

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA ET LES IST

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie

Rapport Annuel des Activités

Année 2007

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	03
Introduction.....	04
I. Activités de Prévention.....	05
Conseil et dépistage.....	06
Activités d'IEC/CCC.....	14
Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant.....	15
Diagnostic et Traitement des IST.....	22
Sécurité Transfusionnelle.....	28
II. Soins, Traitement et Soutien	30
Soutien et traitement.....	31
Soutien aux PVVIH.....	39
III. Suivi/Evaluation et Coordination	41
Suivi/Evaluation.....	42
Coordination.....	43
Sources de financements des interventions.....	46
IV. Difficultés & Conclusion.....	47
Difficultés rencontrées.....	48
Conclusion	49
Perspectives	49
Remerciements.....	50
V. Annexes.....	51

Liste des abréviations

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

Introduction

Le Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS/IST), structure de gestion de la réponse VIH du ministère de la santé a mis en œuvre et coordonné plusieurs activités de la riposte nationale :

- Le conseil dépistage
- La prévention de la transmission mère-enfant
- Le diagnostic et le traitement des IST
- Les Soins et traitement des PVVIH

D'autres interventions comme la sécurité transfusionnelle et la promotion des préservatifs sont coordonnées respectivement par le service national de transfusion sanguine et la Division de la Santé Familiale.

Le PNLS est sollicité aussi au cours des activités d'IEC/CCC, notamment dans l'appui des ONG/Associations de certains districts sanitaires et la production des documents de sensibilisation.

Toutes les interventions coordonnées par le PNLS ont été mises en œuvre par les acteurs du secteur public, privé, confessionnel et associatif. Les différentes activités ont été soutenues par le gouvernement, les partenaires en développement bilatéraux et multilatéraux et par certains projets.

I - Activités de Prévention

1.1. Conseil et Dépistage

1.1.1 COUVERTURE

Au plan national, en tout 51 CDVA ont été répertoriés au cours de cette année. La répartition de ces centres selon les régions est la suivante :

Tableau 1 : Répartition des CDVA suivant les régions sanitaires

Régions	Nombre de CDVA	Pourcentage (%)
Lomé commune	15	29,4
Maritime	06	12
Plateaux	11	22
Centrale	06	12
Kara	08	16
Savanes	05	10
TOTAL/PAYS	51	100

Sur le nombre total de CDVA en 2007, 29,4% (n=15) sont des structures autonomes et 70,6 (n=36) sont des centres intégrés à des structures de soins.

Sur la base des 51 CDVA actuels, les régions de Lomé commune et des Plateaux disposent de plus de centres soit respectivement 29,4% et 22%.

1.1.2 FREQUENTATION

Sur le plan national, le nombre de clients ayant fréquenté les centres de dépistage (CDVA et PTME) est de 94517 (dont 62341 dans les CDVA). Sur cet effectif, 88 938 personnes ont été dépistées, soit 97,5 %. Dans toutes les régions sanitaires plus de 90% des personnes qui ont visité les sites ont effectué le test de dépistage VIH (Tab.2).

Tableau 2 : Fréquentation des centres par région

<i>Région</i>	<i>Fréquentation</i>	<i>Dépistés</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Lomé commune	42 675	39 190	91.8
Maritime	14 925	14 725	98.6
Plateaux	13 653	12 724	93.2
Centrale	6 594	6 096	92.4
Kara	8 901	8 875	99.7
Savanes	7 769	7 328	94.3
TOTAL	94 517	88 938	97,5

1.1.3 RESULTATS DU DEPISTAGE

Le taux de complétude des rapports parvenus au PNLS/IST est de 94% ; (62 rapports mensuels manquant sur 1020 attendus des 85 structures de conseil dépistage et de sites PTME).

1.1.3.1 Résultats selon les régions sanitaires

Le tableau 3 montre la répartition des cas dépistés par région et documente l'importance des volumes des activités de Lomé commune

Tableau 3 : Répartition des cas dépistés par région

<i>Régions</i>	<i>Effectif testé</i>	<i>%</i>
LOME	39 190	44,1
MARITIME	14 725	16,6
PLATEAUX	12 724	14,3
CENTRALE	6 096	6,9
KARA	8 875	9,9
SAVANES	7 328	8,2
Total	88 938	100

Lomé Commune qui a 29 % de centres et 1/5 de la population a dépisté 44,1 % des clients. Le tableau 4 montre la répartition des dépistés par région et suivant le sexe.

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

<i>Régions</i>	<i>SEXE</i>				Total
	masculin	%	Féminin	%	
LOME	15 346	39,1	23 844	60,8	39 190
MARITIME	5 285	35,8	9 440	64,1	14 725
PLATEAUX	4 501	35,3	8 223	64,6	12 724
CENTRALE	1 639	26,8	4 457	73,1	6 096
KARA	3 292	37,0	5 583	63	8 875
SAVANES	1 932	26,3	5 396	73,6	7 328
TOTAL	31 995	36	56 943	64	88 938

Parmi les personnes dépistées les femmes étaient majoritaires : en effet, **56 943 des sujets étaient sexe féminin (64 %) contre, 31 995 de sexe masculin (36 %).**

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

Tableau 5 : Répartition des dépistés par région et par résultat

<i>Régions</i>	<i>Négatif</i>	<i>Positif</i>	<i>% de positifs</i>
LOME	34 414	4 776	12,1
MARITIME	12 884	1 841	12,5
PLATEAUX	11 391	1 333	10,4
CENTRALE	5 473	623	10,2
KARA	8 132	743	8,4
SAVANES	7 023	305	4,1
TOTAL	79 317	9 621	10,8

Les résultats de la séroprévalence par région confirment le profil épidémiologique au niveau spatial dans notre pays. **La prévalence du VIH décroît du Sud au Nord (12.1% à Lomé et 4.1% dans les savanes).** Dans l'ensemble, la proportion des séropositifs est de 10,8% en 2007.

Le tableau 6 présente la comparaison des données de dépistage de 2005 à 2007.

