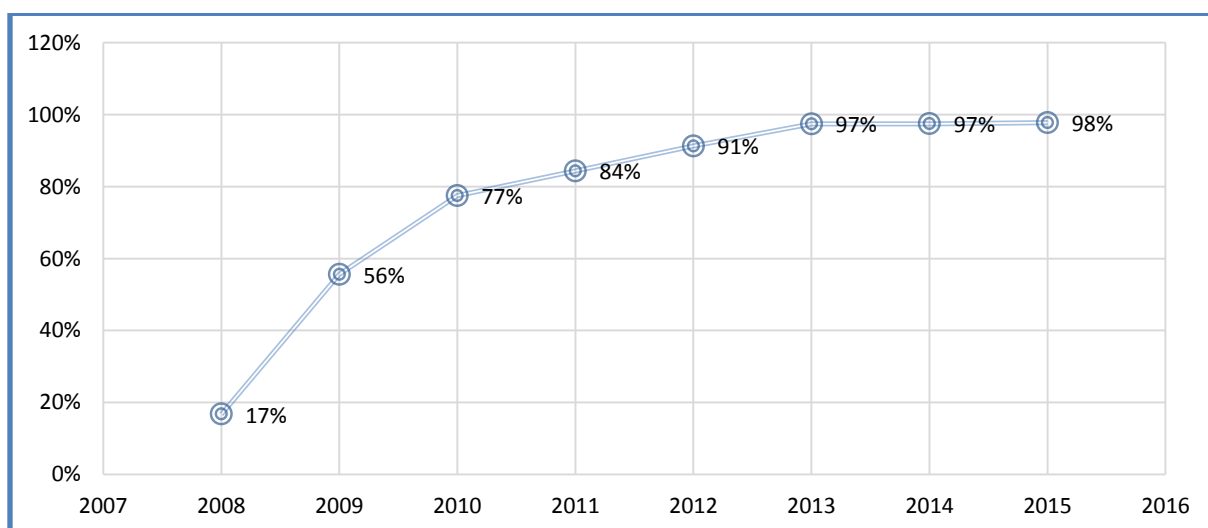


Figure 7 : Evolution du pourcentage des malades TB ayant bénéficié du dépistage VIH

Par rapport à la co-infection TB/VIH, il a été enregistré en 2015, 561 patients porteurs du VIH soit 21 % de l'ensemble des patients TB toutes formes confondues ayant bénéficié du dépistage du VIH. L'analyse des résultats de la figure ci-dessous souligne une forte prévalence dans la région centrale suivie de celle de Lomé commune et Maritime.

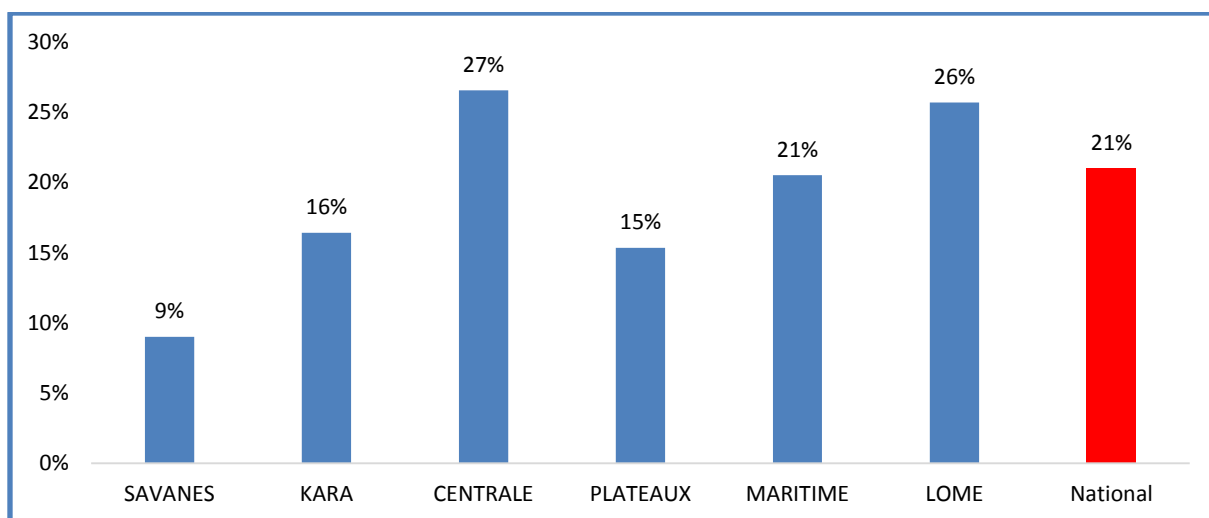


Figure 8 : Répartition par région du taux de séropositivité VIH chez les patients TB

III - CONSEIL DÉPISTAGE AUX POPULATIONS CLÉS

Depuis 2012 suivant les priorités du PSN 2012- 2015, le dépistage a progressivement été intégré dans les services adaptés. En 2015, 22 434 personnes ont été dépistées dans les structures offrant les services de dépistage aux populations clés, en stratégie fixe, en stratégie mobile et au cours des différentes campagnes festives ainsi que celle réalisée lors de la Journée mondiale du SIDA (JMS).

Le conseil et dépistage du VIH a été ainsi offert à 22434 personnes issues des populations clés :

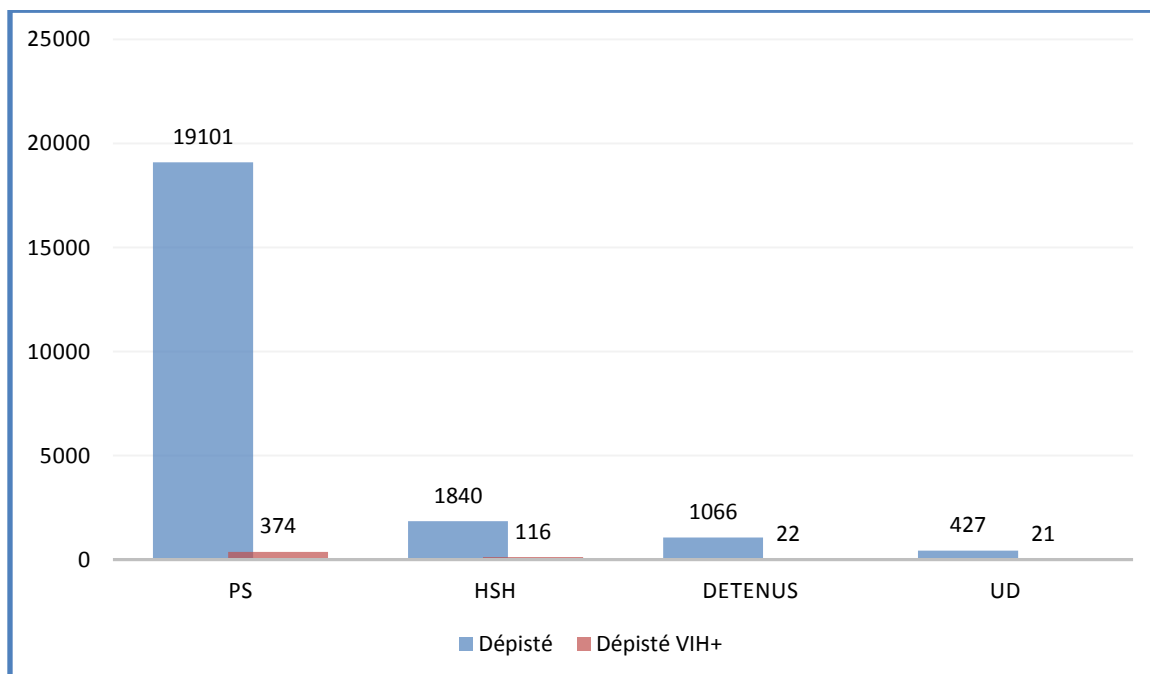


FIGURE 9 : Dépistage du VIH chez les populations clés

Il faut souligner que le système de collecte de données auprès de ces populations clés en routine ne dispose pas d'un identifiant unique permettant d'éviter le double comptage des personnes bénéficiant de l'offre de service de dépistage. Etant donné qu'il s'agit des cibles circonscrites dans des zones bien définies, les chiffres rapportés par les différents services adaptés portent plus sur les personnes contact c'est-à-dire une personne est comptée autant de fois qu'elle bénéficie d'un service de dépistage.

Cependant, au cours de la campagne JMS 2015 qui est une activité ponctuelle le conseil et dépistage du VIH a été offert à 2 847 populations clés.

Parmi les 2 847 dépistés, 69 ont été séropositifs. Cette séropositivité varie d'une population à l'autre comme l'indique la figure ci-dessous.

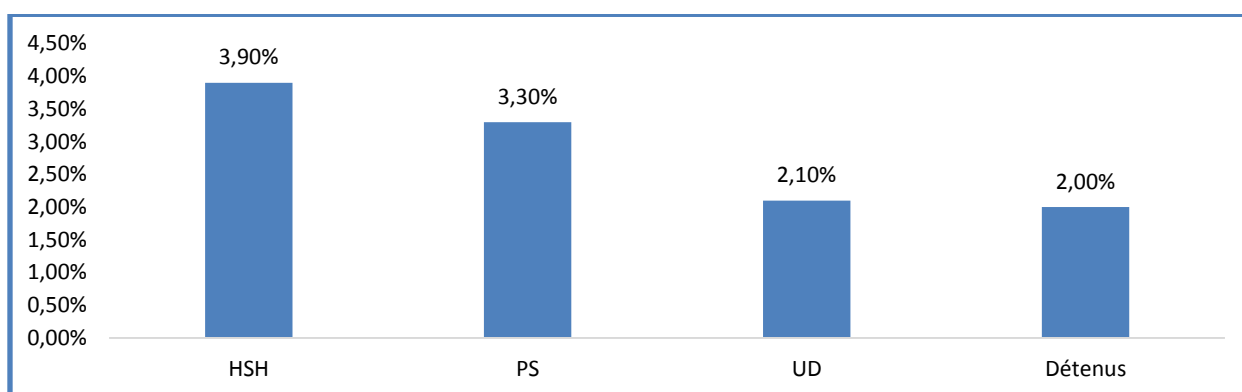


Figure 10 : Comparaison des taux de séropositivité obtenus au sein des populations clés

IV - CONSEIL DEPISTAGE DANS LES SMNI

Les activités de conseil dépistage dans les SMNI font partie intégrante des interventions de la PTME. En 2015, de manière globale 240 392 personnes ont été dépistées sur les sites de SMNI. Sur l'ensemble des 240 392, 94 % sont de sexe féminin (n=224 890).

V- CONSEIL DEPISTAGE A L'INITIATIVE DU PRESTATAIRE EN PEDIATRIE(CDIP)

Depuis 2012, un projet pilote de conseil-dépistage du VIH en pédiatrie a été mis sur pied grâce à l'appui de l'UNICEF dans le cadre de la stratégie nationale de dépistage à l'initiative du prestataire. L'objectif général étant d'élargir les portes d'entrée pour le recrutement des enfants (0 à 14 ans) afin de renforcer leur accès et celui des mères infectées par le VIH au traitement par les ARV.

Les principaux résultats dans le cadre du CDIP sont résumés dans le tableau ci-dessous:

Tableau VII : Indicateurs de CDIP pédiatrique

INDICATEURS	VALEUR
Nombre total d'enfants ayant fréquenté le centre	77623
Nombre total d'enfants dépistés	2250
Proportion d'enfants dépistés	3 %
Nombre total de tests positifs	126
Taux de séropositivité	5,6 %

Les résultats du tableau ci-dessous soulignent un écart très important entre les enfants ayant fréquenté le centre et ceux ayant bénéficié du dépistage du VIH à l'initiative du prestataire. Au-delà du fait que parmi les enfants ayant fréquenté le centre tous ne sont pas concernés par le CDIP, l'écart peut s'expliquer en outre par le fait que durant le premier semestre de l'année 2015, les sites étaient en rupture des réactifs. Aussi, avec la mobilité des prestataires, on note une insuffisance des compétences sur le terrain par rapport au dépistage à l'initiative des prestataires.

VI - ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITES

1 - Formation

L'UCD a appuyé techniquement la société civile pour la formation de pairs-éducateurs : 19 pour EVT/PACTE VIH ; 08 pour SHELL-TOGO et 60 animateurs des Centres de Développement des Enfants (CDE) de COMPASSION-TOGO.

Le PNLS-IST a appuyé également le renforcement de capacités de 330 acteurs communautaires et de santé impliqués dans la lutte contre les IST/VIH et grossesses non désirées en vue de la promotion, l'acceptabilité et l'utilisation du préservatif féminin au Togo avec l'appui de Female Health International Condom et UNFPA.

2 - Supervision

Quatre supervisions conjointes sur quatre prévues à l'endroit des CDV ont été réalisées, soit un taux de réalisation de 100 %.

IEC/Communication.

Dans le cadre de la lutte multisectorielle, un certain nombre d'Organisation de la Société Civile (OSC), au cours de l'année 2015, a sollicité l'appui du PNLS-IST pour mener à bien leurs activités de mobilisation communautaire.

L'appui demandé est essentiellement d'ordre financier, technique et matériel, notamment condoms, affiches, dépliants, boîtes à images, CD/DVD, T-shirts, casquettes, pins et réactifs de dépistage du VIH.

Cependant, le PNLS-IST limité dans ses possibilités à répondre aux besoins de ces OSC, a surtout fournis des préservatifs : 2 159 560 Masculin et 1 014 001 Féminin, 900 affiches, 2200 dépliants et appui technique à 34 OSC.

S'agissant du renforcement des activités de communication du PNLS-IST, les réalisations clés sont :

- L'émission télé KAKA et COCO pour les jeunes en vacances;
- La co-organisation et la couverture des campagnes Condomize et élaboration des rapports ;

Participation au Projet M Health et au projet de promotion de l'utilisation du préservatif féminin

V II - ACTIVITES DE COORDINATION

Six (06) réunions du Groupe Thématique Conseil/Dépistage ont eu lieu. Ces réunions ont permis de discuter des défis du conseil/dépistage du VIH et de l'organisation de la campagne nationale de dépistage du VIH à l'occasion des manifestations de la journée mondiale du Sida de 1er décembre.

VIII - DIFFICULTÉS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS

POINTS A AMELIORER	FEUILLE DE ROUTE
Insuffisance de l'offre de services de conseil/dépistage dans les sites CDV dus à l'insuffisance d'intrants	-Plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à l'achat des intrants -Cibler et catégoriser les CDV selon les cibles prioritaires
Insuffisance de visibilité dans l'offre du conseil dépistage du VIH en termes de contrôle de la qualité	Améliorer la coordination et le système de contrôle externe de la qualité
Insuffisance de renforcement de capacités du personnel en conseil et dépistage des prestataires de sites, y compris ceux ciblant les populations clés et vulnérables	Organiser des supervisions formatives et des formations, surtout sur l'ensemble des services adaptés

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE L'INFECTION A VIH DE LA MÈRE A L'ENFANT

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) du VIH est l'une des interventions prioritaires de la lutte contre le VIH au TOGO. La mise en œuvre des différentes activités prend en compte les quatre composantes de la PTME.

Des efforts sont faits chaque année en matière de création de nouveaux sites de PTME comme l'indique la figure ci-dessous. Cette augmentation permettra à terme d'assurer la couverture universelle dans le cadre de l'offre de service à la population.

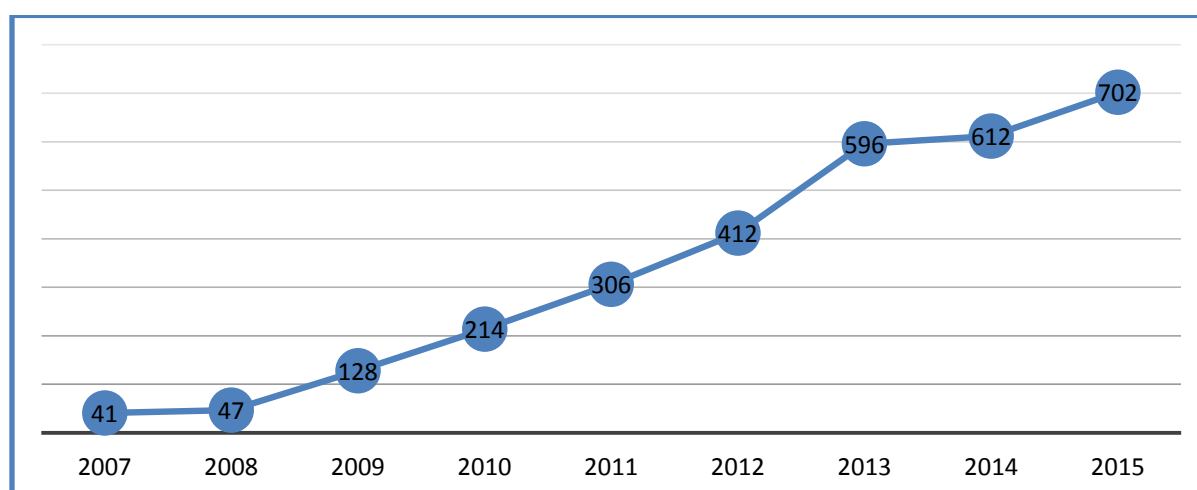


Figure 51: Evolution des sites PTME de 2007 à 2015

La PTME a démarré en 2002 avec 2 sites pilotes.

En 2015, le nombre de centres de SMNI offrant les services de la PTME est passé à 702 soit une couverture géographique nationale de 81 % (702 /864). Cependant on note une disparité entre le secteur public et privé avec des couvertures respectivement de 91,39 % (616/674) et 45,26 % (86/190). En tenant compte des sites SMNI (n=864) de l'enquête SONU de 2012, la couverture géographique comme l'indique le graphique ci-dessous dans certaines régions est au-delà de 100 %. Au même moment, on note une couverture de 22 % dans la région Lomé commune où il y a plus de structures privées qui n'offrent pas encore de service PTME.

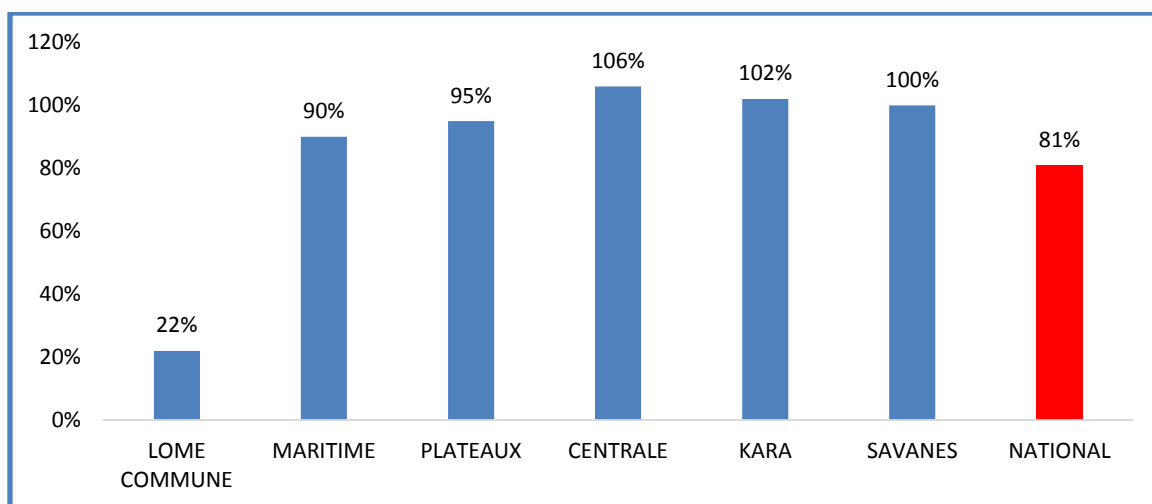


Figure 62: Répartition par région de la couverture géographique des sites SMNI en PTME

I - PREVENTION PRIMAIRE DE L'INFECTION A VIH

En 2015, le dépistage du VIH a été offert à 272 289 femmes en âge de procréer soit une proportion de 15 %. Cependant le nombre de femmes enceintes dépistées sur les sites de PTME est de 210779 soit 65,7 % (D=320475) de l'ensemble des femmes enceintes attendues dans le pays comparé à 59 % en 2014. On note donc une amélioration dans le dépistage des femmes enceintes. Cette performance est due à l'augmentation de la couverture géographique en sites PTME, l'amélioration de la qualité des counseling et surtout la disponibilité des intrants.

En 2015, 936 femmes séropositives sous TAR au niveau des centres de PECM sont tombées enceintes portant le pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique au VIH à 66 % (211715/320475).

Pour ce qui est des partenaires des femmes enceintes, au total, 16 571 ont été dépistés. Parmi eux 1007 étaient partenaires des femmes enceintes séropositives.

Le pourcentage de séropositivité chez les partenaires des femmes enceintes séronégatives est de 3,27 % (510/15564) contre 4.79 % en 2014. Le dépistage des partenaires doit être renforcé de même que le suivi de la mise sous TAR du partenaire positif dans le couple sérodiscordant afin de minimiser le risque de transmission du VIH à la femme et par ricochet à son enfant pendant la grossesse et l'allaitement. Ceci renforce la décision de continuer à rechercher le VIH chez les femmes enceintes dépistées négatives au cours du dernier trimestre, en salle d'accouchement, au cours de l'allaitement pour le bien du nouveau-né.

II- PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DESIRÉES CHEZ LES FEMMES SÉROPOSITIVES

Dans les onze (11) ONG de PECM suivies dans le cadre du pilier 2 de la PTME, les méthodes de Planification Familiale ont été offertes à 942 femmes séropositives afin de leur éviter des grossesses non désirées. Il est à noter que, 926 d'entre elles ont été protégées et 36 abandons ont été enregistrés.

Toujours au niveau de ces ONG, 20987 préservatifs ont été distribués à 2304 bénéficiaires.

Par ailleurs, 30 prescripteurs d'ARV et sages-femmes de 08 formations sanitaires de la région Lomé Commune et Maritime ont vu leurs compétences renforcées en conseil sur la PF en 2015.

Dans les 8 formations sanitaires, sur 593 femmes séropositives ayant bénéficié de conseils sur la PF, seulement 61 femmes ont bénéficié des différentes méthodes contraceptives.

Concernant les autres sites de PTME, sur 4239 accouchées séropositives conseillées en PF, seules 586 ont adopté une méthode contraceptive et 2264 ont bénéficié des préservatifs.

En somme sur le plan national, 8,18 % des femmes séropositives ont bénéficié des méthodes contraceptives pour prévenir les grossesses non désirées.

En vue d'améliorer les indicateurs de ce pilier, il y a nécessité de renforcer la sensibilisation sur la PF à l'endroit des femmes séropositives aussi bien dans les formations sanitaires que dans les ONG de PECM et surtout d'améliorer la notification au niveau de toutes les unités de planification familiale dans les formations sanitaires.

III- INTERVENTIONS SPECIFIQUES VISANT À REDUIRE LA TME

1 - Utilisation des ARV

En 2015, tous les sites PTME sont passés à l'option B+ qui n'est que le traitement ARV à vie pour les femmes enceintes, quel que soit leur taux de CD4.

Sur 4 773 femmes enceintes séropositives, 4 642 ont bénéficié des ARV. 936 (20 %) des femmes ont commencé leur TAR avant de tomber enceinte et 3 706 au cours de la grossesse (88 %) (Option B+). La couverture en cible des femmes enceintes séropositives ayant reçues les ARV est passée à 90,5 % (4 642/5131) contre 87,4 % en 2014.

2 - Accouchement des femmes séropositives

On note une persistance de la cascade de la PTME qui est illustrée par la figure ci-dessous. on note néanmoins une réduction du taux de déperdition au niveau de l'utilisation des ARV maternel, qui est passée de 7,6 % en 2014 à 2,8 % en 2015 alors que la déperdition s'est plutôt accentuée par rapport à la prophylaxie des ARV chez le nouveau-né qui est passée de 2,1% en 2014 à 3,8% en 2015.

La maîtrise de cette déperdition doit passer par l'éducation thérapeutique des femmes, le renforcement des actions communautaires et l'amélioration de la traçabilité des actions.

La figure ci-dessous montre la cascade de PTME.

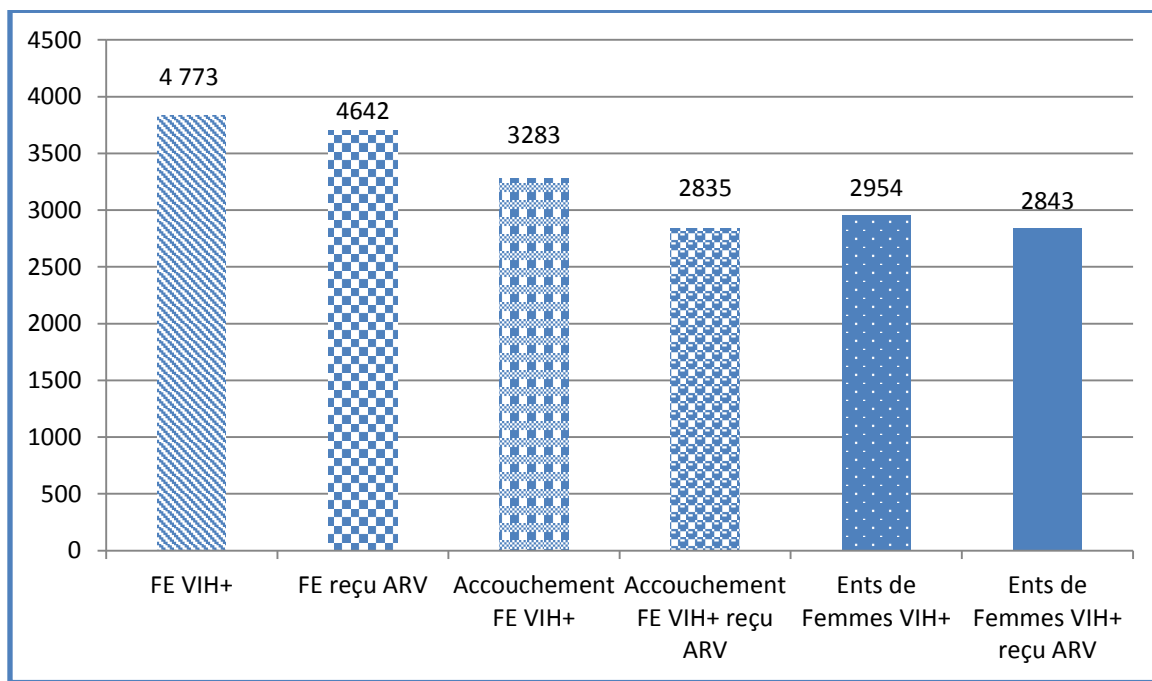


Figure 73: Cascade PTME en 2015

3 - Dépistage des enfants exposés

Le dépistage précoce (par la technique PCR) pour accélérer la mise sous traitement des nouveau-nés infectés est recommandé à 6 semaines. Les prélèvements sur papier buvard (DBS) est possible dans toutes les régions. Mais la majorité des DBS sont confectionnées au-delà des 6 semaines recommandées. Sur 2338 enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié de la PCR, 98 % (n=2313) de ces enfants sont issus de la PTME et 1 % de la pédiatrie (n=12).

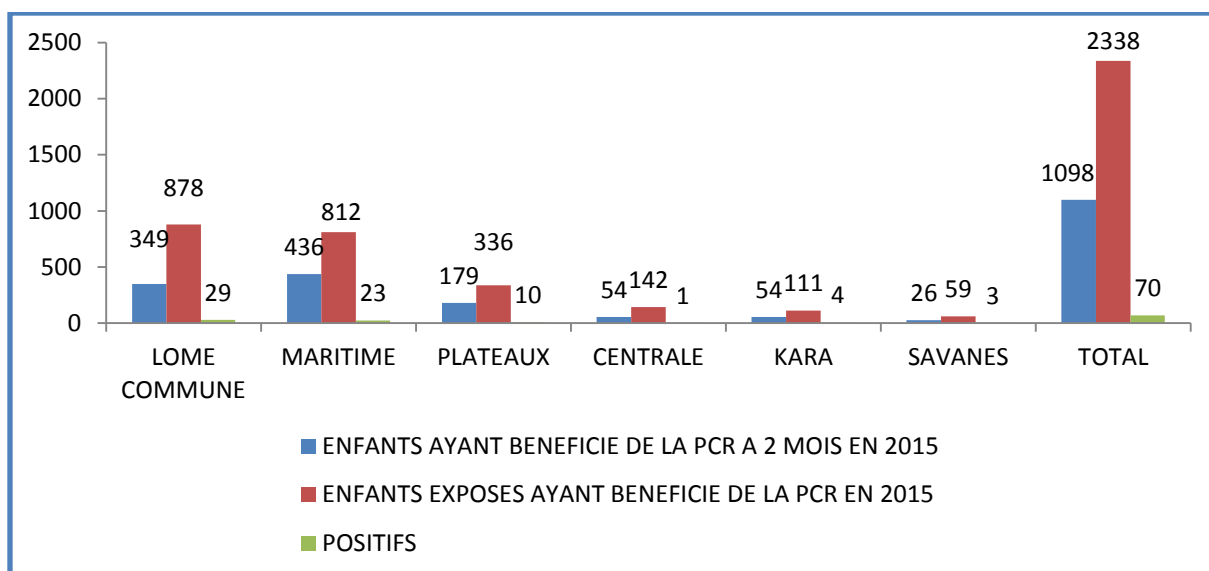


Figure 84: Répartition par région des enfants ayant bénéficié de la PCR à 2 mois d'âge compare avec l'ensemble des enfants exposés ayant bénéficié de la PCR et les cas positifs.

La positivité chez tous les enfants nés durant les 12 derniers mois et ayant bénéficié de la PCR est de 3 % contre 4,8 % en 2014. Par contre la positivité chez les enfants ayant bénéficié de la PCR à 6 semaines est de 2 % comme l'indique les résultats de la figure ci-dessous :

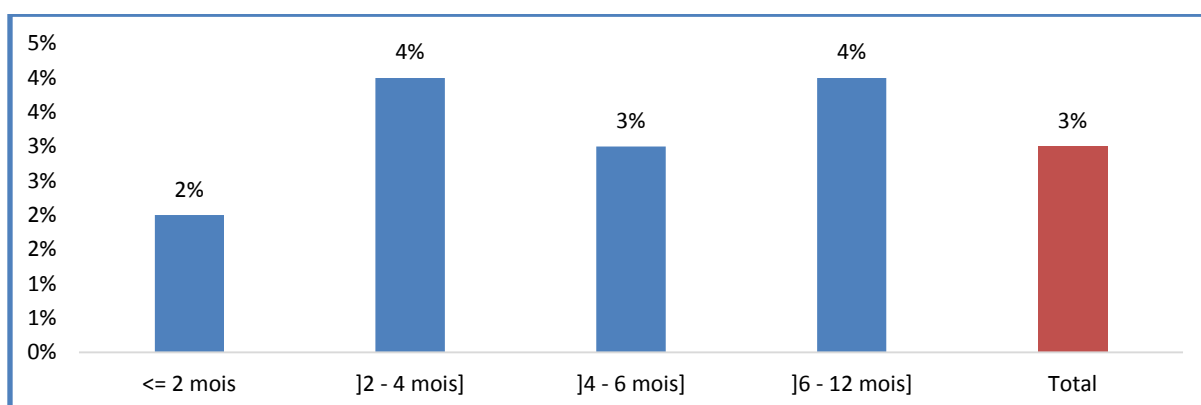


Figure 95: Répartition par tranche d'âge du taux de positivité chez les enfants exposés ayant bénéficié de la PCR

Concernant la mise sous traitement antirétroviral, 60 % (n=42) seulement des enfants positifs à la PCR ont été mis sous traitement ARV.

Tableau VIII VIII: Répartition par région des enfants exposés et ayant bénéficié de test de dépistage à 18 mois

Régions	Enfants attendus pour le dépistage à 18 mois	Enfants dépistés à 18 mois	Proportion d'enfants dépistés à 18 mois	Cas positifs	Taux de séropositivité (%)
LOME COMMUNE	713	181	25 %	02	1,1
MARITIME	1026	311	30 %	15	4,8
PLATEAUX	432	111	26 %	04	3,6
CENTRALE	318	49	15 %	03	6,1
KARA	262	89	34 %	01	1,1
SAVANES	72	31	43 %	01	3,2
TOTAL PAYS	2823	772	27 %	26	3,4

Ce faible taux de positivité doit être pris avec des réserves, car n'est que le résultat de moins de 50% des enfants attendus. Il y a nécessité de renforcer la communication au mère et mettre en œuvre des stratégie de recherche active et de rattrapage de ces enfants sur les sites et dans les communautés.

IV- SOINS, SOUTIEN ET TRAITEMENT AUX FEMMES SEROPOSITIVES ET A LEURS FAMILLES

Il s'agit du suivi sous ARV, de la prise en charge médicale et de l'accompagnement psychosocial, à travers les réunions de groupe de parole, les activités des médiateurs sur les sites.

1 - Soins

Tableau IX: Répartition des enfants exposés mis sous cotrimoxazole et dépistés positifs au VIH par région

Régions	Nombre d'enfants Exposés	Enfants exposés mis sous cotrimoxazole	Enfants exposés dépistés positifs (PCR+ 18 mois)	Enfants mis sous traitement ARV
LOME COMMUNE	714	618	34	09
MARITIME	1058	927	41	18
PLATEAUX	490	479	17	10
CENTRALE	298	256	04	03
KARA	315	213	08	02
SAVANES	79	77	05	00
TOTAL PAYS	2954	2570	109	42

2 - Soutien

- Dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'appui aux familles des corps habillés, l'ONG AMACACH a appuyé les centres suivants : HBE, CMS AMOUTIVE, CMS CACAVELI, CMS AGOE, EVT, AED KARA, CMS BAGA. C'est ainsi que sur ces sites 181 femmes séropositives ont vu leurs bilans de grossesses pris en charge et les frais d'accouchement subventionnés totalement pour 184 femmes enceintes séropositives.

3 - Traitement

Etant donné que tous les sites sont passés à l'option B+ en 2015, le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de TAR est donc de 4642 dont 936 femmes sous TAR avant la grossesse. Seul 42 nouveau-nés sur les 70 dépistés précocement ont été mis sous ARV. Afin de réduire la TME, des recommandations ont été données aux comités thérapeutiques et aux prestataires d'inclure sous ARV prioritairement les partenaires (+) des femmes enceintes séropositives sans tenir compte de leur taux de CD4.

V- ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITES

Les activités de renforcement ont consisté aux formations et aux supervisions.

VI- FORMATION

Tableau IX : Différents types de formations réalisées en 2015 en PTME

N°	FORMATION	NOMBRE DE PERSONNES FORMEES	PARTENAIRES
1	Formation des prestataires de soins en PTME clinique, dépistage et confection des DBS	225 prestataires	FM
2	Formation des prestataires de soins des sites de PTME en PECM des PVVIH	168 Prestataires	UNICEF
3	Formation des prescripteurs d'ARV et sage-femmes en conseil sur la planification familiale aux PVVIH	30 prestataires	UNFPA
4	Remise à niveau des prestataires de soins en PTME	18 prestataires	AMACACH/ US AMBASSY

VII- SUPERVISIONS

1 - Supervisions du niveau central vers les régions (FM)

Il s'est agi d'une supervision des superviseurs au niveau région et district.

Il a été constaté, une insuffisance d'appropriation voir méconnaissance des activités de coordination de même que la non maîtrise de certaines directives par les points focaux eux même.

Les problèmes relevés sont entre autres : i) l'absence d'outils de coordination (Bases des sites, des prestataires formés et non, d'approvisionnement en intrant, outils de gestion, de suivi des performances en matière de rapportage....), ii) l'absence de système d'archivage des rapports surtout au niveau des points focaux PTME et iii) une insuffisance de communication entre les points focaux régionaux et district d'une part et d'autre part entre les points focaux PTME des districts et ceux des sites.

2- Supervision formative du niveau central vers les régions dans le cadre de la mise en œuvre de l'option B+(UNICEF)

Il a été constaté que tous les sites étaient encore à l'option B fin 2014 et qu'il y avait un besoin de directive pour le démarrage effectif. Tous les points focaux régionaux et

district ont été briefés sur l'option B+, l'organisation pratique à mettre en place selon les sites et le remplissage du registre de suivi des femmes enceintes séropositives et celui des accouchées séropositives qui permettent de suivre la prise d'ARV et d'autres médicaments.

3- Supervision trimestrielle des prestataires de soins des ONG de PECM dans le cadre de l'offre de la planification familiale aux PVVIH.

Les ONG ont été appuyées par l'UNFPA pour offrir les services de PF aux femmes séropositives.

Il a été constaté une insuffisance d'appropriation de l'activité par certains prestataires empêchant la proposition systématique du service, de plus la grande mobilité des prestataires formés impacte négativement la disponibilité du service à plein temps. Ces supervisions ont permis de renforcer les compétences des prestataires en vue d'améliorer la qualité des services offerts et l'adhésion des femmes séropositives au service de Planification Familiale.

4- Supervision trimestrielle des prestataires de soins de 8 formations sanitaires dans le cadre de l'offre de la planification familiale.

Afin de renforcer le lien entre les services de prise en charge des PVVIH et les services offrant le conseil PF au sein de la même structure de supervision en direction de 8 formations sanitaires dans le but d'améliorer l'offre systématique de conseil PF et la notification du statut sérologique VIH dans le registre de PF.

VIII- ACTIVITÉS DE COORDINATION

Les différentes activités de coordination réalisées au cours de l'année 2015 :

1- Revue régionale des interventions de PTME mises en œuvre en 2014

Déroulée dans les six régions sanitaires du pays avec tous les acteurs clés de la lutte contre le VIH, elles ont relevés comme problèmes :i) L'insuffisance de communication à tous les niveaux, ii) le faible dépistage du VIH dans la population générale, iii) Les ruptures fréquentes d'intrants, iv) l'insuffisance dans le suivi du couple mère-enfant, v) l'insuffisance d'intégration des activités de PF et de VIH, vi) l'insuffisance dans la coordination des activités à tous les niveaux et vii) l'insuffisance de supervision des prestataires et des superviseurs.

La mise en œuvre des actions prévues dans les différentes feuilles de route des districts permettra à coup sûr d'améliorer la mise en œuvre et la coordination des interventions.

2- Réunions du groupe thématique PTME/PECP

Deux réunions du groupe thématique PTME/PECP ont été organisées : une pour la pré-validation des documents de normes et directives en PTME/PECP et le plan de passage à l'échelle de l'option B+ et l'autre pour la validation des TDR et des outils de la revue 2014.

3- Mission semestrielle de suivi- évaluation de la PTME en partenariat avec l'OPALS.

Elle a concerné 15 sites suivis régulièrement sur la base d'un certain nombre d'indicateurs avec un niveau de performance à atteindre. Ces indicateurs sont: i) % de dépistage en CPN1 >98 %, ii) % de conjoints testés=50 %, iii) dépistage fratrie =70%, iv) % femmes enceintes ayant renouvelé leurs test =80%, v) nbre couple sérodiscordant, vi)% femme ayant fait CD4 >98 %, vii) Mère VIH+ en CPoN à J45 >90 %, viii) Enfant mères VIH+ vus en CS à 6 semaine d'âge >98 %, ix) PCR<2mois >98 %, x) sérologie 12 mois >98 % et xi)sérologie à 18 mois > 98 %.

Sur la base de ces 11 indicateurs de PTME, seule la polyclinique de Tsévié a pu atteindre la performance pour 50 % des indicateurs, suivi du CHP Tabligbo 45 %.

Le CHU So, centre de référence du pays n'a pu atteindre la performance que pour 18% des indicateurs.

Pour les sites de la région septentrionale, seulement le CHP Cinkassé et Mango ont pu atteindre la performance pour 27 % des indicateurs.

IX- DIFFICULTES LIEES A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES

Tableau X : Difficultés liées à la mise en œuvre des activités de la PTME

POINTS A AMELIORER	APPROCHES DE SOLUTIONS
Insuffisance dans l'appropriation des interventions de PTME par certains premiers responsables des sites, districts et régions	Améliorer leur implication dans les prises de décision relative à la PTME
Difficulté d'approvisionnement en intrants PTME pour les sites	Décentraliser la distribution des intrants jusqu'au niveau district
-Insuffisance dans la gestion des intrants sur les sites PTME	-Mettre à profit les dispensateurs dans la gestion des intrants PTME -Désigner un chargé de gestion des intrants sur les sites
Faible accès des femmes enceintes séropositives aux bons de bilan pré-thérapeutique et de suivi biologique	Renforcer la communication avec les prestataires de soins, PF VIH, comité thérapeutique et dispensateurs
Insuffisance dans le remplissage des outils de gestion	-Actualiser les outils en rapport avec le B+ -Faire un exercice de remplissage des outils lors des supervisions -Améliorer la méthodologie de dispensation de ce module lors des formations
Rendu tardif des résultats de PCR au site	-Renforcer les capacités en ressources humaines des deux (02) BIOLIM

POINTS A AMELIORER	APPROCHES DE SOLUTIONS
	-Alléger la charge de BIOLIM Lomé en acheminant les DBS de la région septentrionale à Kara
Insuffisance de coordination des interventions PTME en général et plus particulièrement sur les gros sites comme CHU, CHR, HD,	Instituer des réunions trimestrielles de coordination avec les acteurs intervenant en PTME sur ces sites (PF PTME du site)

I. DONNÉES DES ZONES COUVERTES PAR LE CNTS

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) est un établissement public à caractère médicotechnique doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle administrative du Ministère de la Santé (Décret N° 2007-047/PR du 5 avril 2007). Le CNTS à l'issue des activités de promotion du don de sang, collecte le sang au poste fixe et en collecte mobile auprès de donneurs bénévoles, il qualifie et prépare les produits sanguins (concentrés de globules rouges adultes et pédiatriques, plasma frais congelé et concentrés standards de plaquettes) à distribuer dans sa zone de desserte.