Tableau 6 : Données comparatives de dépistage de 2005 à 2007

Régions	Fréquentation			Dépistés			% de séropositifs		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Lomé commune	39 421	36981	42 675	26 117	36 201	39 190	11,9	12,1	12,1
Maritime	945	5 564	14 925	945	5 575	14 725	6,9	14,8	12,5
Plateaux	4 447	16 720	13 653	4 167	16 635	12 724	12,6	7,3	10,4
Centrale	1 875	6 401	6 594	1 869	6 331	6 096	9,6	7,7	10,2
Kara	2 226	10 390	8 901	2 182	10 396	8 875	11,5	6,6	8,3
Savanes	1 212	7 203	7 769	1 199	7 178	7 328	7,6	3,4	4,1
Total	57 934	83 59	94 517	44 005	82 006	88 938	12	10	10,8

Ce tableau montre que dans l'ensemble, le nombre de clients fréquentant les centres et le nombre de cas dépistés sur les trois ans ont connu une augmentation sensible (57934 en 2005 contre 94517 en 2007). Quant à la séroprévalence globale, on note une stabilisation de la prévalence du VIH dans les centres de dépistages depuis 2 ans.

1.1.3.2 Résultats selon l'âge et le sexe

Tableau 7 : Répartition des résultats des tests suivant les régions et le sexe

Région	Total testé	Séropositifs	
		Sexe masculin n (%)	Sexe féminin n (%)
Lomé commune	39190	1 302 (3,3)	3 474 (8,8)
Maritime	14 725	521 (3,5)	1 320 (8,9)
Plateaux	12 724	374 (2,9)	959 (7,5)
Centrale	6 096	137 (2,2)	486 (7,9)
Kara	8 875	213 (2,4)	530 (5,9)
Savanes	7 328	79 (1,0)	226 (3,0)
Total	88 938	2 626 (3,0)	6 995 (7,8)

Les résultats selon le sexe confirment la vulnérabilité de la femme face au VIH par rapport à l'homme. En effet aussi bien au niveau national qu'au niveau régional, **la séroprévalence du VIH chez les femmes est en moyenne de deux fois plus élevée chez l'homme et ceci dans toutes les régions.**

Tableau 8 : Répartition des résultats suivant les tranches d'âge

Tranches d'âge (ans)	Effectif dépisté	Séropositifs	%
0 -14	3 989	416	10,4
15 -19	12 180	290	2,3
20 - 24	20 399	1 238	6,0
25 - 34	31 565	4 250	13,4
35 - 49	17 521	2 973	16,9
50 +	3 284	454	13,8

Il est à signaler que le nombre relativement important de séropositifs et leur proportion dans la tranche d'âge de 0 à 14 ans s'expliquent en grande partie par le fait que ces données pour la plupart proviennent des rapports des CDV des hôpitaux où le dépistage des enfants a été important (A Lomé par exemple, à cause de la gratuité, le service de pédiatrie a utilisé le centre de dépistage du PNLS sis à côté du CHU pour le dépistage des enfants hospitalisés). Il faut souligner qu'en dehors des enfants de 0-14 ans, le taux de prévalence croit régulièrement avec l'âge jusqu'à 49 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Tab 8 & 9).

Tableau 9 : Répartition des séropositifs dans les différentes tranches d'âge en fonction du sexe.

Tranche d'âge (ans)	Sexe masculin			Sexe féminin		
	Effectif testé	Nb de positifs	%	Effectif testé	Nb de positives	%
0 - 14	1 794	209	11,6	2 195	207	9,4
15 - 19	3 670	40	1,0	8 472	250	2,9
20 - 24	5 641	90	1,5	14 611	1 148	7,8
25 - 34	10 246	762	7,4	21 319	3 488	16,3
35 - 49	8 566	1 311	15,3	8 953	1 670	18,6
50 et +	2 078	214	10,3	1 393	232	16,6
Total	31 995	2 626	8,2	56 943	6 995	12,2

Dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans (correspondant aux nouvelles infections) le taux de séropositivité est de 4.7% (Tab. 9)

Tableau 10 : Sexe et proportion des séropositifs dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans

Tranche d'âge	Sexe masculin		Sexe féminin		Total	
	Effectif testé	% Pos	Effectif testé	%	Effectif	%
15 – 24 ans	9 311	1,4 n=130	23 268	6,0 n=1398	32 579	4,7 n=4755

Le tab 9 montre que dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans les filles sont trois (3.3) fois plus infectées que les garçons

1.1.4. FORMATION

En matière de formation, 100 prestataires ont été formés au cours de l'année 2007 et 130 conseillers et techniciens de laboratoires ont été formés par PSI.

1.1.5. APPROVISIONNEMENT DES SITES EN REACTIFS

Trois structures ont connu une rupture de stock de réactifs de plus de deux semaines au cours de l'année.

1.1.6. ACTION DE PROMOTION DU DEPISTAGE.

Deux actions principales ont été menées dans ce domaine. Il s'agit des :

- Journées Portes Ouvertes sur les dépistages organisés sur le site du CCD et sur le site de l'Ecole Nationale des Sages Femmes du 15 au 20 octobre 2007.
- Journées Portes Ouvertes sur les dépistages organisés dans le cadre de la 20^e Journée Mondiale du SIDA au Centre communautaire de Bè du 28 novembre au 04 décembre 2007.

Les résultats obtenus lors de ces journées sont les suivants :

- Au CCD et à l'Ecole des Sages femmes, sur 1 038 sujets dépistés, 581 sont de sexe masculin et 457 de sexe féminin avec respectivement des taux de prévalence de 8% et de 12%.

Dans la tranche d'âge de 15-24 ans, il y a eu 171 sujets de sexe masculin et 192 de sexe féminin ; les proportions de séropositifs étaient respectivement de 1,8% et de 6,2%.

- ☑ Au Centre Communautaire de Bè, sur 940 clients dépistés, 515 sont de sexe masculin et 425 de sexe féminin avec respectivement comme proportion de séropositifs, 7,3% et 13,4%.

Dans la tranche d'âge de 15-24 ans, il y a eu 139 sujets de sexe masculin et 166 de sexe féminin ; les proportions de séropositifs sont respectivement de 2,1% et de 4,8%.

1.1.7. COORDINATION

Deux réunions ont été organisées dans l'année et ont permis de discuter avec les points focaux régionaux et les responsables des CDVA publics et associatifs et des sites PTME sur les problèmes de gestion des sites (réactifs, collecte des données).

Un groupe thématique Conseil & dépistage a été mis en place

1.2. Activités d'IEC/CCC

Plusieurs activités ont été réalisées par l'unité de l'Information, de l'Education et de la Communication pour un Changement de Comportement.

1.2.1. PRINCIPALES ACTIVITES

1.2.1.1 Production des supports de communication

En vue de renforcer les messages pour un changement de comportement vis à vis des jeunes et obtenir leur adhésion pour le dépistage du VIH, la PTME et la prise en charge médicale des PVVIH, des supports de communication ont été reproduits et distribués : Il s'agit de :

- ❖ 60.000 dépliants et 3.800 T-shirt.
- ❖ La reproduction et diffusion de 150 cassettes vidéo, sur plusieurs thématiques de sensibilisation et d'éducation sur le VIH/SIDA et les IST.
- ❖ Passage des messages et communication sur les antennes de radio et de Télévision (notamment dans le cadre des activités de mobilisation de la population sur le conseil dépistage)
- ❖ 399.500 condoms distribués à travers les ONG/association en appui à la prise en charge des PVVIH.

1.2.1.2. Activités d'appui aux ONG et aux districts sanitaires

Au cours de l'année 2007, des activités d'IEC été exécutées en collaboration avec d'autres unités du programme et autres partenaires. Il s'agit de :

- la formation de 100 prestataires de santé (médecins, assistants médicaux, ingénieurs et techniciens de laboratoire) en provenance de toutes les régions du territoire, en conseil/dépistage et en technique de communication avec l'unité de Conseil et Dépistage,
- L'organisation de deux journées portes ouvertes sur le dépistage volontaire et anonyme, avec l'unité de Conseil et dépistage où près de 1978 personnes ont été dépistées,
- a formation de 25 prestataires en conseil dépistage et techniques de communication avec le district N°5 de Lomé,
- Suivi/supervision de la campagne de dépistage du VIH dans le district N°5 (Centre Communautaire de Casablanca et de Tokoin et CMS Elavagnon),
- L'organisation d'un atelier de concertation avec les responsables des ONG/Associations de prise en charge des PVVIH, avec l'appui de GIP-ESTHER,
- Appui en matériel de prévention (condom) à 160 ONG/ Associations de lutte contre le Sida,
- L'encadrement de 40 étudiants stagiaires de l'ENAM,
- Participation à l'organisation de la 20^è journée de lutte contre le SIDA.

1.3. Prévention de la Transmission de la Mère-Enfant

1.3.1. COUVERTURE

Les activités de PTME dans ses 4 composantes (prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives, les interventions spécifiques visant à réduire la Transmission mère enfant et enfin, les soins, soutien et traitement aux femmes séropositives, à leurs enfants et à leurs familles) a été mise en place dans sept nouveau (7) centres de SMI/PF dans 5 nouveaux districts. Ceci a permis de porter à 41 le nombre de sites de PTME sur les 625 centres de SMI/PF que compte le pays. De 5% de couverture géographique en soins prénatals en 2006, la couverture de la PTME est passée à 6,5% en fin 2007, pour une couverture de 7,5% prévue dans le cadre stratégique 2007-2010 en 2008.

Actuellement, ces 41 sites de PTME, sont répartis dans 19 districts sur 35 du pays. Sur 27697 reçus en consultation prénatale dans les sites PTME 20553 ont été dépistés et sur ce nombre 1481 étaient séropositives.

1.3.2. FREQUENTATION DES SERVICES DE PTME

Les résultats des activités du programme sont en réalité ceux des anciens 34 sites car les sept (7) nouveaux sites ont été mis en place qu'au dernier trimestre 2007. Au cours de l'année dans les 34 sites 27543 femmes ont été reçues en consultations prénatales et 20553 femmes enceintes sont dépistées et 1481 étaient séropositives

Les résultats sont présentés en fonction des quatre (4) composantes du programme.

1.3.2.1. Prévention primaire de l'infection à VIH

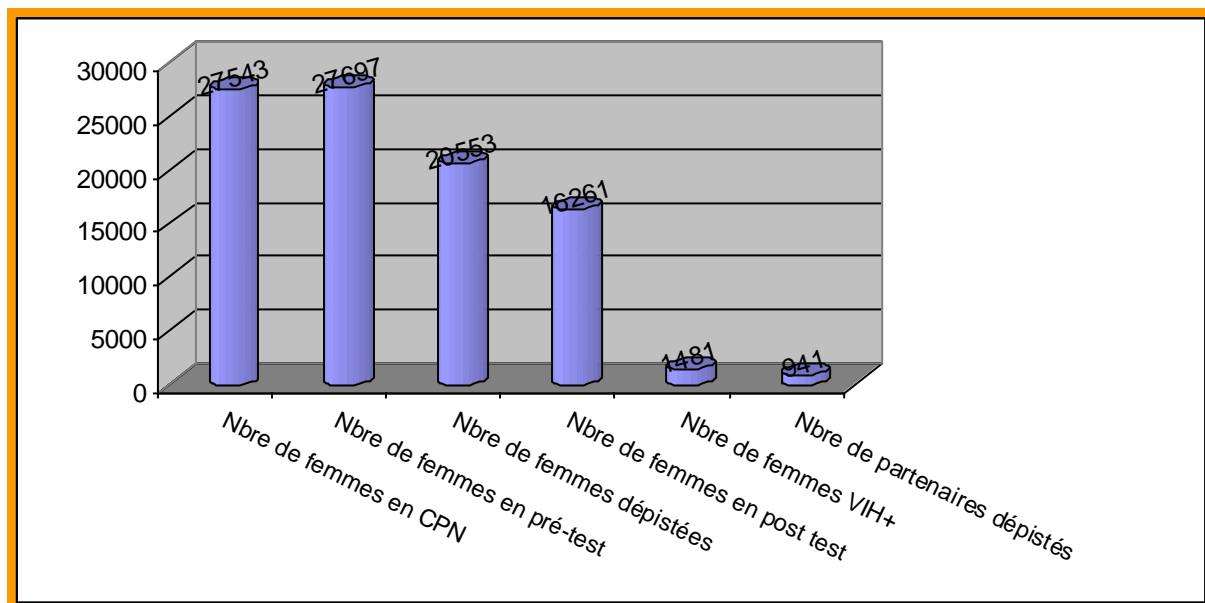


Fig.1: Résultats du conseil et dépistage volontaire chez les femmes enceintes et leurs partenaires.