Tableau XI: Données des zones couvertes par le CNTS

Marqueurs Viraux	Positif (%)	Douteux (%)	Total (%)
VIH	(N=233) 0,74	(N=191) 0,61	(N=424) 1,34
VHB	(N=782) 2,48	(N=496) 1,58	(N=1278) 4,05
VHC	(N=331) 1,05	(N=355) 1,12	(N=686) 2,17
Total	(N=1346) 4,26	(N=1042) 3,30	(N=2388) 7,56

La prévalence des marqueurs viraux connaît cette année, une diminution à 1,34 % par rapport à 2014 ce qui pourrait traduire un début de fidélisation des donneurs dans les PCD ouverts à partir du deuxième trimestre 2014.

II. DONNEES DES ZONES COUVERTES PAR LE CRTS

Le CRTS de Sokodé est le deuxième centre de transfusion sanguine du Togo après le CNTS de Lomé. Il est situé au centre-ville de Sokodé, chef-lieu de la Préfecture de Tchaoudjo et de la Région Centrale. Il dessert les régions Centrale, Kara et Savanes.

Les différents résultats obtenus en 2015 par rapport à la prévalence des marqueurs viraux sur les dons de sang collectés en 2015 se présentent comme suit :

Tableau XII: Données des zones couvertes par le CRTS

Marqueurs Viraux	Positif (%)	Douteux (%)	Total (%)
VIH	(N=08) 0,07 %	(N=224) 1,93 %	(N=332) 2,00 %
VHB	(N=510) 4,41 %	(N=39) 0,33 %	(N=549) 4,74 %
VHC	(N=62) 0,53 %	(N=223) 1,92 %	(N=285) 2,46 %
Total	(N=580) 5,01 %	(N=486) 4,20 %	(N=1066) 9,21 %

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU VIH

La prise en charge des personnes infectées par le VIH constitue un des axes prioritaire du plan stratégique de lutte contre le VIH (2012-2015). Cette prise en charge s'articule autour de deux grandes composantes: médicale et psychosociale. Les différentes cibles bénéficiaires de cette prise en charge sont les enfants, les adolescents et les adultes infectés ou affectés par le VIH.

Dans le cadre de la prise en charge médicale ; l'offre de soins est assurée par les structures accréditées sur toute l'étendue du territoire national. La moitié d'entre elles relève du secteur public (49 %).

Le défi en terme de couverture est l'intégration du processus d'extension de ces structures accréditées à une prise en charge globale prenant en compte les autres interventions du programme y compris ceux de la lutte contre la tuberculose, la dispensation des ARV, la PTME afin d'offrir aux patients un accès plus aisé à l'ensemble des services.

I- ACTIVITES THERAPEUTIQUES

1- Enregistrement et suivi des patients

Le suivi des patients vivant avec le VIH se fait dans les 140 centres accrédités par le PNLS-IST. Au total 62 447 PVVIH sont suivies dans ces centres soit un taux de couverture de 57 % de l'ensemble des PVVIH attendues au 31 décembre 2015,

Les caractéristiques de ces patients sont résumées dans les séries de tableaux et graphiques suivants :

Tableau XIII: Répartition par sexe et Age des PVVIH enregistrées au niveau des centres de PECM.

PVVIH enregistrées	Masculin	Féminin	Total
Enfants	1 966	2 059	4 025
Adultes	17 329	41 093	58 422
Total	19 295	43 152	62 447

Suivant les résultats du graphique ci-dessous, on note une répartition inégale des PVVIH enregistrées et suivies par région. Tout comme la prévalence, le nombre de PVVIH enregistrées diminue au fur et à mesure qu'on évolue vers la partie septentrionale du pays.

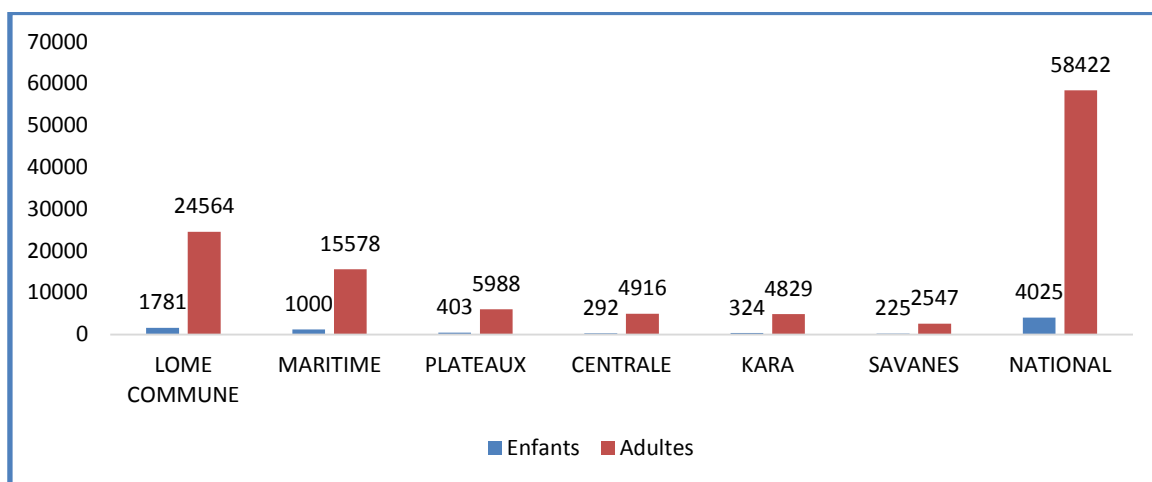


Figure 106 : Répartition des PVVIH enregistrées et suivies par région

2 - Nouvelles inclusions au traitement ARV

En 2015, 7710 nouveaux patients (92 % d'adultes et 8 % enfants) ont été mis sous traitement ARV par les prescripteurs au niveau des 140 sites de PECM et 4 642 au niveau des sites PTME. Ce résultat dépasse la prévision annuelle de 7500 inclusions.

Les critères d'inclusion au TAR des patients sont ceux adoptés par le Togo depuis 2014 conformément aux nouvelles recommandations de 2013 de l'OMS :

- les patients au stade I ou II avec un taux de CD4 < 500 cel/ mm³,
- Les patients classés stade III ou IV de l'OMS, les femmes enceintes, les patients co-infecté TB/VIH, VIH/VHB, les enfants de moins de 5 ans, les populations clés (HSH, PS, Détenus, UD) et le partenaire dépisté positif dans un couple discordant sont mis systématiquement sous TAR quel que soit le taux de CD4.
- La mise en œuvre de l'option B+ a permis de mettre toutes les femmes enceintes séropositives sous une trithérapie à vie avec un protocole simplifié TDF/3TC/EFV et une sécurisation de l'allaitement au sein.

Suivant la répartition par région des nouvelles inclusions, Lomé commune et Maritime ont enregistré environ 68 % comme l'indique les résultats de la figure suivante.

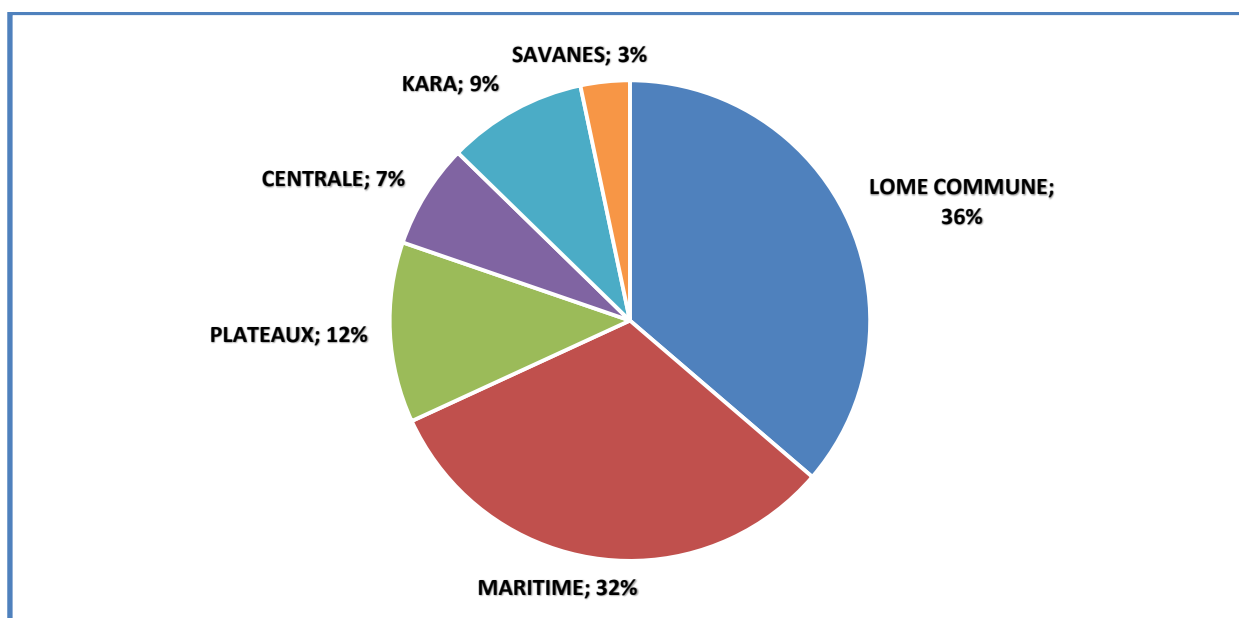


Figure 117: Répartition des nouvelles inclusions sous TARV par région

L'analyse de la répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous TAR se présente comme suit :

Ligne thérapeutique	PVVIH sous TAR	%
1 ^{ère} ligne adulte	35 857	88,47 %
2 ^{ème} ligne adulte	4 672	11,53 %
3 ^{ème} ligne adulte	16	
1 ^{ère} ligne de pédiatrie	2 525	82,57 %
2 ^{ème} ligne de pédiatrie	533	17,43 %*
3 ^{ème} ligne de pédiatrie	-	0,00 %
Total	43 603	

¹La plupart des patients de première ligne sont sous la combinaison d'AZT/3TC/NVP, Pour les patients de deuxième ligne, la combinaison TDF+3TC+LVP/r est plus représentée.

• Protocole d'initiation aux ARV

Sur l'ensemble des différents protocoles enregistrés à l'initiation, chez les enfants le choix préférentiel est ABC+3TC+LOP/r et chez les adultes, il s'agit de TDF+3TC+EFV conformément aux nouvelles recommandations OMS 2013.

* Il existe un biais à ce niveau, les nouveau-nés issus de la PTME sont en 1^{ère} ligne sous Lopinavir que l'outil comptabilise en 2^{ème} ligne.

Tableau XIV : Protocoles d'initiation aux ARV

Protocoles	Enfants	Adultes	Total
TDF+3TC+EFV	0,8 %	69,6 %	70,3 %
AZT+3TC+NVP	1,5 %	18,4 %	20,0 %
ABC+3TC+EFV	1,6 %	1,2 %	2,8 %
ABC+3TC+LOP/r	1,8 %	0,1 %	2,0 %
ABC+3TC+NVP	0,7 %	0,5 %	1,2 %
TDF+3TC+ATV/r	0,1 %	0,9 %	1,0 %
TDF+3TC+NVP	0,0 %	0,8 %	0,8 %
AZT+3TC+EFV	0,0 %	0,7 %	0,7 %
AZT+3TC+LOP/r	0,5 %	0,0 %	0,6 %
TDF+3TC+LOP/r	0,0 %	0,2 %	0,2 %
ABC+3TC+ATV/r	0,1 %	0,0 %	0,1 %
Autres	0,3 %	0,0 %	0,3 %

3 - Traitement et suivi sous TAR

Sur les 62 447 PVVIH enregistrées et suivies, 43 603 sont sous TAR. Parmi ces derniers, les enfants représentent 7 % de la file active et 70 % sont de sexe féminin.

Tableau XV: Répartition des PVVIH sous TAR par sexe et par Age

PVVIH sous TAR	Masculin	Féminin	Total
Enfants	1295	1763	3058
Adultes	11987	28558	40545
Total	13282	30321	43603

Concernant leur répartition par région, Lomé Commune et Maritime couvrent les $\frac{3}{4}$ de la file active sous TAR soit 76 %.

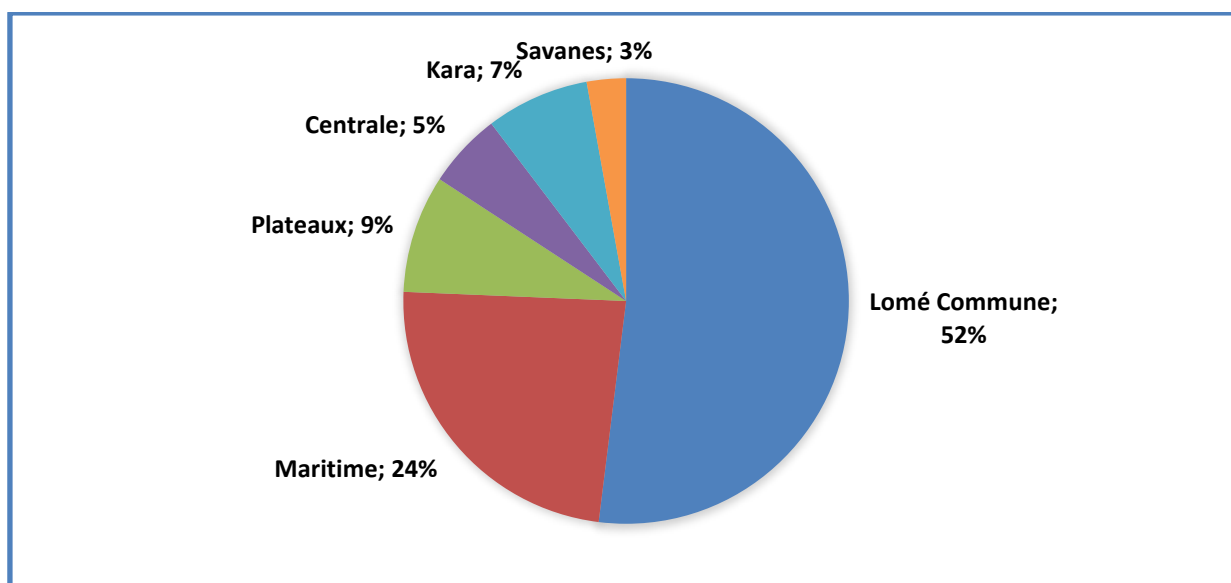


Figure 18 : Répartition des PVVIH sous TAR par région

L'analyse de la répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous TAR montre que 90,64 % des patients sont sous protocole de première ligne et la plupart sont sous la combinaison d'AZT/3TC/NVP, quant aux 9,33 % des patients qui sont sous la deuxième ligne, la combinaison TDF+3TC+LVP/r est plus représentée.

Il faut aussi noter que 16 PVVIH ont été enregistrées sous troisième ligne.

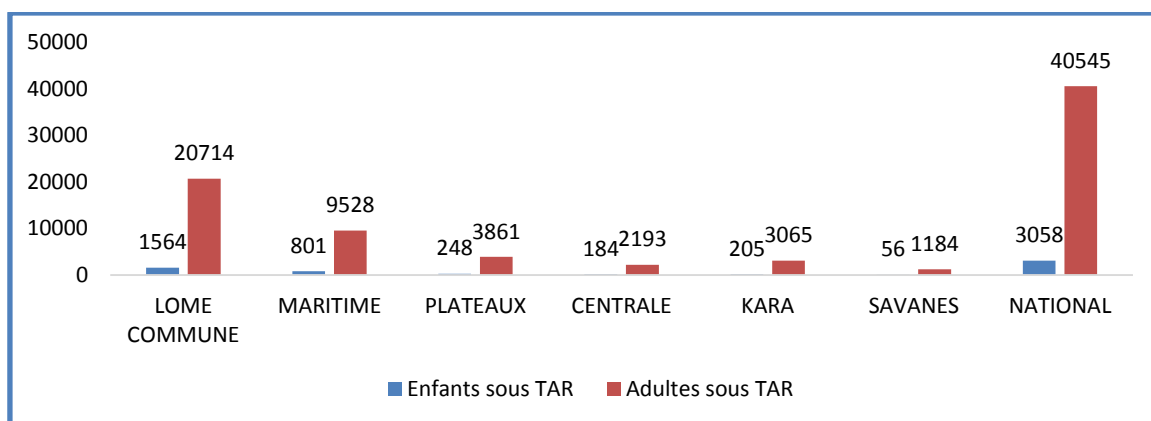


Figure 19 : Répartition des PVVIH adultes et enfants sous ARV par région et par sexe

Parmi les 43 603 PVVIH sous TAR, on note la mise sous TAR des cibles suivantes comme l'indique la figure suivante :

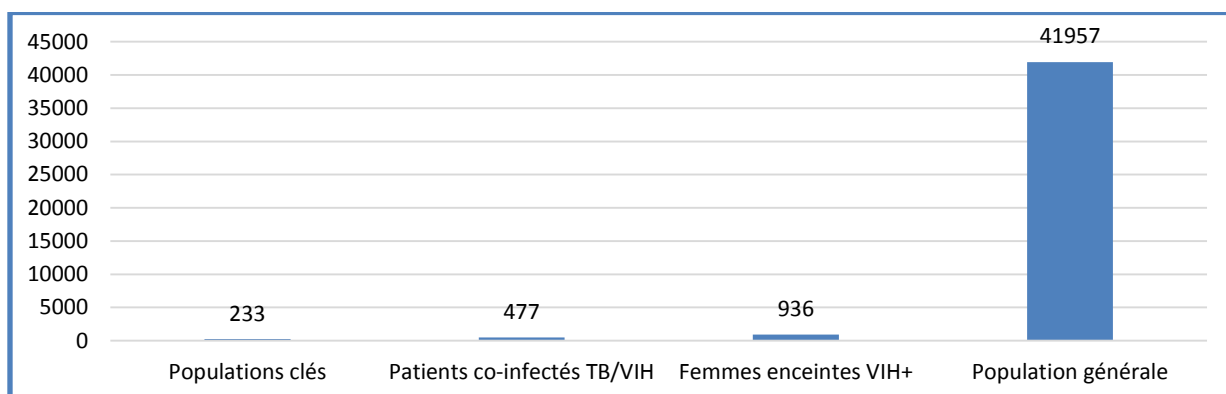


Figure 20 : Répartition des PVVIH sous TAR par populations cibles

4 - Prise en charge pédiatrique

En 2015, sur les 4 025 enfants vivant avec le VIH enregistrés dans les centres de prise en charge médicale, 3 058 sont sous TAR soit 34% (3058/9000) de l'ensemble des enfants VIH+ attendus.

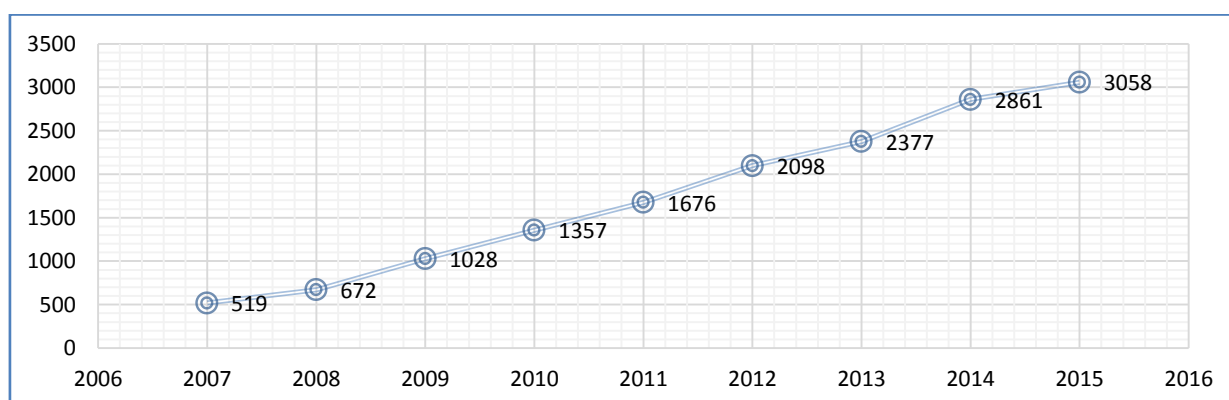


Figure 21: Evolution du nombre d'enfants sous ARV par année

L'analyse des résultats du graphique ci-dessus montre une croissance en valeur absolue du nombre d'enfants sous ARV. Mais en comparant, la proportion d'enfants sous ARV (34 %) avec la couverture ARV (40 %), on se rend compte que la prise en charge pédiatrique reste le maillon faible de la prise en charge globale des patients vivants avec le VIH malgré plusieurs initiatives mises sur pieds telles que :

- l'extension des services PTME et du dépistage précoce du VIH à 6 semaines,
- le renforcement des capacités des prestataires,
- l'acquisition de formes combinées fixes des ARV pédiatriques,
- le système de tutorat clinique à travers le parrainage pédiatrique,
- le Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire dans les services de Pédiatrie (CDIPP) avec l'appui de l'UNICEF et la fondation GSK.
- La recherche des perdus de vue par les médiateurs, dans le but d'améliorer la rétention des patients sous traitement.