Le conseil est offert dans les centres de SMI ayant intégré les services de PTME, aux femmes enceintes, leurs partenaires et aux femmes en âge de procréer fréquentant ces centres. Le taux d'acceptation du dépistage chez les femmes enceintes est de 74,2 % et de 4,5% chez leurs partenaires. Ces résultats restent encourageants, comparativement à 2006. Un effort de sensibilisation a été fait, au niveau des anciens sites de PTME, auxquels est venu s'ajouter l'ensemble des personnes formées cette année. Il reste un travail important à mener vers les partenaires des femmes dépistées séropositives, pour les amener à accepter d'être dépistés.

1.3.2.2. Prévention des grossesses non désirées

Les femmes enceintes séropositives, après l'accouchement doivent être référées aux services de planification familiale : en 2007, 21% (169/811) seulement de femmes ont bénéficié des conseils sur la planification familiale. Ce résultat traduit, l'importance de l'implication des services de la santé maternelle et infantile dans la mise en place de toutes les composantes de la PTME. Cette implication doit être améliorée afin de prendre en charge la majorité de femmes séropositives après l'accouchement.

1.3.2.3. Interventions spécifiques visant à réduire la TME

* **Prophylaxie ARV**

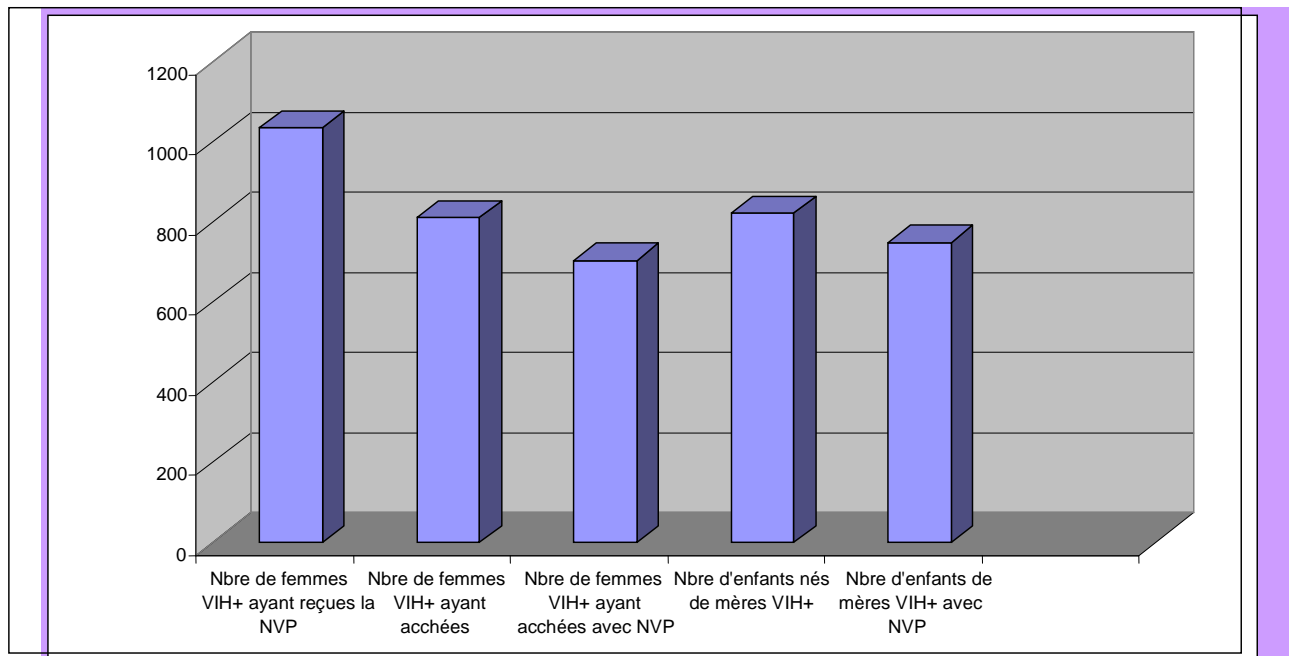


Fig.2 : Mono prophylaxie à la Névirapine chez les femmes séropositives et leurs enfants.

Le protocole prophylactique utilisé est celui de la mono prophylaxie par la Névirapine. Parmi les femmes ayant reçu la Névirapine, 68% ont accouché après la prise médicamenteuse et 91% des enfants en ont bénéficié après leur naissance. Une progression de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'une prise en charge médicale, est enregistrée cette année, par rapport à 2006.

*** Alimentation du nourrisson de mère séropositive**

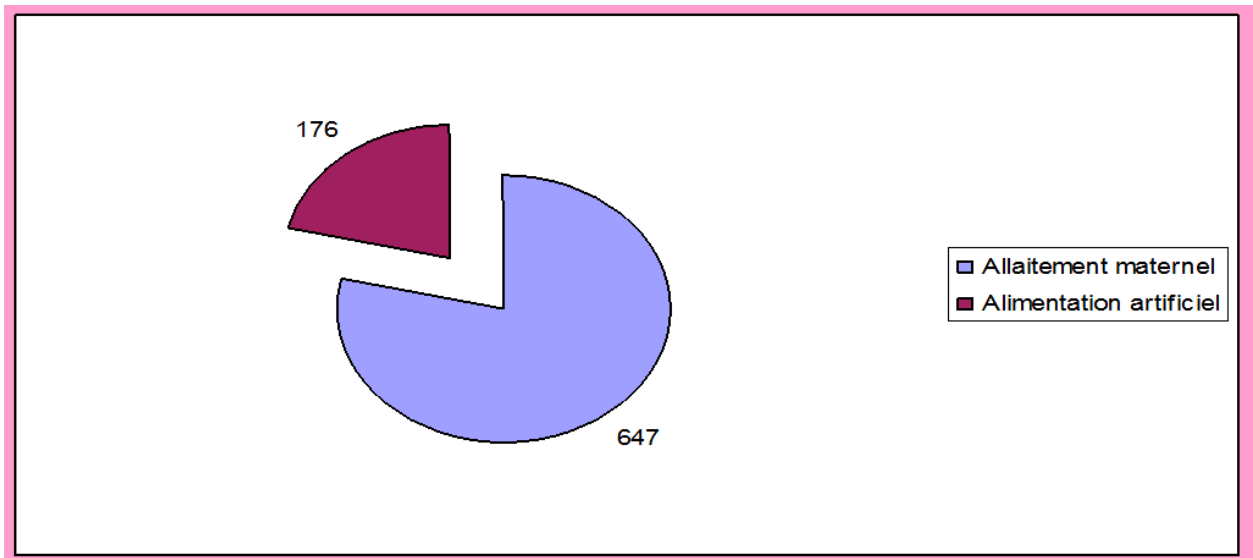


Fig. 3 : Répartition des enfants selon l'option d'alimentation

La majorité des femmes séropositives choisissent d'allaiter leurs enfants soit par faute de moyens financiers soit pour se mettre à l'abri de la stigmatisation. L'hôpital de Bè a bénéficié de l'appui de la Fondation Ouest Africaine de l'alimentation (ONG) pour la subvention de l'alimentation artificielle de 100 enfants et la subvention de farines enrichies pour 50 enfants. En 2007, 176 enfants ont reçu une alimentation artificielle dès la naissance.

1.3.2.4. Soins traitement et soutien des femmes séropositives, de leurs enfants et de leurs familles

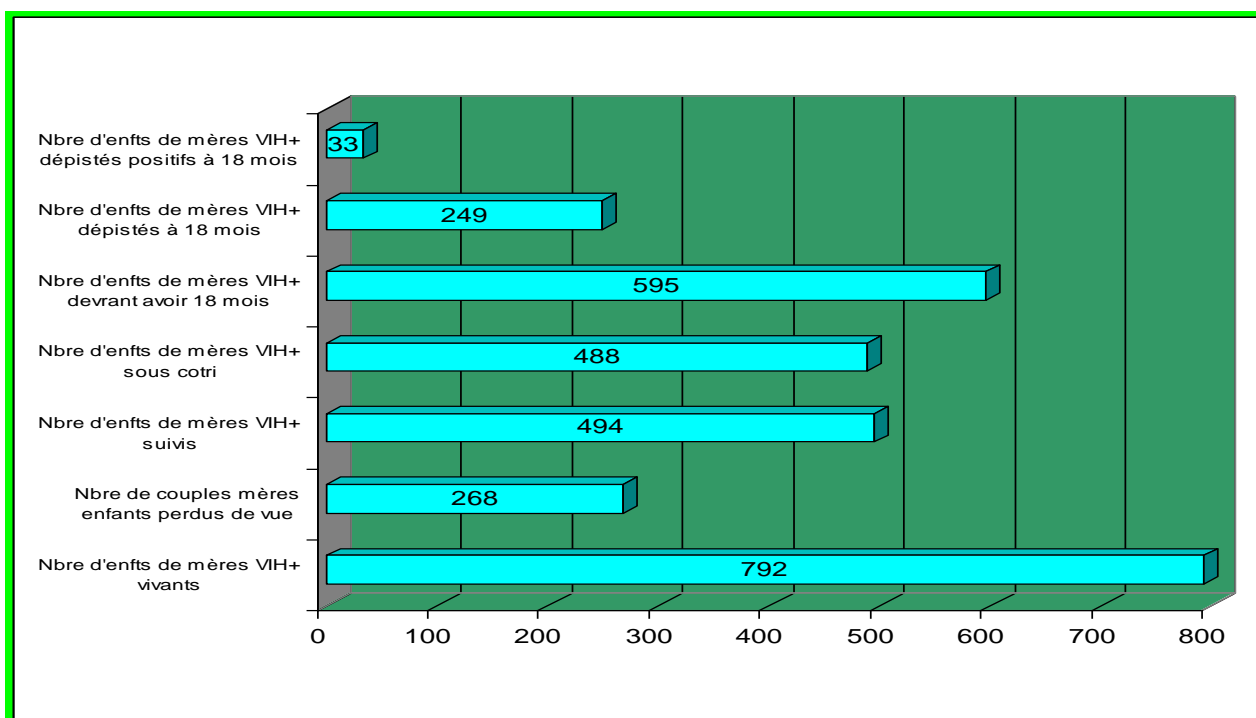


Fig. 4 : Suivi et soins des enfants de mères séropositives

Parmi les enfants de mères séropositives vivant, 62,3% sont suivis et 61,6% ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole ; 41,8% d'enfants ayant l'âge de 18 mois connaissent leur statut sérologique. La proportion d'enfants de mères séropositives suivis dépistés positifs à partir de 18 mois d'âge est de 13,2%.

Afin d'améliorer le suivi des femmes séropositives et de leurs enfants, 5 groupes de parole supplémentaires ont été mis en place dans 5 sites (CHR et PMI Sokodé, CHR et PMI Tsévié, CHU-Tokoin) et les femmes bénéficient d'une collation à la fin de chaque réunion mensuelle. Il reste que le suivi des enfants nés de mères séropositives, soit appuyé sur la dynamique communautaire. Par ailleurs la mise en place dans le pays de méthode de diagnostic précoce du VIH chez les enfants aidera en partie à réduire le taux de perdu de vue des enfants.

1.3.3. FORMATION

En 2007, 161 prestataires ont été formés sur la PTME. Ces prestataires viennent renforcer les pools des personnes déjà formées. Ce qui porte à 535, le nombre de prestataires formés depuis le démarrage du programme PTME. Ces personnes ressources formées/recyclées, devraient permettre de voir la PTME, prendre un réel élan en 2008, avec la poursuite du cycle de formation et de l'extension de ce programme à de nouveaux sites.

1.3.4 SUPERVISION

En 2007, 20 sites sur les 34 ont bénéficié d'au moins une supervision du niveau central. Ces supervisions ont permis de suivre les activités menées, de mobiliser les équipes dans l'accomplissement de leurs tâches et surtout de chercher ensemble des solutions à leurs difficultés.