Il s'avère urgent de mettre en place des stratégies de prise en charge des adolescents, qui représente une tranche d'âge très vulnérable dont la prise en charge n'est pas encore différenciée.

5- Prise en charge de la Co-infection TB/VIH

Le nombre de cas de coïnfection TB/VIH a augmenté en raison de l'amélioration de la notification. Des activités de collaboration ont été développées sur la base des stratégies existantes de contrôle de la TB et du VIH. Cependant bien que la marche soit amorcée en vue d'une collaboration au niveau opérationnel pour une gestion intégrée et optimale des activités de lutte contre la TB et le VIH, des défis restent encore à relever en matière de réduction de la charge de la tuberculose chez les PVVIH.

A cet effet certaines actions sont mises en place dans le cadre de la lutte contre cette Co-morbidité.

En terme de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH, il existe un cadre de collaboration mis en place entre les deux programmes par arrêté ministériel depuis 2007 (N°0061/2007/MS/DGS/DSSP) avec mise en place d'un comité national et ses démembrements régionaux. Une convention de collaboration a été également signée entre les deux programmes au cours de la même année. Malgré les efforts consentis, la collaboration au niveau opérationnel reste insuffisante pour une gestion intégrée et optimale des activités de lutte contre la coïnfection TB/VIH.

Au niveau périphérique, la coordination des activités de lutte contre la TBVIH est assurée par les DPS et DRS avec l'appui des points focaux VIH et TB.

En termes de Surveillance de la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux, le PNLS-IST dote les centres de prise en charge des tuberculeux en réactifs et consommables et forme les prestataires pour le conseil dépistage du VIH.

La Prise en charge des cas de coïnfection TB/VIH se fait aussi bien par les Centres de Prise en Charge Médicale (CPECM) des PVVIH que par les Centres de Diagnostic et Traitement de la Tuberculose (CDT). Les patients sont référés des CDT vers les Centres de PECM des PVVIH pour la mise sous ARV et vice-versa. Il faut noter que tous les hôpitaux de district sont couverts. Afin de mettre plus précocement les patients TB dépistés positif au VIH, il serait préférable de former les CDT à la prise en charge médicale par les ARV et mettre à leur disposition des ARV pour couvrir la 1^{ère} phase de traitement TB avant de les référer. Au cours de l'année 2015, 96% des patients co-infectés TB/VIH ont été mis sous Cotrimoxazole par rapport à la cohorte de 2014 et 91 % sous TAR.

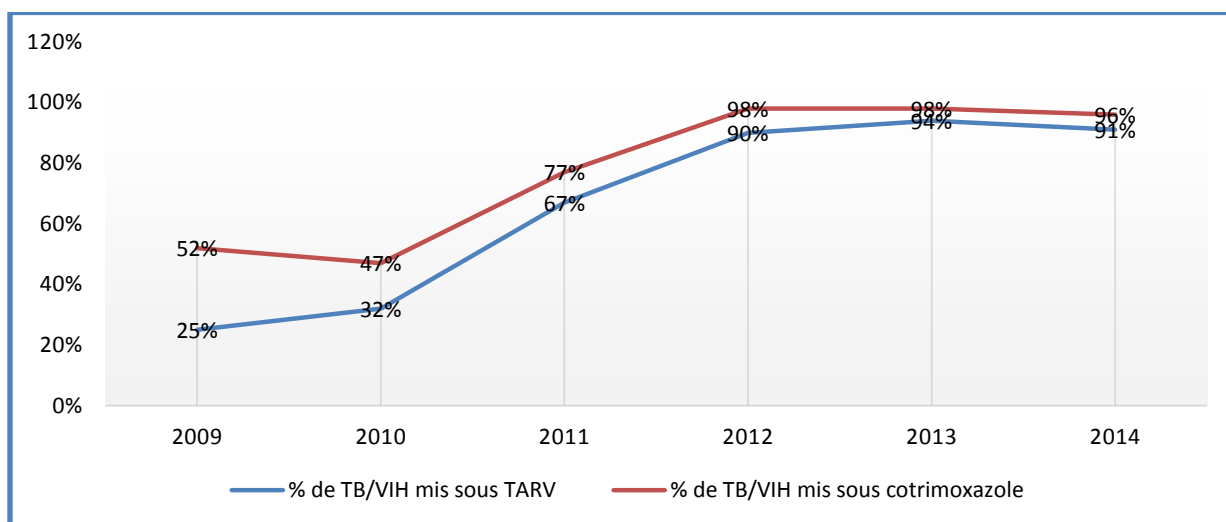


Figure 122 : Evolution des proportions des patients co-infectés TB/VIH mis sous cotrimoxazole

6 - Prise en charge des populations clés dans le cadre du continuum des soins

Dans le cadre du continuum de soins et de services offerts aux populations clés, outre le diagnostic, traitement des cas d'IST et le dépistage du VIH, les personnes dépistées séropositives bénéficient également d'une prise en charge médicale surtout à travers la mise sous traitement antirétroviral. Durant l'année 2015, la répartition par type de population clé enregistrés et suivies sous TAR au niveau des services adaptés disposant de file active est représentée par la figure suivante :

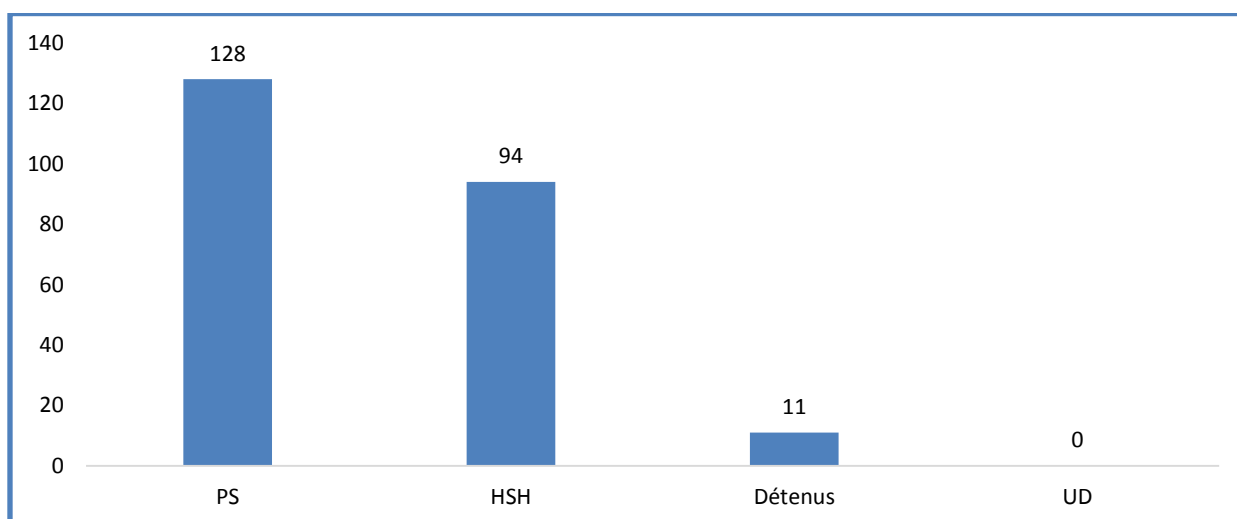


Figure 133 : Répartition par type de population clé sous TAR

La difficulté de lier le nombre de personnes dépistées positives au VIH et celles qui ont effectivement été mises sous ARV nous interpelle fortement à accélérer l'opérationnalisation de l'identification unique pour améliorer la traçabilité.

8 - Suivis biologiques

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet VIH, série 8 du Fonds Mondial, il a été subventionné la réalisation gratuite des bilans biologiques hémato biochimique à tous les PVVIH à travers une contractualisation avec les laboratoires. Pour améliorer l'accès à ces bilans, le nombre de laboratoires est passé de 19 en 2013 à 39 en 2015. Chaque PVVIH a droit à un bilan gratuit. Au total, 2 162 bilans pré-thérapeutiques soit 28 % de la couverture des nouvelles inclusions et 9 570 bilans de suivi biologiques ont été réalisés soit 22 % de l'ensemble des PVVIH sous TAR.

L'analyse des différents résultats enregistrés souligne que 13,11 % (n=1538), 1,12 % (n= 131) et 3,43 % (402) des bénéficiaires de ces bilans biologiques présentent respectivement une anémie ; une insuffisance hépatique, et une insuffisance rénale.

La charge virale est le critère biomédical objectif dominant dans le traitement du VIH et permet de définir le succès ou l'échec du traitement. En 2015, seulement 2 % des PVVIH sous TAR ont bénéficié de la charge virale. Par rapport aux différentes régions, 4% ont bénéficié de la charge virale dans les régions des Plateaux et Kara suivie de la région des savanes 3 %. Par contre les régions Lomé commune et Maritime qui représentent à elles seules 75 % de la file sous TAR ont réalisé respectivement 2 % et 1%.

Tableau XVII: Répartition par région des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la charge virale

Régions	PVVIH sous TAR	PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la charge virale	% PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la charge virale
Lomé commune	22278	441	2%
Maritime	10329	118	1%
Plateaux	4109	169	4%
Centrale	2377	64	3%
Kara	3270	126	4%
Savanes	1240	37	3%
National	43603	956	2%

En tenant compte des recommandations de l'OMS, l'analyse des résultats du tableau ci-dessous souligne que sur les 2,19% des PVVIH sous TAR ayant bénéficié d'une charge virale ciblée 73 % présentent une suppression de la charge virale (< 1000 copies).

Le tableau ci-dessous résume les résultats obtenus en 2015.

Tableau XVIII: Résultats de la charge virale en 2015

Résultats des patients ayant bénéficié de la charge virale (CV)	NOMBRE
Patients indétectables (CV<50 copies)	580
Patients avec charge virale $50 \leq CV < 1000$ copies	118
Patients en échec parmi les charges virales positives (CV > 1000 copies)	257

Au vu des différents résultats enregistrés, la figure ci-dessous présente le niveau d'atteinte de la cible 90 90 90 en 2015 et le gap à combler jusqu'à l'horizon 2020.

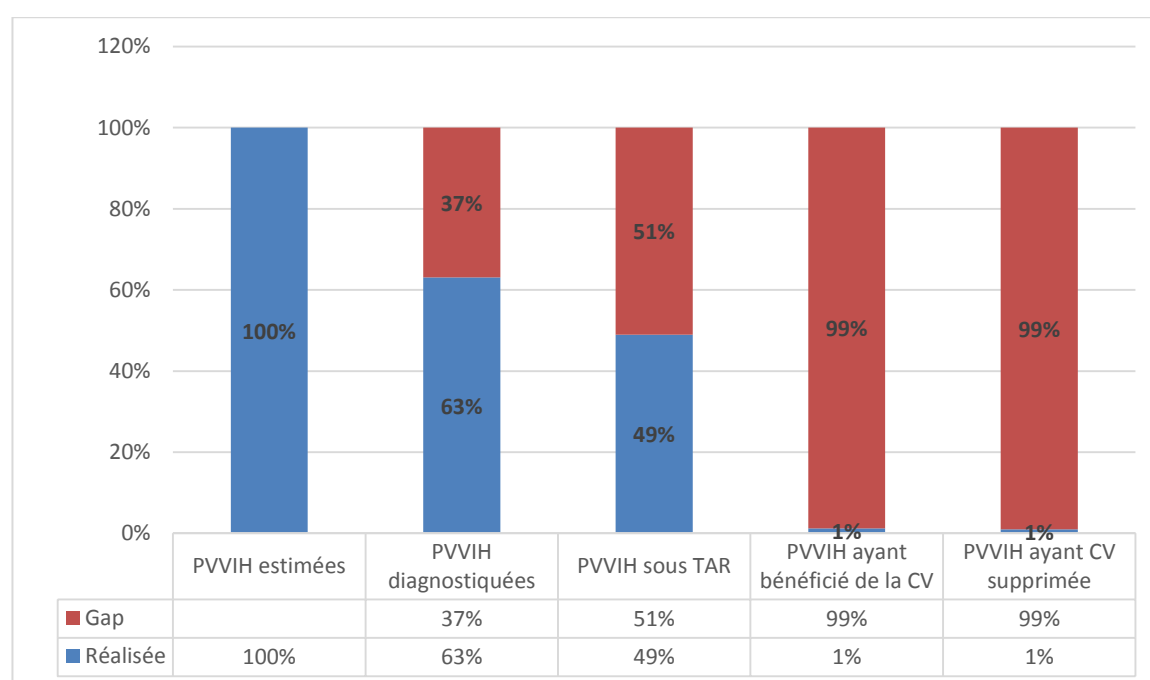


Figure 145: Niveau d'atteinte de la cible 90 90 90 en 2015 et le gap à combler jusqu'à l'horizon 2020

9 - Prise en charge des IO

La prise en charge des infections opportunistes est essentiellement basée sur l'approche syndromique. Elle est utilisée dans toutes les régions sanitaires à l'aide d'algorithmes contenus dans le guide de prise en charge médical des PVVIH. Elle est assurée par les médecins, les assistants médicaux et les infirmiers /sages-femmes formés à cet effet.

Au total 23 632(54 %) des patients sous ARV ont bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole afin de prévenir certaines infections opportunistes comme la toxoplasmose cérébrale, la pneumonie à pneumocystis jiroveci, la diarrhée à isospora Belli.

Suivant les résultats de l'étude sur la mortalité et morbidité des PVVIH au Togo ; en 2015, des affections opportunistes ont été signalées chez 6432 PVVIH. Les différentes affections enregistrées

Tableau XVIII : Affections opportunistes enregistrées chez les PVVIH en 2015

Affections opportunistes	Effectifs	Pourcentage (%)
Pathologies broncho-pulmonaires	1492	23,2
Infections fongiques	918	14,3
Affections cutanées	876	13,6
Pathologies digestives	799	12,4
Tuberculose	341	5,3
Infections virales	276	4,3
AMG/AEG/Cachexie/SIDA	231	3,6
Infections parasitaires	204	3,2
Autres infections bact,hémato, neuro, ORL, cardio, uro, opht. ...	1295	20,05
Total	6432	100

Des pathologies intercurrentes associées ont été signalées chez 9,21 % des patients. Ces affections étaient dominées par le paludisme 25 %, les problèmes de maternité 14%, les affections cardiovasculaires 13 % et rhumatologies 10,90 %.

10- Gestion des échecs thérapeutiques

En 2015, 345 échecs thérapeutiques dont 334 en première ligne et 11 en deuxième ligne ont été enregistrés auprès des comités thérapeutiques et mis respectivement sous deuxième et troisième ligne. L'inclusion des patients sous la troisième ligne souffre de l'indisponibilité des ARV lié aux problèmes d'approvisionnement et du génotypage.

On note une amélioration dans la notification de cas, qui permet d'avoir une meilleure visibilité et représentativité de ces changements sur le plan national.

11 - Gestion des cas d'AES

La prévention des accidents d'exposition rentre dans le cadre d'un programme de prévention globale des infections dans les structures de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES/LB) constituent un risque supplémentaire d'infection par le VIH pour les agents de santé du fait de sa prévalence et sa morbidité, Des dispositions et mécanismes ont été mis en place pour réduire au maximum le risque d'infection pour les prestataires de soins dans le cadre de leurs activités.

En effet, l'accident exposant au sang (AES) est défini comme tout contact percutané (piqûre, coupure, plaie) ou toute projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée, de sang ou d'un produit biologique. Cet accident peut survenir soit dans le cadre professionnel ou hors cadre professionnel (viol, rupture de préservatif etc...). L'AES expose aux risques d'infection par le VIH, le VHB et le VHC.

La coordination de la prise en charge des cas d'AES est assurée au niveau décentralisé par les comités thérapeutiques tandis que la notification et l'administration de soins aux cas identifiés se fait sur les sites. Des affiches simplifiées ont été élaborées et rendu également disponibles sur les sites.

En 2015, 254 cas de prescription d'ARV pour la prophylaxie post exposition ont été enregistrés dont la répartition par région est la suivante :

Tableau XIXI: Cas d'AES enregistrés en 2015

REGIONS	EFFECTIFS %
LOME COMMUNE	117
MARITIME	53
PLATEAUX	30
CENTRALE	21
KARA	30
SAVANES	3
TOTAUX	254

II- ACTIVITES DE SOUTIEN

1- Prise en charge psychosociale

Volet important de la prise en charge globale, la prise en charge psychosociale reste un maillon faible et nécessite une redynamisation. Les activités de soutien et d'appui aux PVVIH sont organisées par les structures associatives, ONG et les structures confessionnelles grâce à l'appui des partenaires.

Certaines d'entre elles offrent tout le paquet intégré à savoir :

- la prise en charge psychologique
- la prise en charge nutritionnelle
- le soutien pour des activités génératrices de revenus
- la prise en charge des OEV.

L'organisation pratique des activités tourne autour des consultations psychologiques, les groupes de parole, des visites à domicile, des groupes d'entraide, de médiations familiales etc.

Ces activités sont réalisées par le personnel du centre, les volontaires communautaires, les conseillers psycho-sociaux, les médiateurs et les PVVIH. La faiblesse de la Prise en charge psychosociale dans les structures sanitaires publiques est due au fait que ces dernières ne disposent pas souvent de Ressources humaines (psychologue, conseillers psycho-sociaux ou médiateur).

Le soutien nutritionnel n'est pas systématique mais fonction des possibilités de la structure. Seules certaines structures associatives et confessionnelles offrent ces services. Il en est de même pour le soutien aux OEV, et des activités génératrices de revenus.

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités du Fonds mondial, série 8, certaines structures ont bénéficié d'un renforcement en ressources humaines dont les médiateurs et les psychologues. Les résultats des différentes activités réalisées par les psychologues se résument dans le tableau ci-dessous :

Tableau XX Résultats des différentes activités réalisées par les médiateurs et psychologues

ACTIVITES	TOTAL
Nombre de séances de Groupes de Parole animé	129
Nombre de consultations psychologiques réalisées	3399
Nombre de séances d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) réalisée	308
Nombre de personnes touchées par ETP de groupe	3399
Nombre de séances d'ETP individuelle réalisées	2730
Nombre d'enfants ayant reçu l'annonce de statut sérologique VIH+	72
Nombre de cas d'inobservance reçu	1333
Nombre de perdus de vue retrouvés	2045

Le défi reste l'extension des activités de prise en charge psychosociale y compris l'éducation thérapeutique à l'ensemble des structures au niveau national, de même que l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de renforcement de ces activités.

2- Activités de renforcement de capacités

a. Formation

Tableau XXI: Activités de formation

N°	FORMATION	NOMBRE	PARTENAIRES FINANCIERS
1	Formation des formateurs en prise en charge globale du VIH et la prise en charge intégrée des infections opportunistes de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant	22	FMR8
2	11 session de formation des prestataires des structures de soins sur la prise en charge globale du VIH et la prise en charge intégrée des infections opportunistes de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant	293	FMR8

N°	FORMATION	NOMBRE	PARTENAIRES FINANCIERS
3	Une session de formation des prestataires en conseil dépistage du VIH à l'initiative des prestataires en pédiatrie	20	UNICEF
4	une session de formation par région des prestataires des sites PTME à la prise en charge globale des PVVIH	148	UNICEF
5	Atelier de formation en ETP pédiatrique		EXPERTISE FRANCE
6	Atelier de formation sur les outils pédagogiques ETP (mallettes)		EXPERTISE FRANCE

b. Supervision

Trois missions de supervision intégrée du niveau central à l'endroit des comités thérapeutiques et les services adaptés (SA)

- Une mission de supervision du niveau central des activités de conseils dépistage à l'initiative du prestataire dans les services de pédiatrie (CDIPP) grâce au financement UNICEF

c. Autres activités

- Atelier de conception des modules et des Kits diapositives pour la formation des prestataires des structures de soins sur la prise en charge globale du VIH et la prise en charge intégrée des infections opportunistes de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant
- Atelier de validation des résultats de l'analyse situationnelle de la prise en charge pédiatrique au Togo financé par UNICEF.
- Atelier de validation du guide de conseil dépistage à l'initiative du prestataire financé par UNICEF.
- Atelier de conception des guides nationaux ETP (manuel de référence et guide du formateur). Atelier sous régionale de partage de bonne pratique en matière d'éducation thérapeutique (ETP) sur financement de Expertise France
- Recherche opérationnelle pour la documentation de l'expérience CDIPP, UNICEF.

d- Activités de coordination au niveau décentralisé

- **Comité thérapeutique**

En 2015, 22 comités thérapeutiques sont fonctionnels sur l'ensemble du pays.

Le comité thérapeutique est composé essentiellement de personnel de santé intervenant dans le domaine de la prise en charge médicale de l'infection à VIH aussi bien au niveau régional que district.

Il s'agit d'une instance de discussion des cas cliniques, thérapeutiques et d'échange d'expériences dans un but de formation permanente pour l'amélioration de la qualité des prestations de soins offerts aux PVVIH. Ces comités contrôlent la qualité de la prescription des ARV, valident les nouvelles inclusions et les échecs thérapeutiques pour un changement de ligne.