1.3.5. COORDINATION DES ACTIVITES

- Une réunion de coordination a été tenue avec tous les responsables des sites PTME,
- Un groupe thématique PTME a été mis en place au PNLS/IST.

Tableau 11 : RECAPITULATIF DES RESULTATS OBTENUS EN 2007

Indicateurs		2006	%	2007	%
		14 districts		14 districts	
1	Nbre de femmes reçues en CPN	24116		27543	
2	Nbre de femmes ayant reçu le pré-test	26990	111,9	27697	
3	Nbre de femmes ayant fait le dépistage après le pré-test	19031	70,5	20553	74,2%
4	Nbre de femmes reçu en post test	15347	80,6	16261	79,1%
5	Nbre de femmes dépistées positives	1334	7	1481	7,2%
6	Nbre de partenaires sexuels dépistés	641	3,3	941	4,5%
7	Nbre de partenaires sexuels dépistés positifs	191		201	
8	Nbre de femmes séropositives ayant reçu la nivérapine	910	68,2	1036	
9	Nbre de femmes séropositives ayant accouché	667		811	
10	Nbre de femmes séropositives ayant accouché sous NVP cp	617	92,5	705	68%
11	Nbre d'enfants nés de femmes séropositives	637		823	
12	Nbre d'enfants nés de femmes séropositives décédés	42		31	
12	Nbre d'enfants ayant reçu la NVP sp	617	96,8	749	91%
13	Nbre d'enfants sous allaitement maternel exclusif	575	86,7	647	78,6%
14	Nbre d'enfants sous lait artificiel	88	13,2	176	
15	Nbre d'enfants suivis	500		494	62,3%
16	Nbre d'enfants ayant 18 mois	184		595 (2005)	
17	Nbre d'enfants connaissant leur statut à 18 mois	68	36,9	249	41,8%
18	Nbre d'enfants dépistés positifs à 18 mois	11	16,1	33	13,2%
19	Nbre d'enfants sous cotrimoxazole	462		488	61,6%
20	Nbre de femmes sous ARV	105		85	
21	Nbre d'enfants sous trithérapie	40		-	-
22	Nbre de couple mère-enfant perdu de vue	95	-	268	33,8%
23	Nbre d'enfants ablactés à mois	-	-	523	

1.4. Diagnostic et Traitement des IST

L'unité IST coordonne les activités de prise en charge (PEC) syndromique des infections sexuellement transmissibles (IST) et le suivi du dépistage actif de ces infections chez les travailleuses de sexe (TS).

1.4.1. COUVERTURE

1.4.1.1. Prise en charge des IST

Les cas d'IST sont diagnostiqués dans toutes les structures de soins réparties dans les 6 régions sanitaires. Mais le niveau central n'a pas une vision complète de structures qui font la prise en charge syndromique des IST.

La PEC des IST est essentiellement basée sur l'approche syndromique.

Les syndromes IST retenus au niveau national sont :

- Écoulement urétral
- Écoulement vaginal
- Ulcération génitale
- Tuméfaction du scrotum
- Douleurs abdominales basses
- Bubon inguinal
- Condylomes ou végétations vénériennes
- Conjonctivite du nouveau-né.

1.4.1.2. Suivi de dépistage actif des IST chez les TS

Onze (11) services adaptés (SA) sont implantés sur l'étendue du territoire (un au moins dans chaque région). Tous les 11 SA sont fonctionnels et transmettent les données au PNLIS.

1.4.2. FREQUENTATION

1.4.2.1 Situation des cas d'IST par tranche d'âge et par sexe

En 2007, **62 915** cas d'IST ont été notifiés. Les patients âgés de plus de 30 ans représentent la proportion la plus importante de l'effectif total (31,90 %) suivis de la tranche d'âge de 25 à 29 ans (27,17) et celle de 20-24 ans (26,96) (voir tableau 12).

Tableau 12 : Nombre de Cas d'IST par tranche d'âge

SYNDROMES IST	5 - 9 Ans	10 -14 ans	15 -19 ans	20 - 24 ans	25 - 29 ans	> 30 ans	Total
Écoulement Urétral	10	58	416	1016	1373	1634	4507
Écoulement Vaginal	38	190	3592	7870	6913	6369	24972
Ulcération Génitale	9	53	142	452	499	625	1780
Tuméfaction du Scrotum	4	10	39	63	73	113	302
DI Abdominale Basse	11	103	1319	3260	3107	3640	11440
Bubon Inguinal	1	0	32	65	64	106	268
Végétations Vénériennes	1	3	44	116	126	98	388
CNN	-	-	-	-	-	-	271
NPT	11	106	2318	4120	4944	7488	18987
Total	85	201	7902	16962	17099	20073	62915
%	0,13	0,31	12,55	26,96	27,17	31,90	100

Par ailleurs la clientèle IST enregistrée dans les structures de santé est majoritairement féminine avec 78% du taux d'IST (48962 Femmes et 13953 Hommes). Nous signalons que ces cas d'IST sont diagnostiqués dans la plupart des cas aux consultations prénatales (Fg. 5).

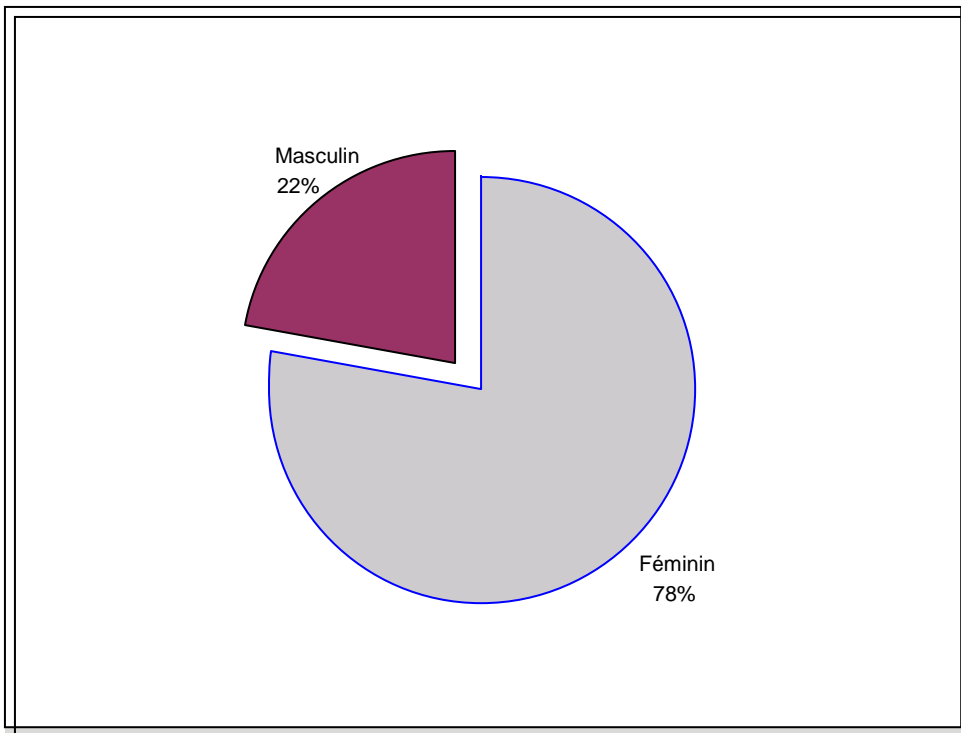


Figure 5 : Répartition des cas IST par sexe en 2007

1.4.2.2. Répartition des cas d'IST par région sanitaire

La région maritime a plus notifié de cas d'IST par rapport aux autres régions (17268 contre 9114 en 2006), suivie de la région des plateaux (15974 contre 10792 en 2006) et de celle de la région centrale (8876 contre 6730 en 2006).

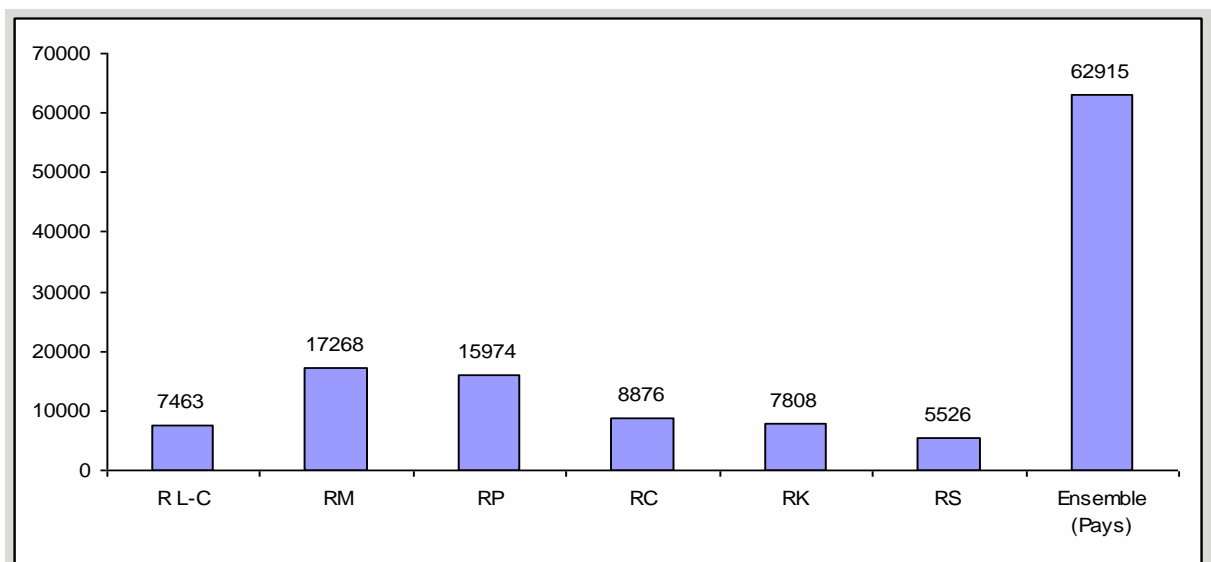


Fig. 6 : Répartition des cas d'IST par région en 2007

Notes : RL C : région Lomé Commune, RM : région Maritime, RC : Région Centrale, RK : région de la Kara, RS : région des savanes

1.4.2.3. Situation de l'ensemble des syndromes d'IST notifiés

Pour l'ensemble du pays, les écoulements vaginaux (EV) constituent le syndrome le plus notifié 24 972 soit 39,69% contre 23006 en 2006 suivi du syndrome inflammatoire pelvien (SIP) ou douleurs abdominales basses (DAB ou SIP) 11440 soit 18,18% contre 8949 en 2006 et de l'écoulement urétral (EU) 4507 soit 5,70% (4638 en 2006).

Il faut signaler également que 30,17% des partenaires sont traités (TPT). (Voir figure 7).

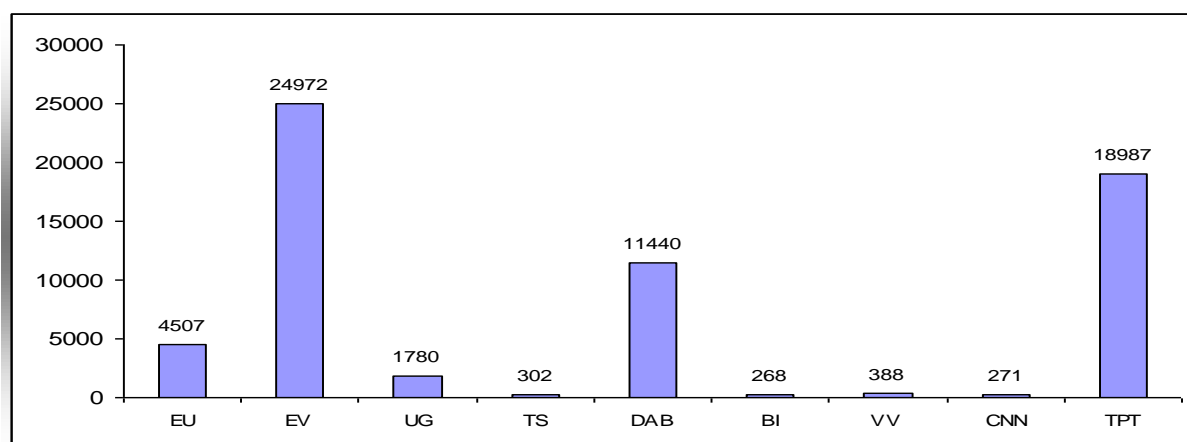


Fig. 7 : Répartition des syndromes IST du Pays en 2007

Notes: UG = ulcération génitale, TS = tuméfaction du scrotum, BI = bubon inguinal, VV = végétation vénérienne ou condylome, CNN = conjonctivite du nouveau-né. TPT : Partenaires sexuels traités