- **Activité de coordination des comités thérapeutiques**

Grâce à la subvention du Fonds Mondial Round 8, 03 missions de supervision trimestrielle formative par chacune des 22 comités thérapeutiques vers les sites de Prise en charge médicale ont été effectives pour le suivi et le contrôle de qualité des services dans le cadre du "compagnonnage". Cette activité vise à renforcer les capacités des prescripteurs en matière de prise en charge médicale dans leurs différents sites afin d'améliorer la qualité des soins administrés aux PVVIH.

Par ailleurs des réunions de coordination trimestrielles des comités thérapeutiques à l'endroit des prestataires des sites de PECM médicale (prescripteurs, parrains, psychologues, pharmaciens et dispensateurs d'ARV, sages-femmes ...) ont été également effectives grâce à cette subvention.

3- Difficultés liées à la mise œuvre des activités

Tableau XXIIIV : Difficultés liées à la mise en œuvre des activités de PECM en 2015

Points à améliorer	Approches de solutions
Insuffisance dans la qualité des services offerts aux patients:	Renforcer la qualité du Suivi des patients, supervisons formative des sites et comité thérapeutique plus rapproché, Système de prise en charge différenciée des patients
Faible taux de rétention des patients : -	. Élaborer les documents normatifs en ETP . Renforcer les compétences des prestataires en ETP . Rendre disponible la CV pour tous les patients
Insuffisance dans la prise en charge pédiatrique en lien avec la PTME due à une déperdition du couple mère/enfant	Élaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement de la Prise en charge pédiatrique

I - MISSION ET ATTRIBUTIONS

Le Centre National de référence pour les tests VIH est un organe technique du PNLS-IST créé en 1992 par décision ministérielle N°52/92/MSP. Il s'occupe de l'organisation et la surveillance du réseau de laboratoire sur le territoire national dans le domaine du dépistage de l'infection à VIH, du suivi biologique, immunologique et virologiques des Personnes vivant avec le VIH.

Ses attributions sont :

- Standardisation des réactifs et matériels techniques utilisés pour le diagnostic de l'infection à VIH au niveau national,
- Supervision des activités des laboratoires sur toute l'étendue du territoire sur le plan diagnostic, surveillance épidémiologique et dépistage de l'infection à VIH et des infections opportunistes,
- Organisation du Contrôle Qualité national
- Participation au contrôle de qualité international,
- Gestion du stock de réactifs, du matériel consommable et de l'équipement au niveau central (commande, stockage, livraison)
- Organisation de la formation et du recyclage du personnel technique au niveau national
- Programmation de la formation des nationaux en collaboration avec le sous-comité de biologie,
- Participation aux activités du programme national de lutte contre le SIDA,
- Recherche,
- Surveillance sentinelle,
- Études ponctuelles.
- Définir les normes et procédures pour le diagnostic biologique du VIH,
- Assurer la formation des techniciens pour le diagnostic de l'infection à VIH et le comptage des lymphocytes T CD4+,
- Assurer le contrôle qualité des équipements et des résultats,
- Évaluer la performance des tests de dépistage et de diagnostic de l'infection à VIH,
- Superviser les laboratoires du réseau CNR/VIH.

II - ORGANISATION

Le Centre National de Référence pour les tests VIH coordonne les activités d'un réseau de 57 laboratoires. Ce réseau est constitué de :

- 2 laboratoires au niveau central : Les laboratoires de Biologie Moléculaire et d'Immunologie de l'Université de Lomé et de Kara (BIOLIM/UL et BIOLIM/UK).
- 5 laboratoires des districts de Lomé-commune
- 6 laboratoires au niveau régional : les laboratoires des centres hospitaliers régionaux,
- 40 laboratoires au niveau des districts : les laboratoires des directions préfectorales de la santé des régions Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes,
- 4 laboratoires d'hôpitaux confessionnels

Ces Laboratoires des différents niveaux en fonction de leur plateau technique, réalisent le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH au niveau de la population générale, le comptage des lymphocytes TCD4+, la mesure de la charge virale pour le suivi immunologique et virologique des PvVIH et le dépistage précoce de l'infection à VIH chez les enfants exposés au VIH.

III - ACTIVITES DU CNR

En 2015, les 2 laboratoires du niveau central (BIOLIM UL et UK) ont réalisé le diagnostic précoce de l'infection à VIH par PCR chez les enfants nés de mère VIH+, les Bilans de suivi virologique (la mesure de la charge virale) et immunologique (le comptage des lymphocytes TCD4+) pour améliorer la prise en charge des PVVIH.

Ces deux structures ont effectué aussi, la sérologie rétrovirale dans le cadre du dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH et le contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale des laboratoires du réseau.

BIOLIM UL et UK disposent pour leurs activités d'une plate-forme d'équipement de mesure de la charge virale en temps réel : NucliSens EasyQ (BioMerieux), Abbott real-time (Abbott) plus un extracteur automatique m2000sp à BIOLIM-FSS/UL et Abbott real-time (Abbott) à BIOLIM-UK, un Facscalibur BD à BIOLIM-FSS/UL, un facscount BD à BIOLIM-UK et des chaînes ELISA.

Pour les laboratoires du réseau, excepté la biologie moléculaire, ils ont réalisé le comptage des lymphocytes TCD4+ pour le suivi immunologique des PvVIH et la sérologie rétrovirale pour le diagnostic de l'infection à VIH. En outre, les laboratoires du réseau ont réalisé le 3ème test pour déterminer le statut des clients dont les résultats sont discordants au niveau des sites de dépistage volontaire et PTME.

Pour mener à bien ces différentes activités, 06 laboratoires sont équipés d'ELISA ; 45 sont équipés de compteurs des LTCD4+ dont 12 Facscount BD, 01 facscalibur BD, 11 cyflow Partec, 2 apogée, 19 Pima Point of Care.

Le laboratoire national a évalué des tests de dépistage de l'infection à VIH en vue de leur homologation au niveau national.

1. Dépistage précoce par PCR

Le tableau suivant résume les activités des 2 laboratoires de biologie moléculaires concernant le dépistage précoce.

Tableau XXIII : Activités des 2 laboratoires de biologie moléculaires concernant le dépistage précoce

Laboratoires	Total DBS reçus	Total DBS manipulés	Nombre de positifs
BIOLIM-UL	2426	2426	75
BIOLIM-UK	220	220	08
Total	2646	2646	83

Tous les échantillons reçus aux laboratoires pour le dépistage précoce sont constitués de DBS (Dried Blood Spot) ou papier buvard.

2. Charge virale pour le suivi des PVVIH

Au niveau des 2 laboratoires de biologie moléculaire les prélèvements reçus pour la mesure de la charge virale proviennent des patients sous ARV depuis au moins 6 mois. Les échantillons reçus et manipulés sont présentés dans le tableau ci-dessous. Il est à noter qu'en 2015, les 2 laboratoires ont connu un approvisionnement irrégulier en réactifs et consommables pour la mesure de la charge virale.

Tableau XXIV : Répartition des échantillons reçus et manipules par laboratoire

Laboratoires	Total plasmas reçus	Total plasmas manipulés
BIOLIM-UL	730	730
BIOLIM-UK	226	226
Total	956	956

3. Comptage des lymphocytes TCD4+

Le comptage des lymphocytes TCD4+ est accessible au niveau national pour le suivi des patients dépistés positifs, sous traitement ARV et les femmes enceintes dépistés positives dans le cadre de la PTME.

Les efforts soutenus qui ont été fait par le PNLS-IST pour rapprocher les sites de comptage des lymphocytes TCD4+ des bénéficiaires ont amené à porter en 2015 les sites à 45. (Confert cartographie des sites en annexe).

L'ensemble de ces sites ont réalisé en 2015, 19870 Comptage des LTCD4+ pour les PVVIH dont 43,4 % sont sous ARV

3. Contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale

En 2015, le CNR a procédé à deux évaluations de la qualité des résultats de dépistage de l'infection à VIH au cours de 2 campagnes.

- campagne de dépistage de l'infection à VIH de l'ONG Compassion International du 30 septembre au 18 octobre 2015, district, de Golfe, Zio et Vo.
- 6^{ème} campagne du dépistage de l'infection à VIH dans le cadre de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le sida du 30 novembre au 04 décembre 2015, niveau national.
-

Les objectifs de cette évaluation sont de :

- Déterminer la qualité des résultats livrés aux clients au cours de la campagne de dépistage de l'infection à VIH,
- Évaluer la performance des centres/ONG ayant participé à la campagne de dépistage de l'infection à VIH.

D'une manière aléatoire 5 % des échantillons étaient collectés lors de ces différentes campagnes pour l'évaluation de leurs résultats.

L'évaluation de ces résultats a révélé que lors de ces campagnes, sur les 3439 d'échantillons contrôlés les prestataires ont attribué à 04 clients un statut positif alors que leur statut est négatif.

En outre ils ont déclaré à 09 clients un statut négatif alors que le contrôle a révélé que leur statut est positif.

Le tableau ci-dessous synthétise les résultats obtenus.

Tableau XXV : Synthèse des résultats lors du Contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale

Campagne de dépistage	Nombre d'échantillons contrôlés	Nombre de faux négatifs	Nombre de faux positifs	Taux de concordance globale
campagne JMS 2015	2000	08	02	99,5 % [99,1-99,8]
Campagne Compassion International	1439	01	02	99,7 % [99,4-99,9]
TOTAL	3439	09	04	99,6 [99,3 – 99 ,8]

Ce taux de concordance globale observé en 2015 s'est un peu amélioré par rapport aux années précédentes : 2009 (99,4%), 2010 (97%), 2011(99%), 2012(99,4), 2013(99%), 2014(98,9%).

Le problème important rencontré lors de cette activité est lié à la promptitude dans la collecte des échantillons vers les laboratoires de référence régionaux désignés pour le contrôle de la qualité des échantillons.

Néanmoins, au vu de ce résultat, il est donc important de redynamiser le contrôle qualité de routine même en cas de pénurie de réactifs et de procéder systématiquement à un contrôle de la sérologie au moment de l'enrôlement dans les soins.

4. Évaluation des tests VIH

En 2015 le CNR/VIH a évalué la performance de 1 test de dépistage de l'infection à VIH, 02 pour le dépistage du virus de l'hépatite B et 01 pour le dépistage du virus de l'hépatite C. Ces demandes d'évaluation de la performance proviennent du Centre National de Transfusion Sanguine et des représentants nationaux des laboratoires afin d'obtenir au niveau du Ministère de la santé une autorisation de mise sur le marché national.

L'objectif de cette évaluation est de déterminer la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN) des tests. Les performances trouvées pour les différents tests évalués sont consignées dans le tableau suivant avec leur place dans l'algorithme national de dépistage.

Tableau XXVI : Valeurs diagnostiques trouvées pour les tests

N°	Dénomination	Type de test	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN	Place dans l'algorithme national
1	Ekolab ELISA-HIV-1,2-AgAb	ELISA	100 %	88 %	89,3 %	100 %	TEST ₁
2	Ekolab ELISA-HBsAg	ELISA	100 %	91,8 %	85,8 %	100 %	NA
3	Murex HBsAg Version 3	ELISA	100 %	98 %	97,6 %	100 %	NA
4	Ekolab ELISA-HCV	ELISA	99,1 %	95,6 %	96,4 %	98,9 %	NA

Au vu des résultats de ces différentes évaluations,

La nouvelle liste des tests homologués pour le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH pour l'année 2016 comporte les tests ci-après qui doivent être utilisés en respectant l'algorithme national de dépistage et de diagnostic de l'infection à VIH.

Tableau XXVII : Tests homologués en 2016

Dénomination	Technique	Type échantillon	Place dans l'algorithme national
VIRONOSTIKA HIV Ag/Ab	ELISA	Sérum, Plasma	Test1
VIKIA HIV1/2	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Test1
Vironostika HIV 1-2Uniform II plus 0	ELISA	Sérum, Plasma	Test1
Genscreen HIV Ag-Ab	ELISA	Sérum, Plasma	Test1
HUMAN HIVAg /Ab	ELISA	Sérum, Plasma	Test1
EIA-HIV	ELISA	Sérum, Plasma	Test1
Microlisa -HIV	ELISA	Sérum, Plasma	Test1
Microlisa -HIV Ag &Ab	ELISA	Sérum, Plasma	Test1
Ekolab ELISA-HIV-1,2-AgAb	ELISA	Sérum, Plasma	Test1
OnSite HIV -1/2 Anticorps Combo	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Test1&2
Determine VIH1-2	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Test1
HEXAGON HIV	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Test1
GenieFast HIV1-2	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Test1
GENIETM III HIV ½	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Test2
SDBioline HIV 1.2.3.0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Test1&2
FirstResponse HIV 1-2.0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Test1&2
HIV-SyphilisDuo	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Test1&2
HIVTRI-DOT+ Ag	Rapide/simple	Sérum, Plasma	Test1&2
HIVTridot	Rapide/simple	Sérum, Plasma	Test2
ImmunocombII HIV1&2bispot	Rapide	Sérum, Plasma	Test2
ImmunocombII HIV1&2CombFirm	Rapide	Sérum, Plasma	Test3
INNOLIA HIV1-2 score	Western Blot	Sérum, Plasma	Test3

IV - ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITES

En collaboration avec les Unités PTME et PECM l'équipe du CNR/VIH a été impliquée dans les formations des prestataires des sites PTME et des sites offrant le CDIPP. Ces formations techniques sont organisées pour le renforcement de capacité des prestataires sur les techniques de dépistage de l'infection à VIH, la confection, le conditionnement et le transport des DBS pour le dépistage précoce des enfants nés de mère séropositives. Le CNR/VIH a en outre participé à l'atelier de briefing des acteurs pour la réalisation des bilans biologiques aux PVVIH.

V - ACTIVITES DE COORDINATION

L'équipe du CNR/VIH a eu à réaliser des missions concernant :

- L'évaluation du plateau technique des laboratoires pour leur accréditation,
- Le contrôle et vérification du respect des normes et procédures dans la réalisation des activités relatives aux bilans biologiques en collaboration avec l'unité Suivi-Evaluation et Recherche,
- Le conseil et dépistage de l'infection à VIH au niveau des sites en collaboration avec l'unité conseil et dépistage,
- Le conseil et dépistage du VIH en routine chez les enfants dans les services de pédiatrie en collaboration avec l'unité de prise en charge médicale en vue de garantir la qualité des prestations offertes,
- La gestion des intrants des différentes interventions du PNLS-IST du niveau central vers les niveaux régionaux et districts en collaboration avec l'unité de gestion des intrants médicaux.

VI - DIFFICULTÉES LIÉES A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES ET FEUILLE DE ROUTE

Les difficultés liées à la mise en œuvre des activités et feuille de route sont consignées dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXVIII : Difficultés liées à la mise en œuvre des activités

Points à améliorer	Approches de solutions
Insuffisance d'Approvisionnement en réactifs et consommables	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à l'achat des réactifs et consommables : Dépistage de la population générale, CD4 et CV.
Approvisionnement irrégulier des laboratoires de biologie moléculaire de CD4 en réactifs et consommables et des laboratoires de districts et CDVA	Améliorer/décentraliser le système de distribution de la CAMEG
Insuffisance de supervision des sites de comptage des LTCD4+	Organiser des missions de supervision formative régulières sur site
Insuffisance de contrôle de la qualité des résultats de dépistage de l'infection à VIH et l'évaluation de la performance des CDV.	Rendre opérationnel le système d'Evaluation Externe de la qualité
Panne fréquente et les difficultés chroniques de maintenance curative des équipements de comptage des LTCD4+	- Plan de maintenance pérenne - Plaidoyer pour l'assouplissement de la procédure d'intervention sur les équipements sous contrat de maintenance.
Insuffisance de ressources humaines au niveau des 2 laboratoires de biologie moléculaire et certains laboratoires du réseau	Renforcer en ressources humaines qualifiées le personnel des laboratoires de la biologie moléculaire
Insuffisance des sites de comptage des LTCD4+	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à l'achat des compteurs pour doter d'autres sites
Insuffisance des laboratoires de biologie moléculaire pour le dépistage précoce par PCR et la mesure de la charge virale	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires pour mettre l'équipement des laboratoires régionaux.

GESTION DES INTRANTS MÉDICAUX (GIM)

L'Unité de Gestion des Intrants Médicaux a pour objectif principal de veiller à la disponibilité permanente des intrants tant au niveau central qu'au niveau périphérique afin de garantir une meilleure prise en charge des patients. Il s'agit non seulement d'assurer un approvisionnement adéquat en intrants médicaux en utilisant au mieux les moyens disponibles, mais aussi de travailler à améliorer la dotation et le rapportage des sites d'interventions du PNLS-IST. L'UGIM veille également à la bonne gestion et à l'utilisation rationnelle des intrants sur tous les sites d'interventions du PNLS.

I. QUANTIFICATION ET APPROVISIONNEMENT

La quantification des besoins en intrants médicaux pour 2014 et 2015 a été réalisée et validée par le FM en Juillet 2014. Elle a servi de base pour la commande des besoins de Janvier à Juin 2015 sous le R8 du FM. Elle a également servi de base pour la commande des besoins de 2015 sous financement du Gouvernement Togolais.

En 2015, dans le cadre de la rédaction de la note conceptuelle unique TB/VIH, une quantification des besoins en intrants médicaux a été soumise au FM et validée pour la période d'Octobre 2015 à Décembre 2017.

Des difficultés subsistent toujours pour une bonne quantification :

- Mauvaise qualité des données logistiques pour les intrants IO, IST et réactifs,
- Manque d'actualisation de certaines hypothèses
- Non-respect des directives de PEC sur le terrain.

Afin d'améliorer le système de quantification, le PNLS-IST participe activement au processus d'élaboration du manuel de procédures de quantification des intrants médicaux piloté par la Direction de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires (DPML). Aussi le PNLS-IST projette expérimenter de nouveaux outils de quantification et de Planification des approvisionnements tels que QUANTIMED et PIPELINE.

Outre la quantification, des approvisionnements en médicaments et intrants VIH réalisés grâce à l'appui financier de l'État et de certains partenaires comme le Fonds Mondial, UNICEF, AXIOS et UNFPA, le TOGO a bénéficié à titre exceptionnel d'un don du PEPFAR en ARV qui a permis de palier les ruptures et tensions en début d'année 2015, essentiellement dues à un retard de livraison.

Le Ministère de la santé à travers le PNLS-IST a fait don de 1347 boîtes de ZIDOVUDINE (AZT) 300mg comprimés au NIGER suite à une sollicitation. Ce don a permis au Togo d'éviter la péremption de cette formulation de l'Option de PTME qui n'était plus utilisée.

II. DISPENSATION DES ARV

Dans le souci de rapprocher au mieux les ARVs des patients, et permettre aux PVVIH de bénéficier de tout le paquet de service dans leur différent site de prise en charge respectif, vingt-cinq (25) nouveaux sites de dispensation ont été ouverts en 2015 portant le nombre à 126 soit 90 % (126/140) de la couverture des sites de PECM.

Tableau XXIXI: Répartition des sites de dispensation et de PECM par région

REGIONS	LOME	MARITIME	PLATEAUX	CENTRALE	KARA	SAVANES
SITES DE DISPENSATION	39	26	22	12	16	11
NOMBRE DE SITES DE PECM	42	28	25	13	17	15
TAUX DE COUVERTURE	92.86 %	92.86 %	88 %	92.31 %	94.12 %	73.33 %

III - DISPONIBILITE DES ARV EN 2015.

Afin d'améliorer l'analyse des stocks et des consommations des ARV pour une meilleure prise de décision, le PNLS-IST a adopté officiellement en Avril 2015 à Accra l'outil de suivi des produits VIH/Sida conçu par SIAPS avec le financement de l'USAID. C'est un outil web (www.ospsida.org) piloté par le bureau régional ouest africain de SIAPS regroupant 6 pays. Avec cet outil le PNLS-IST a une meilleure visibilité des données de la gestion des intrants pour les partenaires et décideurs. Cette visibilité a facilité les négociations pour le don en ARV de PEPFAR en Avril 2015.

Cette plateforme offre au PNLS un tableau de bord pour un meilleur suivi de la gestion des intrants à tous les niveaux. Les sites de dispensation ARV sont mieux suivis individuellement et par produit. Le défi reste la finalisation de l'intégration des données PTME, IO, IST et réactifs. L'effectivité de cette incorporation est prévue pour le premier trimestre de 2016

• Disponibilité des ARV sur les sites de dispensation

Les améliorations du système d'approvisionnement combinées aux supervisions formatives des mentors ont permis de réduire considérablement le nombre de rupture au niveau des sites. 99,97 % de disponibilité de stock pour les molécules traceurs au niveau des sites.

Seul le site CHP TABLIGBO a connu une rupture de TDF/3TC 300/300mg en Juillet 2015 pendant 11 jours. Cette rupture était liée à un retard dans le rapportage qui a occasionné un retard d'approvisionnement.

La figure suivante présente la tendance générale de la disponibilité des intrants.

GESTION DES INTRANTS.

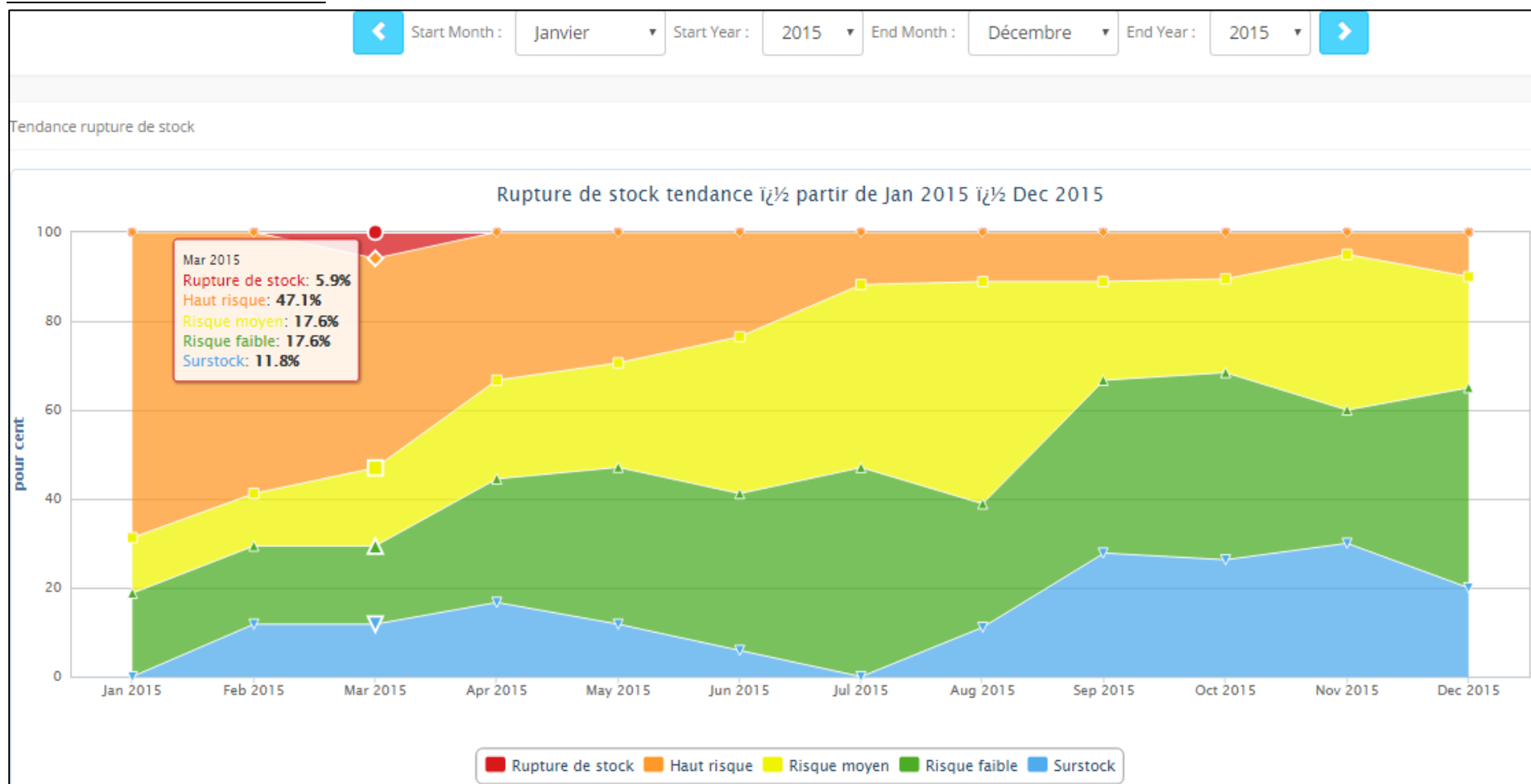


Figure 156: Tableau de bord de la disponibilité des ARV en 2015

Commentaire.

En début 2015, le Togo avait connu un haut risque de rupture causé par des retards importants sur les livraisons. La rupture est intervenue sur les stocks au niveau central en mars 2015 sur les formulations TDF+3TC, et ATV/r. Ces ruptures qui avaient duré moins d'un mois au niveau central, avaient été corrigées par un don en urgence de PEPFAR avec l'appui de SIAPS et CHAI. Grâce aux stocks de sécurité disponibles sur les sites, aucun site n'avait connu de rupture de plus de 7 jours.

Depuis, les réceptions des produits et le suivi régulier des consommations et stocks ont permis d'améliorer la disponibilité des ARV. Au 31 décembre 2015, 90 % des produits avaient un niveau de stocks au niveau central supérieur à 6 mois (au-dessus du niveau de stocks de sécurité). D'importants stocks sont attendus dans le 1er semestre de 2016 sur le NFM du FM par le mécanisme de PPM (Pool Procurement Mechanism) du Fonds mondial. Suivant les recommandations de l'OMS 2013, le PNLS-IST avait planifié le switch des patients sous AZT vers TDF à raison de 30 % en 2015. Ce switch a été retardé en début d'année par des tensions de stock. Malgré l'amélioration de la disponibilité des ARV et une note circulaire l'application du switch a été timide.

III. ACTIVITES DE RENFORCEMENT DE CAPACITE

1- Formations

- 09 et 10 avril 2015 : Atelier Bilan des activités des Mentors. Cet atelier avait pour but d'améliorer la qualité des activités de supervision des mentors.
- 14 au 18 septembre 2015 : Formation initial des dispensateurs en vue d'ouverture de nouveaux sites. L'objectif était de permettre à ces non-pharmaciens d'assurer efficacement la dispensation des ARV et médicaments anti-IO.

Les modules leurs ont permis d'acquérir les compétences non seulement en dispensation mais également en gestion de stock et aide à l'observance.

Au total 27 dispensateurs ont été pour l'ouverture de 23 nouveaux sites.

- Participation à une session de formation organisée par l'unité PTME en vue de l'ouverture de nouveaux sites (volet gestion des intrants).

2- Coordination des activités

- Juin 2015 : Mission d'évaluation d'EDT (Electronic Dispensation Tool)

Un outil de dispensation électronique censé remplacer LOGONE après l'évaluation de la phase pilote. Il a été installé sur cinq sites de Lomé-Commune et Maritime depuis Novembre 2014.

3- Supervisions

a- Supervisions par les régions et districts

Ces supervisions ont été assurées par les points focaux régionaux et districts ainsi que les mentors de dispensation.

b- Supervisions par le niveau central

Le niveau central a effectué des supervisions de gestions des intrants à l'endroit des points focaux districts et à l'endroit de certains sites (en collaboration des points focaux régionaux et districts). Ces supervisions surtout formatives ont permis d'améliorer la gestion et le rapportage des sites supervisés. Il a été noté lors de ces supervisions, un manque de notions de gestion des intrants (utilisation des outils de gestion, gestion de stocks) tant par les gestionnaires des sites que par les points focaux.

- Deux missions de Supervision : la première du 23 au 27 Février et la seconde du 13 au 17 avril 2015 sur la demande de la région centrale en vue d'identifier un mentor en remplacement du démissionnaire. A l'issue de ces missions, un mentor a été identifié, mais ce dernier a malheureusement démissionné en fin d'année 2015. Ce qui témoigne du turn over important dans le personnel dédié à la dispensation des ARV.

- Du 01 au 12 Juin 2015 mission de prospection des sites de PECM en vue de l'ouverture de nouveaux sites de dispensation d'ARV. La prospection a concerné 26 sites de PECM et a permis de sélectionner 23 qui ont été accrédités en site de dispensation après formation et mise en place des outils.

- Participation à la revue de PTME du 28 Septembre au 10 Octobre 2015.

- Facilitation de l'atelier de coordination de la gestion des intrants du comité régional de la région de la KARA le 29 Décembre 2015. La redynamisation du comité de gestion des intrants est retenue sur la nouvelle subvention du Fonds Mondial. Les régions sont désormais responsabilisées sur l'approvisionnement et la gestion des intrants dans leurs structures.

IV. ACTIVITÉS DE COORDINATION

1- Partenariat

Dans un contexte de rareté de ressource financières et de compétences techniques, le PNLS a toujours accordé une place importante au développement de partenariat. Outre les partenaires techniques et financiers habituels du GAS (UNICEF, UNFPA, GSK, ...), le PNLS a en 2015 de nouveau partenariat avec le PEPFAR avec le soutien de USAID/SIAPS, qui a permis au Togo, d'éviter une rupture d'ARV préjudiciable aux patients.

2- Activités de coordination de la gestion des intrants

- *Coordination nationale*

La coordination nationale de la gestion des intrants VIH est faite à travers la cellule de coordination de la gestion des intrants mis en place par le décret ministériel N°0123/2010/MS/CAB/DGS du 28 Juin 2010.

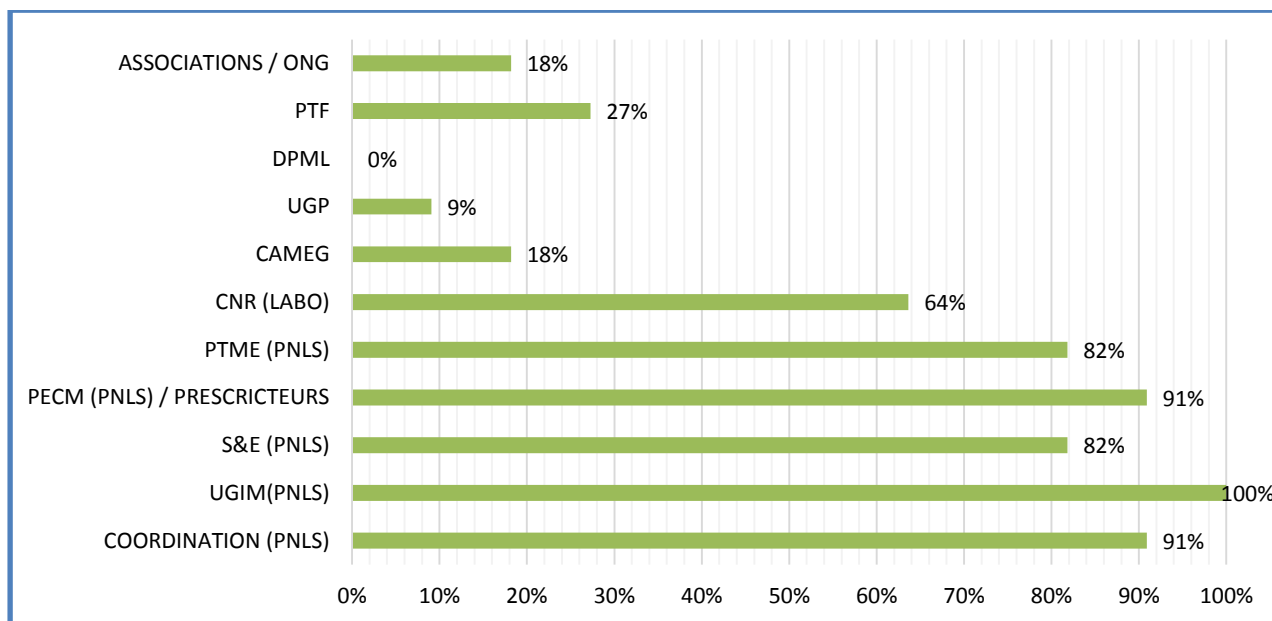


Figure 167: Taux de participation aux réunions par les principaux acteurs attendus.

La cellule Nationale de coordination de la gestion des intrants s'est réunie tous les 3ème mercredi du mois pour analyser le stock de tous les intrants, les consommations, le suivi des approvisionnements et réfléchir sur les stratégies à mettre en place en vue d'améliorer la gestion des médicaments et intrants VIH.

Au total, 11 réunions ont été réalisées sur les 12 prévues. La réunion d'octobre a été sacrifiée au profit de l'analyse des offres pour la commande ETAT.

Au cours de ces réunions, des décisions idoines ont été prises pour gérer les périodes de tensions et de ruptures des intrants. Ces rencontres ont été un canal de communication, de collaboration et de participation des différents acteurs à la riposte contre le VIH et les IST.

La figure ci-dessous présente le taux de participation aux réunions par les principaux acteurs attendus.

- *Coordination régionale*

Mise en place depuis 2012, les comités régionaux de coordination de la gestion des intrants n'ont jamais fonctionné par faute de moyens. Mais dans le cadre du NFM, un atelier trimestriel d'un jour a été négocié pour chaque région afin de redynamiser les comités régionaux de coordination de la gestion des intrants VIH et TB. Ces activités ont commencé en T4 de 2015 avec la région de la Kara. La décentralisation de la coordination

et de la gestion des intrants est donc opérationnelle.

Les principes généraux de cette décentralisation sont :

- Les sites ne s'approvisionneront plus au niveau central
- Les intrants seront rendu disponibles dans les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) de chaque région qui serviront de point d'approvisionnement des sites et district. (à court terme, la CAMEG-Togo assurera la distribution des intrants jusqu'aux districts sanitaires)
- Les districts compilent les rapports /commandes des sites et les régions, ceux des districts. Ces compilations constituent les commandes à déposer directement dans les PRA.
- Le comité régional de coordination de la gestion des intrants coordonne les approvisionnements et la gestion des intrants. Ce comité regroupe tous les acteurs impliqués dans la gestion des intrants. Il est sous la direction du DRS.
-

V. DIFFICULTES LIEES A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES

1 - Approvisionnement :

- Insuffisance et mauvaise qualité de certaines des données et donc des hypothèses de quantification.
- Insuffisance dans l'approvisionnement sur financement du Gouvernement Togolais.
- Persistance de gap important dans les moyens financiers pour l'approvisionnement des intrants pour une couverture universelle.

2 - Dotation des sites

- Insuffisance dans l'utilisation des outils de gestion des intrants sur les sites
- Manque de complétude et promptitude des sites sur le rapportage des données de consommation et l'expression de leurs besoins,
- Absence de stockage des intrants autres que les ARV de la dispensation dans les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) de la CAMEG,

3 - Coordination

- Faible participation des partenaires techniques et financiers aux réunions de la cellule nationale de coordination et de la gestion des intrants
- Le non fonctionnement des comités régionaux de gestion des intrants. Redynamisation timide

I. ACTIVITES DE SUIVI ET EVALUATION

1- Gestion des rapports et de la base de dispensation des ARV

A travers la gestion des rapports programmatiques et de la base de saisie des souches de dispensation des médicaments ARV, l'analyse a été faite de la complétude de rapportage des données par intervention. Cette analyse a pris en compte la complétude des rapports suivant les différents niveaux d'agrégation et de remontée des données de la pyramide sanitaire : région, district et sites. La complétude pour les deux premiers niveaux est dans l'ensemble de 100% pour toutes les interventions. Pour être plus exhaustif, l'analyse a porté plus sur la complétude des données des rapports de sites comme l'indique les résultats du tableau ci-dessous :

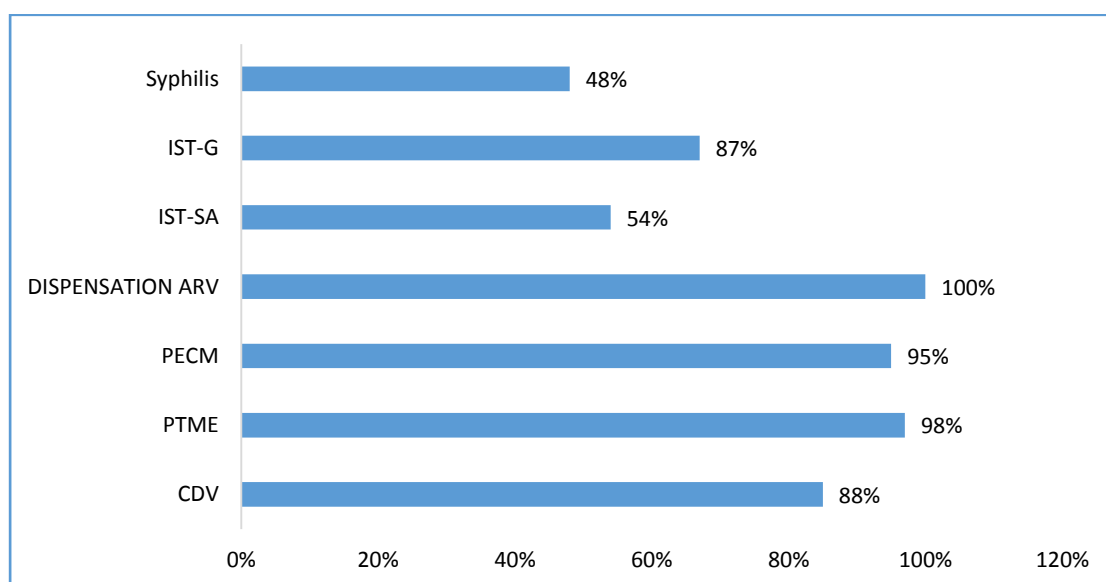


Figure 28 : complétude des rapports par intervention

A travers ces résultats, le défi majeur est non seulement d'améliorer la complétude des rapports auprès des services adaptés qui assurent l'offre de service aux populations clés mais aussi de parvenir à une complétude de 100% pour toutes les interventions.

2 - Activités de validation des données

Dans le souci de disposer des données de qualité, des activités de validation ont été réalisées tout au long de l'année 2015. Il s'agit de :

- Mission trimestrielle de contrôle et vérification des données programmatiques

Au cours de ces missions, il a été question de s'assurer de la qualité des données collectées à travers les six dimensions : complétude, fiabilité, exactitude, précision, exhaustivité et intégrité. Il est certes vrai que l'erreur n'existe pas. Cependant, la récurrence des mêmes erreurs (saisie, retranscription, désagrégation des données de certains indicateurs) tout au long de ces missions témoigne de l'insuffisance dans l'appropriation par certains acteurs au niveau décentralisé des séances de validation des données. Cette problématique souligne la nécessité de mettre en place des équipes de suivi et évaluation qui n'auront pour rôle que d'assurer uniquement la gestion des données.

- Atelier de mise à jour des bases ESOPE qui a consisté à corriger les données erronées, aberrantes survenues lors de la saisie dans le logiciel par l'opérateur de saisie. La mise à jour a concerné uniquement six (06) autres de prise en charge médicale. Le reste se fera au cours de l'année 2016.

- Séances de validation des bilans biologiques pour s'assurer du respect des normes et procédures mises en place pour la réalisation des bilans biologiques par les laboratoires accrédités par le PNLS-IST dans le cadre de la subvention VIH, série 8 du Fonds Mondial,

3 - Evaluation du plan d'action opérationnel (PAO 2015)

Le plan d'action opérationnel 2015 a fait l'objet d'évaluation au cours d'un atelier organisé à cet effet. L'objectif assigné à cet atelier est d'analyser le niveau de réalisation physique des différentes activités planifiées et celui du taux d'exécution financière.

4 - Taux d'exécution physique

Tableau XXXI : Niveau d'exécution physique du PAO 2015

Unités	Nombre d'activités prévues (a)	Nombre d'activités réalisées à 100% (b)	Nombre d'activités non réalisées (d)	Taux de réalisation physique du PAO (b)/ (a)
COORDINATION	4	2	2	50,0 %
UAFL	45	39	6	86,7 %
CNR	13	3	10	23,1 %
UIST	12	7	5	58,3 %
UCD	19	13	6	68,4 %
UGIM	15	11	4	73,3 %
UPTME	29	22	7	75,9 %
UPECM	30	23	7	76,7 %
USER	28	18	10	64,3 %
Ensemble PAO	195	138	57	70,8 %

Les raisons de la non réalisation de 29 % des activités planifiées sont essentiellement liées à la non disponibilité de financement (47 % des activités) la mise en œuvre est subordonnée au financement à rechercher) et du retard dans la mise à disposition des fonds pour le démarrage des activités de la subvention TGO-H-PMT N°850 du Fonds Mondial.

On peut noter que 17 activités ont été réalisées mais non planifiées dans le PAO.

L'exécution financière est prise en compte au niveau de la partie gestion administrative, financière et logistique (Confère Taux d'exécution financière)

5 - Planification des activités

Pour le compte de l'année 2016, un nouveau PAO budgétisé a été élaboré. Le nombre total des activités planifiées avec possibilité de financement est de 151.

II - ACTIVITES DE RECHERCHES ET SURVEILLANCE

Il a été réalisé en 2015, une étude sur la mortalité et morbidité des personnes vivant avec le VIH sous traitements antirétroviraux au Togo. Cette étude a été commanditée par le SP/CNLS. Elle avait pour objectifs spécifiques de :

- Déterminer les causes d'hospitalisations des PVVIH sous ARV suivies dans les centres de soins entre 2010 et 2014.
- Déterminer le taux d'accès aux ARV pour les PVVIH éligibles aux ARV (durée séparant la réalisation du bilan pré-thérapeutique et l'octroi effectif du carnet).
- Déterminer le taux de CD4 moyen au moment de l'initiation des ARV entre 2010 et 2014.
- Déterminer le taux de survie des PVVIH sous ARV à 12, 24, 36, 48, et 60 mois.
- Evaluer le taux de perdue annuel entre 2010 et 2014.
- Déterminer les causes de changement des ARV chez les PVVIH.
- Analyser les facteurs éventuellement associés à l'hospitalisation, à la déperdition et à la survie.

Les résultats de cette étude soulignent entre autres que le taux d'hospitalisation général chez les PVVIH est de 2,4 %. Les premières causes d'hospitalisation enregistrées sont les pneumopathies infectieuses à germes banals étaient les premières causes d'hospitalisation aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Le taux de mortalité global était de 5,3 %. Le taux de survie global à 12 mois était de 91,5 % ; à 24 mois de 88,4 % ; à 36 mois de 85 % ; à 48 mois de 81,6 % ; et à 60 mois de 78,5 %. Le taux de survie est significativement meilleur pour les stades cliniques OMS précoces.

Outre cette étude, les résultats des enquêtes séro-comportementale de deuxième génération démarrées en 2014 chez les homosexuels, les professionnels de sexe et leurs clients au Togo ont été validés en 2015. La prévalence du VIH chez les HSH en 2015 était de 13,0 %. Celles des PS et leurs clients sont respectivement de 11,7 % et 1,8 %.

III - PERFORMANCE DU PROGRAMME VIH EN LIEN AVEC LES OBJECTIFS DU PNDS ET DE LA SCAPE

Dans le cadre de la lettre de mission du ministère de la santé et de la protection sociale, les produits obtenus par rapport à la riposte contre le VIH pour le compte de l'année 2015 se présentent comme suit dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXXI : performances obtenues pour les indicateurs VIH du PNDS 2012-2015

Indicateurs	Valeur de référence (2014)	Valeur cible 2015	Valeur réalisée 2015
% PVVIH (adultes, adolescents et enfants) qui prennent les ARV en 2015	33 %	80 %	40 % (43 603/110000)
% de femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	87,4 %	95 %	90,5 % (4642/5131)
% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) dépistées TB+, sont mises sous traitement antituberculeux et antirétroviral	94 %	100 %	91 %

La performance réalisée en 2015 par rapport aux différents indicateurs du PNDS, souligne un bon score en PTME qui s'explique par l'extension des sites de PTME qui s'explique avec la formation de nouveaux prestataires. Cette extension a permis l'amélioration de la couverture en dépistage chez les femmes enceintes, la disponibilité des intrants (tests et ARV), le passage à l'option B+ avec l'initiation des ARV en l'absence du taux de CD4.

Pour les autres indicateurs relatifs à la mise sous traitement antirétroviral. Quand bien même la couverture en ARV, a pris en compte l'ensemble des PVVIH attendues pour être en lien avec les nouveaux objectifs à l'échelle mondiale, beaucoup d'efforts restent à faire en matière de mise sous TAR.

A cet effet, au lieu de mettre seulement sous TAR certains groupes vulnérables sans tenir compte de leur éligibilité, il y a nécessité d'appliquer systématiquement cette directive à l'ensemble des PVVIH enregistrées et suivies au niveau des centres de PECM.

IV - ANALYSE DE LA CAPACITE DE SUIVI-EVALUATION ET DIFFICULTES RENCONTREES

Tableau XXXII: Analyse de la capacité de suivi-évaluation

N°	Domaines	Forces	Faiblesses	Recommandations
1	Renforcement des aspects S&E au niveau régional et district	Existence des points focaux VIH dédiés aux activités de suivi et évaluation	Faible organisation interne des unités de gestion de données aux niveaux régionaux et district -Faible appropriation des activités de suivi et évaluation	Mettre en place les pools de suivi et évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
2	Renforcement des systèmes de contrôle qualité des rapports sortant	Réalisation des missions de contrôle et vérification des données programmatis	Insuffisance dans l'organisation des séances de validation des données	Organiser des ateliers trimestriels de validation de données par les pools de suivi et évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire Renforcer les capacités des acteurs au niveau décentralisé sur les procédures d'assurance qualité de données
3	Sécurisation des données informatisées	Disponibilité des bases de données pour la compilation et la gestion des données des différentes interventions	Inexistence d'outils informatiques (ordinateurs, disques durs externes /serveur) pour la sauvegarde des données informatiques	Mettre en place un serveur/disque dur externe pour la sauvegarde des données

V- ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Tableau XXXIII: Activités de renforcement de capacités en suivi et évaluation

N°	FORMATION	NOMBRE PERSONNES FORMEES	DE PARTENAIRES
1	Recyclage des opérateurs de saisie sur l'utilisation du logiciel ESOPE	32	Fonds Mondial
2	Formation des points focaux PTME et VIH sur les nouveaux outils de collecte de données PTME et l'utilisation des bases de saisie pour la compilation des données	62	UNICEF

- **Activités de coordination**

Dans le cadre de la coordination des activités de suivi et évaluation, on peut noter la tenue des différentes revues régionales thématiques sur la prise en charge médicale et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La participation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ces deux interventions a été très active. Des points forts, à améliorer et des propositions d'actions correctrices ont été proposées. Il a été souligné au cours de ces revues que pour une évaluation de la performance d'atteinte des objectifs, il faudrait disposer au niveau décentralisé des estimations des cibles VIH.

Outre ces revues, lors du processus de la phase de rédaction et de la négociation de la subvention VIH du Fonds Mondial, suivi et évaluation a pris une part active tout au long du processus à travers l'élaboration et la validation du plan de travail annuel et du cadre de performance.

Il a été organisé en octobre 2015 un atelier national de dissémination du guide consolidé de l'OMS par rapport aux indicateurs mondiaux et nationaux devant faire l'objet de notification dans le cadre de la riposte contre le VIH dans le secteur de la santé.

GESTION ADMINISTRATIVE FINANCIÈRE ET LOGISTIQUE

I. PRESENTATION DU BUDGET DE L'ANNEE 2015

Le budget prévisionnel de toutes les interventions du PNLS-IST au cours de l'année de 2015 s'élève à 9 553 258 439 F CFA y compris le coût du GAS contre 10 027 212 459 F CFA prévu en 2014.

Grâce à la collaboration de tous les partenaires techniques et financiers du PNLS-IST, l'unité administrative, financière et logistique a pu disposer des données relatives aux domaines d'implication. Selon les données recueillies au cours de l'année 2015, le budget disponible des différentes interventions entrant dans la coordination du PNLS s'élèvent en 2015 à 6 562 365 982 F CFA. Il faut préciser que cette disponibilité ne prend pas en compte la mobilisation des fonds pour la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida.

Pour la mobilisation des fonds de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida et les IST (JMS), elle a été de 85 357 681 F CFA pour l'ensemble des partenaires.

Tableau XXXIV: présentation du budget comparatif des dépenses de l'année 2015 et celui de 2014

Nature des dépenses	Montant en Francs CFA		Part dans le budget total	
	2015	2014	2015	2014
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	42 702 201	10 000 000	30	0,1
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	93 516 283	-	65,70	-
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)		100 000 000		0,9
Total fonctionnement (I)	136 218 484	110 000 000	95,70	1
Dépenses internes d'investissement	6 126 460	1 276 000	4,30	11,2
Dépenses externes d'investissement		10 027 000		87,9
Total investissement (II)	6 126 460	11 303 000	4,30	99
Ressources Propres (III)				-
Total général (I+II+III)	142 344 944	121 303 000	100	100

Pour les dépenses du personnel, il s'agit seulement essentiellement du salaire des agents émargeant sur le projet Fonds Mondial Série 8 et ceux émargeant sur les fonds de la subvention de l'état ; les salaires des agents émargeant sur le budget général ne sont pas pris en compte. Les fonds d'investissement interne portent sur les immobilisations acquises au cours de l'année 2015

II. PRÉSENTATION DU BUDGET GESTION 2015 PAR DOMAINE D'INTERVENTION

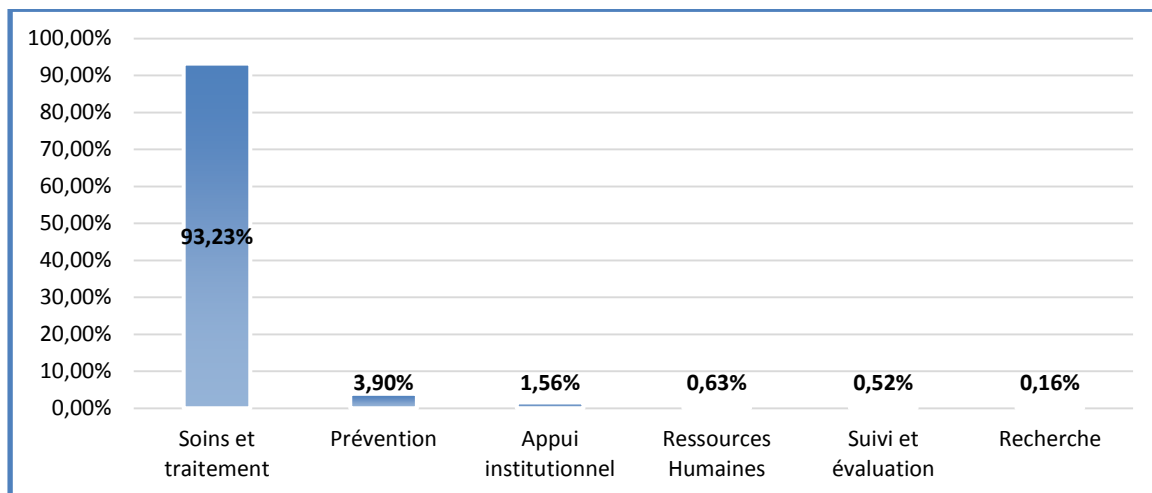


Figure 29: Répartition du budget par domaine d'intervention en 2015

L'analyse des différents montants consacrés par domaine d'intervention révèle que les soins et traitement occupent la première position avec un montant total de 6 432 530 017 F CFA soit un taux de 93,23 %, suivi de la prévention pour un montant de 268 389 904 F CFA soit 3,89 %, l'appui institutionnel 107 886 027 F CFA (1,56 %), les ressources humaines 43 322 316 F CFA (0,63 %), le suivi & évaluation 35 957 297 F CFA (0,52 %) et la recherche 11 359 924 F CFA avec un 0.16 %. Les trois derniers domaines d'interventions : ressources humaines, suivi & évaluation et recherche restent les parents pauvres en matière de mobilisation des ressources.

III. TAUX DE RÉALISATION FINANCIERE : MONTANT REÇU, DEPENSE ET RELIQUAT

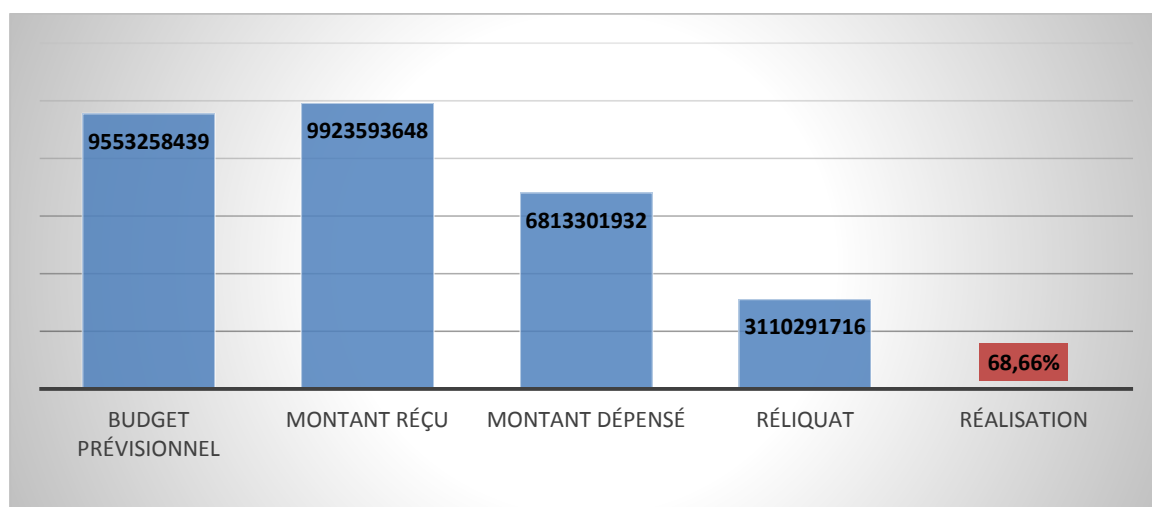


Figure 30 : Réalisation financière : montant reçu, dépensé et reliquat en 2015

L'analyse des résultats du graphique ci-dessus montre que 103,87 % du montant prévisionnel a été effectivement mobilisé. Ce résultat peut s'expliquer par la prise en compte des décaissements effectués en 2015 pour l'achat des ARV pour le compte de l'année 2014. Par ailleurs en 2015, on note une baisse du taux de consommation qui passe de 78,43% à 68,66 % soit une baisse d'environ 10 %.

Cette baisse s'explique par le retard de la livraison de la commande d'achat des médicaments ARV de 2015.

Dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le sida (JMS), des actions de plaidoyer ont été faites auprès des différents partenaires pour réaliser la campagne nationale de dépistage. Les ressources mobilisées et dépensées par source de financement à l'occasion de cette campagne se sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXXV : ressources mobilisées et dépensées par source de financement à l' occasion de la campagne JMS

N°	Partenaires	Budget Prévisionnel	Mobilisé	Réalisé	Taux de réalisation (%)
1	ETAT	30 181 425	38 081 321	38 081 321	100,00
2	SP/CNLS-IST	2 226 360	2 226 360	2 226 360	100,00
3	UNICEF-TOGO	13 000 000	13 000 000	13 000 000	100,00
4	ONUSIDA	2 000 000	2 000 000	2 000 000	100,00
5	PNUD-TOGO	11 250 000	11 250 000	11 035 875	98,10
6	CORPS DE LA PAIX	4 000 000	4 000 000	4 000 000	100,00
7	COPERATION FRANCAISE	4 660 000	4 660 000	4 660 000	100,00
8	UNFPA -TOGO	12 500 000	10 140 000	10 140 000	100,00
TOTAL		79 817 785	85 357 681	85 143 556	99,75

IV- REPARTITION DU BUDGET REÇU 2015 PAR SOURCE DE FINANCEMENT

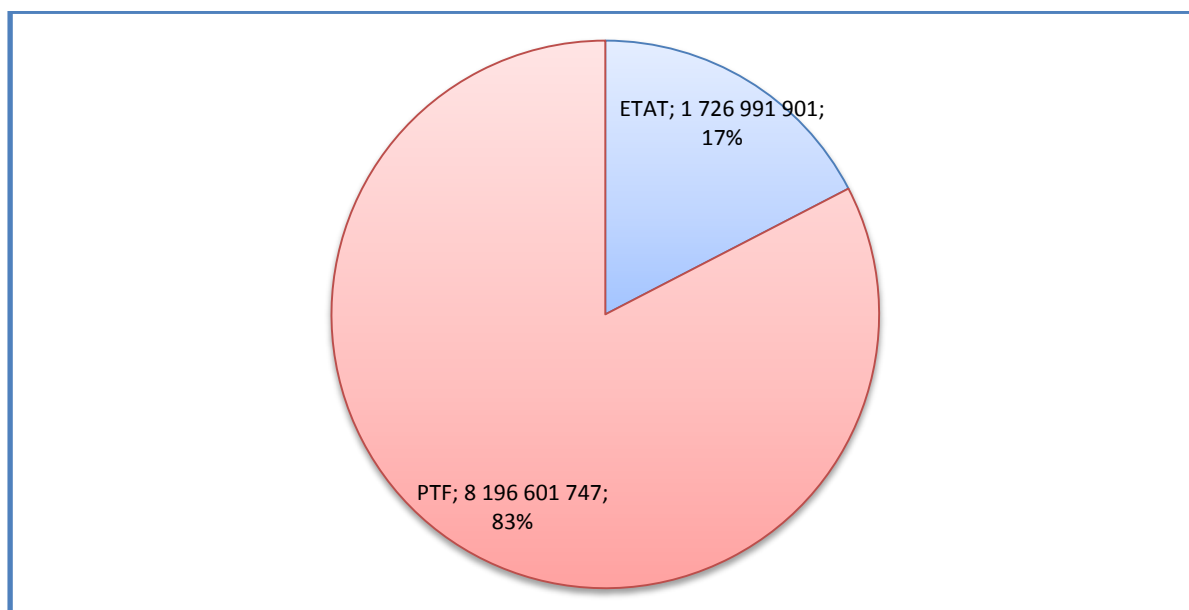


Figure 31: Répartition du budget reçu par source de financement

L'analyse de la répartition du budget par source de financement souligne que plus des $\frac{3}{4}$ des ressources ont été mobilisées par les différents partenaires techniques et financiers. Parmi ces derniers, la contribution du Fonds Mondial est de 96%.

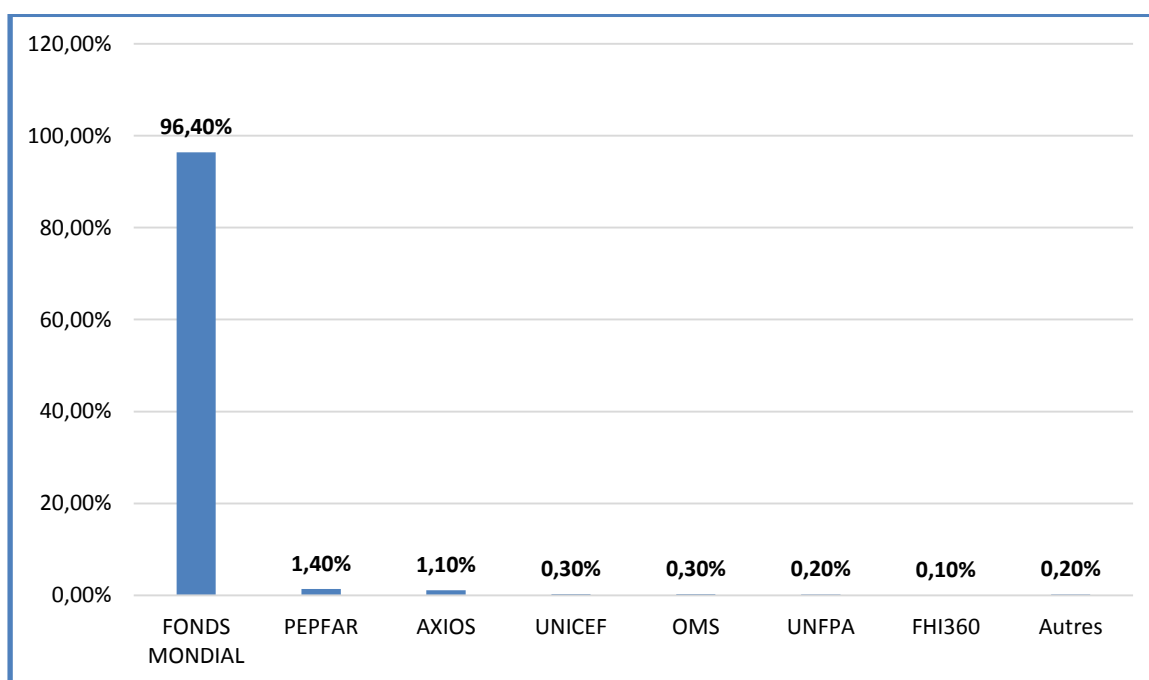


Figure 32: Répartition des ressources mobilisées par partenaire financier

PERSPECTIVES

Les perspectives dans le cadre de la mise en œuvre des différentes interventions pour l'atteinte des objectifs en matière de la riposte contre le VIH/Sida sont les suivantes :

Domaine de la prévention

- Renforcement de l'offre de service de dépistage à la population à travers la promotion du dépistage à l'initiative du prestataire et le dépistage systématique des couples,
- Amélioration de la couverture de l'offre de service PTME dans les différentes structures privées,
- Mise en place d'un programme d'évaluation de la qualité des services PTME

Domaine de la prise en charge globale

- Renforcement des compétences des prestataires sages-femmes et infirmiers pour la délégation de tâches en prescription ARV,
- Amélioration de la couverture pour la réalisation de la charge virale aux PVVIH à travers l'équipement des laboratoires régionaux,
- L'extension du programme d'éducation thérapeutique des PVVIH au niveau des sites de prise en charge médicale et PTME.
- Mise en place du suivi différencié des PVVIH sur les sites,
- Opérationnalisation du continuum de soins pour les populations clés.

CONCLUSION

Le contenu de ce rapport met en exergue les progrès réalisés et les défis majeurs à relever pour faire face aux enjeux mondiaux en matière de la riposte nationale contre le VIH. Les différents résultats enregistrés en 2015 comparés à ceux de 2014 de façon générale en matière de l'offre du dépistage, de la prise en charge médicale par rapport à la mise sous traitement antirétroviral soulignent certes une augmentation en valeur absolue. L'engagement des différents acteurs et l'accompagnement des partenaires techniques et financiers ont été très salutaires à cet effet.

Cependant, on ne doit pas perdre de vue avec cette augmentation que beaucoup d'efforts restent à faire quand on sait qu'à l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH doivent recevoir un traitement anti rétroviral durable et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral doivent avoir une charge virale durablement supprimée. L'enjeu est de taille surtout avec le troisième objectif où 2% seulement des patients sous traitement antirétroviral ont bénéficié de la charge virale en 2015.

Ainsi, pour faire face à cet enjeu, la signature d'un nouvel accord de subvention : TGO-H-PMT-N°850 : Accélération de la mise en œuvre des services de prévention et de qualité des soins dans la lutte contre des épidémies à VIH et TB avec le Fonds Mondial vient à point nommé.

ANNEXES

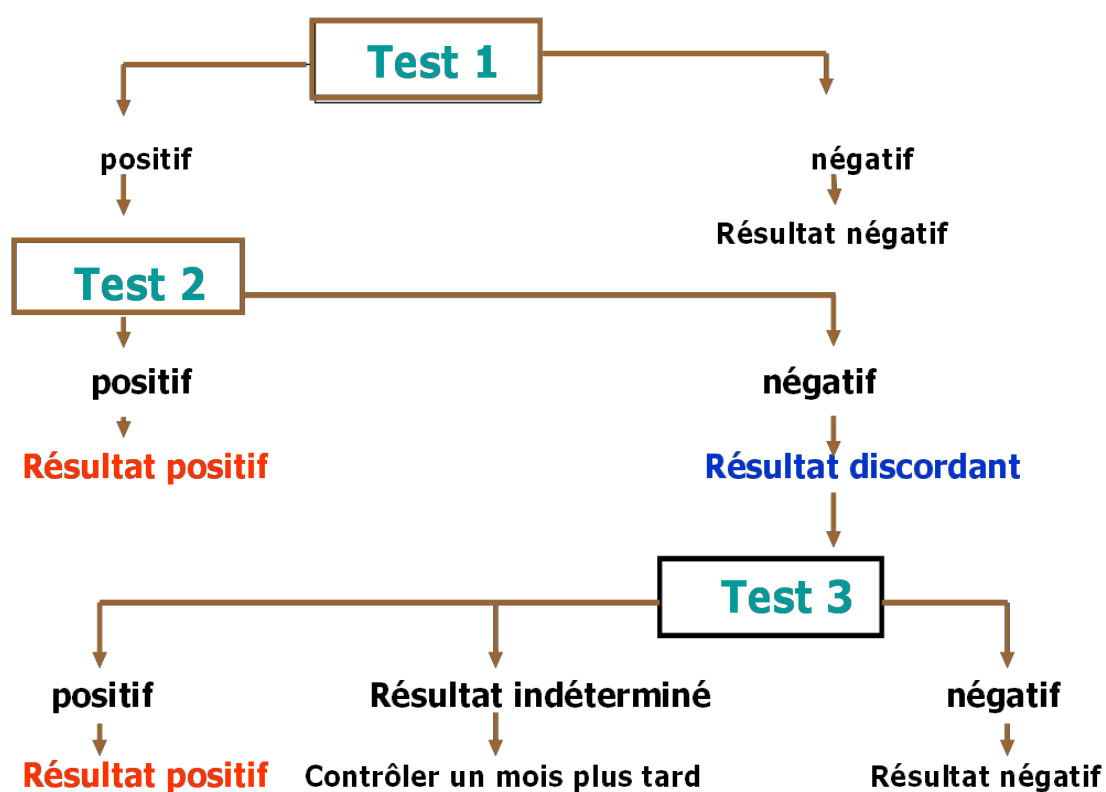
Annexe 1 : Evolution des indicateurs de 2008 à 2015

ANNEE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Diagnostic et traitement des IST								
Nombre de services adaptés pour le suivi des populations clés		12	22	22	23	23	36	41
Nombre de cas d'IST traités chez les populations clés	702	951	639	1 180	1 293	1 483	5150	1785
Conseil & dépistage								
Nombre de personnes conseillées dépistées	150 897	133 989	206 173	267 715	309 736	310 189	296 959	361026
Taux de retrait des résultats	ND	ND	ND	85,4 %	99,6 %	99,97 %	99,98 %	99,98 %
Prévention de la Transmission Mère Enfant								
Nombres de sites PTME	47	128	214	306	411	596	612	702
Proportion de structures de soins offrant les services PTME	7,5 %	20,4 %	34 %	48,0 %	52,1%	69,0%	71 %	81 %
Nombres de femmes enceintes dépistées	30 709	42 101	80 434	107 163	140 890	165 809	183 082	210 779
Nombres de femmes enceintes dépistées séropositives	2 093	2 589	3599	4 148	4 681	4 531	4 861	4 773
Nombres de femmes enceintes VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	1 699	1 986	3 126	4 173	4 411	4 478	4 496	4642
Option A	ND	ND	ND	3 057	2 539 902	1 927	718	NA
Option B	ND	ND	ND			1 515	2637	NA
TARV	ND	ND	ND	1 116	963	1 036	1141	4 642
Proportion des femmes séropositives ayant pris les ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	26,1 %	31 %	52,2 %	60,5 %	66,6 %	75,1%	87 %	90,46%
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché	1 127	1 451	2 057	2 312	2 954	2 944	3176	3 283
Avec prophylaxie ARV	ND	ND	ND	ND	ND	2 021	2230	NA
Sous TAR	ND	ND	ND	ND	ND	645	686	2 835
Sans ARV	ND	ND	ND	ND	ND	268	260	448
Soins et traitement								
Nombre de structures de prise en charge	70	115	115	141	141	140	141	140
Nombre de structures de dispensation des ARV	21	42	53	69	69	78	103	126
Nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV	11 211	16 740	24 635	29 045	30 334	34 489	37511	43 603
Nombre d'enfants sous ARV	672	1 028	1 357	1 676	2 098	2 377	2861	3 058

ANNEE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de couverture thérapeutique (Adultes et Enfants)	41 %	53,9 %	62,2 %	59,8 %	51%	41,67 %	33 % ²	40 % ³
Taux de rétention des PVVIH sous ARV après 12 mois de traitement					83 %	88,61 %	86 %	91,5 %
Suivi & Evaluation								
Taux de complétudes des rapports par intervention du PNLS-IST								
IST	ND	ND	ND	ND	ND	ND	88 %	87 %
CD	ND	ND	ND	ND	ND	84 %	87 %	88 %
PTME	ND	ND	ND	ND	ND	97 %	98 %	98 %
PECM	ND	ND	ND	ND	ND	67 %	92 %	95 %
DISPENSATION ARV	ND	ND	ND	ND	ND	100 %	100 %	100 %
Prévalence du VIH chez les femmes en consultations prénatales	3,4 %	3,9 %	3,5 %	3,6 %	ND	ND	3,3 %	3,3 %
Prévalence de la syphilis chez les femmes en consultations prénatales	1,3 %	1,1 %	1,2 %	ND	ND	0,9%	0,7 %	0,7 %

² Ce taux a été calculé par rapport à l'ensemble des PVVIH attendues et non PVVIH éligibles

Annexe 2 - Algorithme national de dépistage



Annexe 3 : Situation du matériel mobilier du PNLS en 2015 (Annexe)

N°	Désignation	Quantité	Etat
MATERIEL INFORMATIQUE			
1	Disques durs externes	05	Bon état
2	Serveur	01	Hors usage
3	Routeur	11	9 en bon état
4	Puce GSM	09	Bon état
5	Imprimante Blanc Noir	38	30 en bon état
6	Imprimante Couleur	02	1 en bon état et 1 en mauvais état
7	Imprimante OKI	01	Bon état
8	Photocopieur	11	5 en bon état
9	Scanner	02	1 en bon état et 1 en mauvais état
10	Résographe	01	Bon état
11	Multiprise parasurtenseur	42	39 en bon état et 3 en mauvais état
12	Régulateur	13	11 en bon état
13	Rallonge	10	3 en bon état et 7 en mauvais
14	Ecran d'ordinateur	06	Mauvais état
15	Ordinateur portable	16	15 en bon état et 1 en mauvais état
16	Ordinateur de bureau	30	28 en bon état et 2 en mauvais état
17	Onduleur	36	30 en bon état et 6 en mauvais état
18	Souris	06	Mauvais état
19	Clavier	04	Mauvais état
20	Coffret de switch	01	Bon Etat
21	Switch 8 ports	03	2 en bon état
22	Unité Centrale	04	Mauvais état
23	Point d'accès	01	Bon état
24	Groupe Electrogène	01	Bon état
25	Rallonge	07	3 en bon état et 4 en mauvais
26	Véhicule	09	Bon état
27	Motos	05	Bon état
28	Machine à relier	02	Mauvais état
29	Téléphone	24	21 en bon état
30	Appareil Fax	06	4 en bon état

N°	Désignation	Quantité	Etat
31	Autocom	02	1 en bon état et 1 en mauvais état
32	Etagère en bois	01	Bon état
33	Coffre Fort	04	Bon état
34	Armoire en bois	08	7 en bon état
35	Armoire vitrée à double battants	05	Bon état
36	Armoire Métalique	01	Bon état
37	Mini Armoire	08	Bon état
38	Présentoir	02	Bon état
39	Armoire	01	Bon état
MATERIEL DE BUREAU			
1	Table de réunion	02	Bon état
2	Cafetière	01	Bon état
3	Tablette	12	Bon état
4	Table d'ordinateur	01	Bon état
5	Rayon à double face	07	Bon état
6	Armoire murale	01	Bon état
7	Bureau simple	14	13 en bon état
8	Bureau avec retour	12	Bon état
9	Table de bureau simple	22	Bon état
10	Fauteuil directeur avec roulette	23	Bon état
11	Chaise visiteur en bois/métallique bourée et non bourée	130	118 en bon état
12	Fauteuil visiteur	43	35 en bon état
13	Banc	04	2 en bon état
14	Photo murale	20	17 en bon état
15	Montre murale	03	2 en bon état
16	Tableau d'affichage	11	Bon état
17	Tableau mural	16	Bon état
18	Tableau Padex	05	4 en bon état
19	Tableau de projection	02	1 en bon état et 1 en mauvais état
20	Analyseur	01	Bon état
21	Laveur	01	Bon état
22	Incubateur	03	Bon état
23	Compteur CD4	02	Mauvais état
24	Thermocycleur	02	Bon état
25	Thermomixer	01	Bon état
26	Hotte	01	Bon état
27	Chaîne Elisa (Incubateur, lecteur, Laveur)	02	1 en bon état et 1 en mauvais état
28	Porte pipette	01	Mauvais état

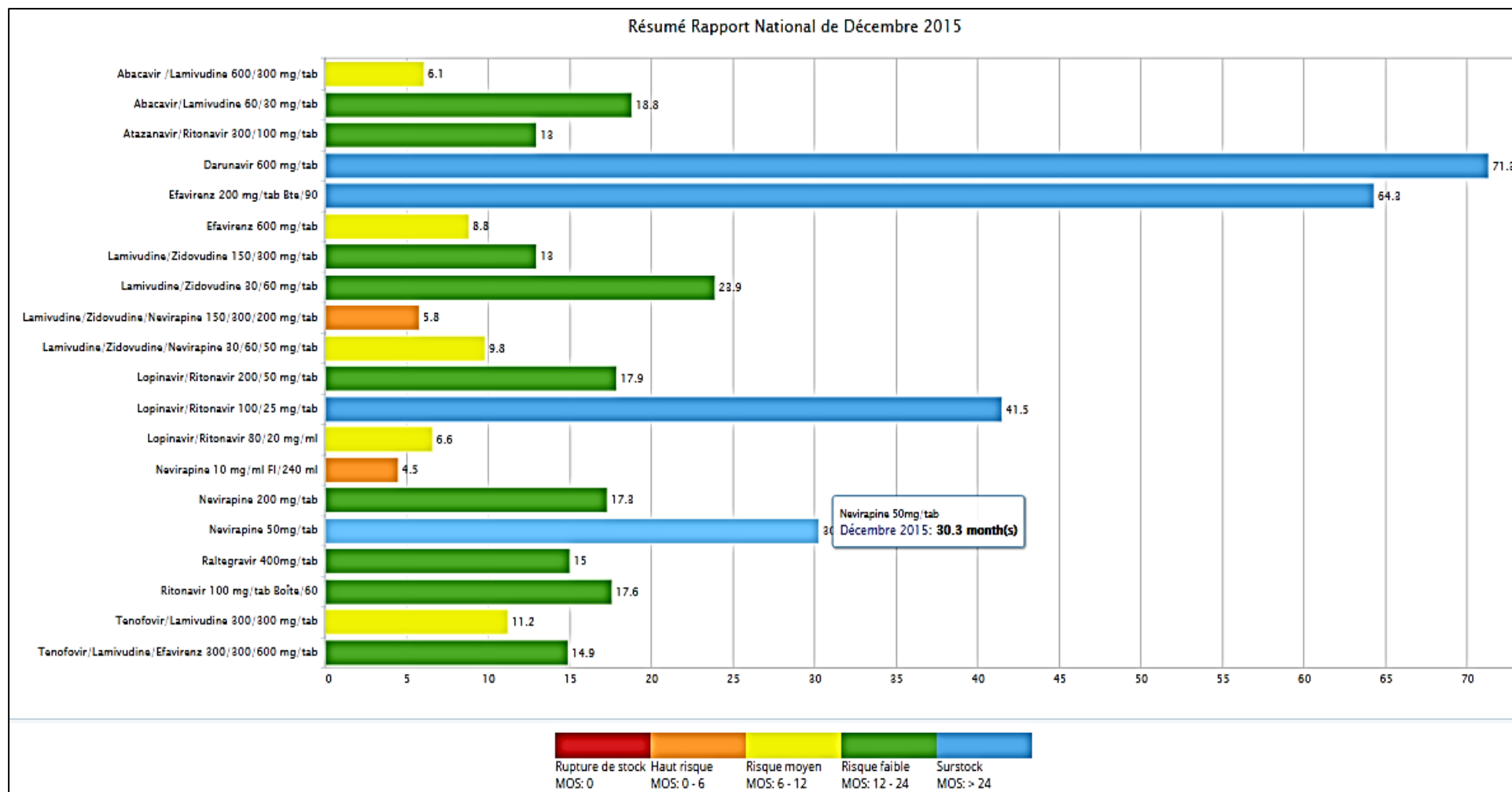
N°	Désignation	Quantité	Etat
29	Vortex	02	1 en bon état et 1 en mauvais état
30	Centrifugeuse	03	2 en bon état
31	Agitateur	02	Bon état
32	Puncher	01	Bon état
33	Congélateur	02	1 en bon état et 1 en mauvais état
34	Réfrigérateur	08	Bon état
35	Téléviseur	03	Bon état
36	Radio cassette	01	Bon état
37	Lecteur DVD	02	1 en bon état et 1 en mauvais état
38	Ventilateur	01	Bon état
39	Porte Télé	02	Bon état
40	Vidéo projecteur	06	2 en bon état
MATERIEL DIVERS			
1	Climatiseur	35	Bon état
2	Lavabo	07	Bon état
3	Miroir de douche	04	Bon état
4	Pot WC	07	Bon état
5	Brasseur plafonnier	09	7 en bon état
6	Cantine	02	Bon état

Annexe 4 : Situation du personnel du PNLS en 2015

Tableau XXIII : Répartition du personnel du PNLS en 2015 par unité et qualification

Type de personnel	Effectif du personnel par services et qualification								
	COORDI.	UPECM	USER	UPTME	UIS T	CNR	UCD	UGIM	UAFL
Médecin de santé publique				1					
Médecin généraliste	1	2							
Médecin biologiste						1			
Epidémiologiste			1						
Pharmacien								1	
Gestionnaire des cadres administratifs de Soins de santé			1						
Gestionnaires des services de santé			1						
Assistant médical de santé publique		2		1			1		
Sage-femme de santé publique				1	2				
Infirmier diplômé d'Etat de SP				1	1		1		
Technicien Supérieur de Laboratoire			1			5			
Chargée de communication							1		
Comptable gestionnaire									2
Comptable									4
Attaché d'administration									1
Informaticien			1						
Statisticiens			1						
Secrétaire de direction									2
Secrétaire									2
Archiviste/Documentaliste			1					1	
Sociologue		1	1				1		
Anthropologue								1	
Opérateurs de saisie			1			1		1	
Emploi de bureau									1
Chauffeurs									5
Agents d'entretien (technicien de surface)									2
Agents de sécurité (Gardien)									2
Personnel d'appui des carnets de soins									2
TOTAL	1	6	8	4	3	7	4	3	23
TOTAUX	59								

Annexe 5 : DISPONIBILITE DES INTRANTS EN 2015.



ANNEXE 6 : STOCK DISPONIBLE DES ARV AVEC LEUR CMM ET MSD

Stock national

Nom Du Pays : Togo, Groupe de produits : ARV

Mois : Décembre, Année : 2015

SL	Product	STOCK DISPONIBLE	CMM	MSD	Livraison attendue en 2016
1	Abacavir /Lamivudine 600/300 mg/tab	4 949	812	6,1	6423
2	Abacavir/Lamivudine 60/30 mg/tab	22 923	1 217	18,8	24220
3	Atazanavir/Ritonavir 300/100 mg/tab	39 913	3 062	13	31185
4	Darunavir 600 mg/tab	1 425	20	71,3	
5	Efavirenz 200 mg/tab Bte/90	7 848	122	64,3	
6	Efavirenz 600 mg/tab	10 984	1 248	8,8	
7	Lamivudine/Zidovudine 150/300 mg/tab	14 865	1 147	13	1004
8	Lamivudine/Zidovudine 30/60 mg/tab	8 346	349	23,9	
9	Lamivudine/Zidovudine/Nevirapine 150/300/200 mg/tab	131 411	22 721	5,8	12657
10	Lamivudine/Zidovudine/Nevirapine 30/60/50 mg/tab	20 964	2 136	9,8	8484
11	Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg/tab	28 712	1 604	17,9	19937
12	Lopinavir/Ritonavir 100/25 mg/tab	6 184	149	41,5	8520
13	Lopinavir/Ritonavir 80/20 mg/ml	1 022	154	6,6	2209
14	Nevirapine 10 mg/ml Fl/240 ml	272	61	4,5	407
15	Nevirapine 200 mg/tab	3 534	204	17,3	3903
16	Nevirapine 50mg/tab	3 872	128	30,3	
17	Raltegravir 400mg/tab	255	17	15	
18	Ritonavir 100 mg/tab Boîte/60	598	34	17,6	
19	Tenofovir/Lamivudine 300/300 mg/tab	45 956	4 106	11,2	45069
20	Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz 300/300/600 mg/tab	171 254	11 501	14,9	266035

CMM : Consommation Moyenne Mensuelle (sur les 3 derniers mois : Octobre Novembre et Décembre 2015)

MSD : Mois de Stock Disponible (Niveau de stock exprimé en nombre de mois)

Annexe 7 : Tableau de bord Décembre 2015

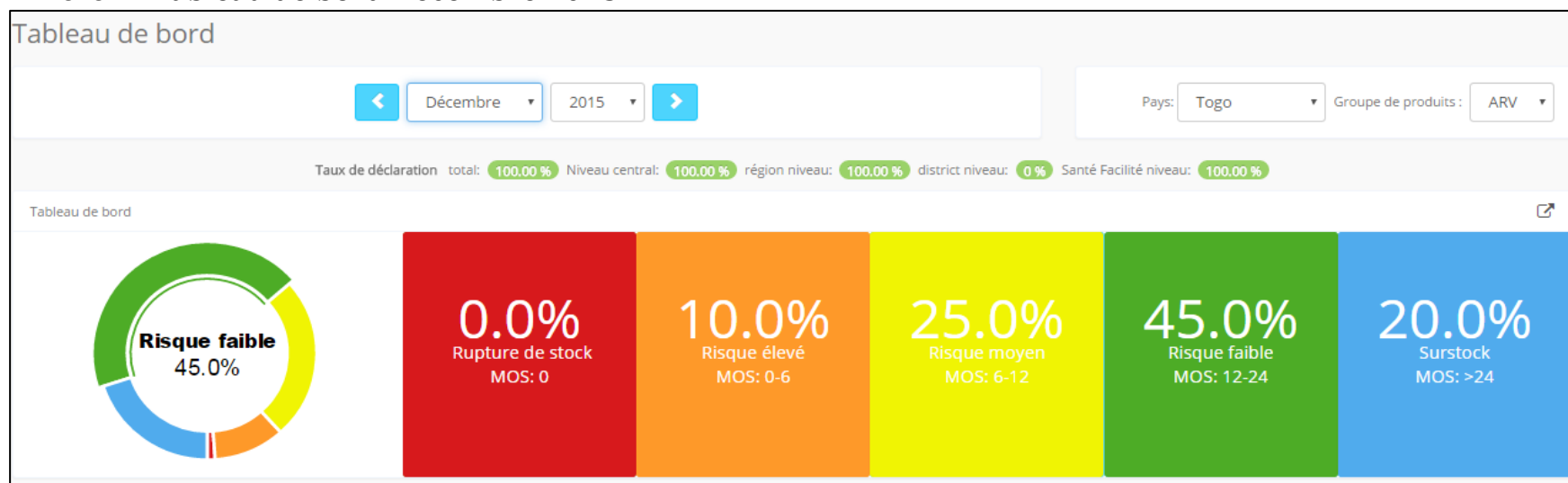


Figure 17: Tableau de bord Décembre 2015