1.4.2.4. Situation par rapport à l'évolution des cas d'IST notifiés de 2004 à 2007

De 2004 à 2007, nous avons constaté une augmentation constante des cas IST notifiés. Ce qui s'explique par le renforcement des compétences des prestataires par des formations en prise en charge syndromique des IST, de l'amélioration de l'enregistrement et de la notification des cas. Par rapport aux régions, cette évolution est remarquable dans les régions maritimes et des plateaux.

En 2007, 23913 cas ont été notifiés en plus par rapport à l'année 2006. Ceci traduit, un réel effort des services sanitaires, dans le diagnostic, la collecte des données et leur notification.

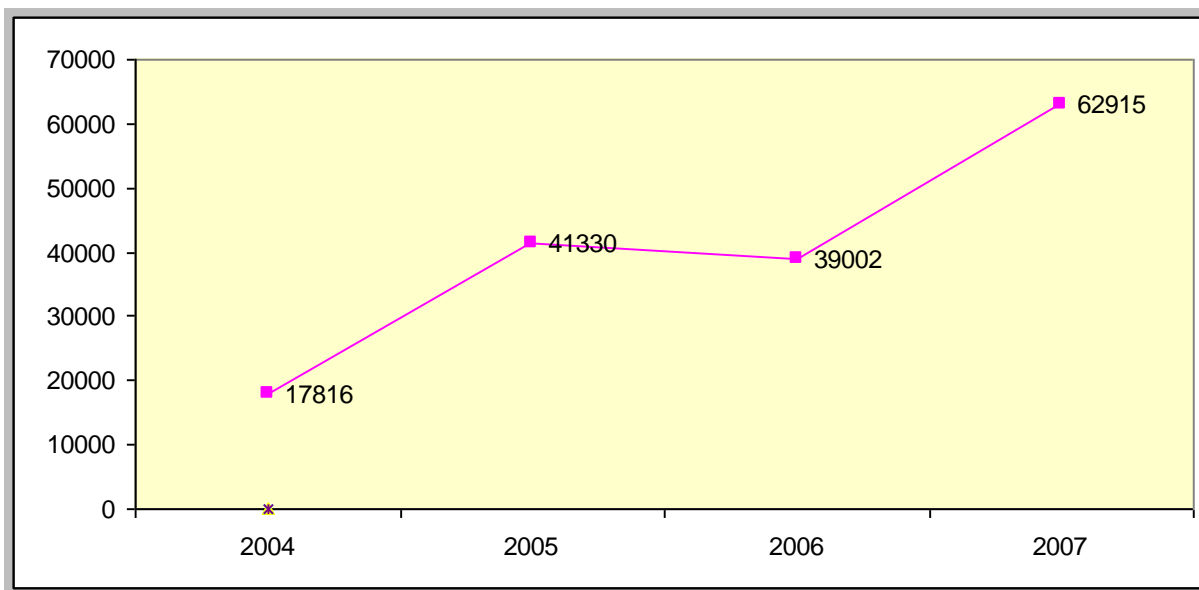


Fig. 8 : Evolution des cas d'IST enregistrés de 2004 à 2007

1.4.2.5. Suivi des Travailleuses de Sexe (TS)

En 2007, de 898 nouvelles TS a été enregistrées pour la première fois dans les 11 SA (contre 972 en 2006 dans 9 SA et 2092 en 2005 dans 10 SA). Cette baisse de fréquentation est due à la fermeture du projet SIDA3 ce qui a entraîné un ralentissement des activités de certains sites financés par ce projet.

Tableau 13 : Résumé des activités des services adaptés pour les TS

Activités menées dans les 11 services adaptés pour TS en 2007	Nombre
Travailleuses de Sexe (TS) enregistrées	2747
Nouvelles TS reçues	898
Cas IST enregistrés chez les TS	1340
Préservatifs (masculin /féminin) distribués ou vendus	101 140

Le nombre de visites de dépistage actif/passif chez les TS est de 2747 (grâce aux efforts de mobilisation et d'orientation effectués par les pairs éducateurs). Un total de 1340 cas d'IST a été notifié.

Nous rappelons que la mobilisation/référence des travailleuses de sexe est en général assurée par les pairs éducateurs ou paires éducatrices qualifiées vers les SA pour le dépistage actif des IST. Sans cette mobilisation, ce groupe ne viendrait pas spontanément se faire consulter dans ces services d'où l'importance des actions de mobilisations par les ONG.

Par ailleurs si nous considérons que ces TS constituent un groupe à haut débit de transmission des IST/VIH au Togo et des interventions plus adéquates doivent être menées à leur endroit.

1.4.3. FORMATION

Une session de formation de prestataires de soins des Services Adaptés (SA) en Prise en charge des IST et prise en charge médicale des TS a regroupé 18 participants

1.4.4. QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES IST

Une enquête de contrôle de la qualité de la prise en charge des IST et de la disponibilité des médicaments essentiels et génériques (MEG) ont été effectuée au cours de cette année 2007

Les analyses du contrôle de la prise en charge des IST de qualité ont montré que les prescriptions sont conformes/efficaces à 100 % comme en 2005, dans les services adaptés pour les travailleuses de sexe. Dans les autres structures de soins, elles sont à 98,9%, conformes/efficaces contre 95,5% en 2005.

Les proportions de traitements conformes aux algorithmes pour les différents syndromes sont satisfaisantes avec un taux de 100% pour l'Écoulement urétral, 100% pour la cervicite, 100% pour l'ulcération génitale, 100% pour les douleurs abdominales basses et 100% pour les pertes vaginales combinant cervicite et vaginite. Ce taux d'adéquation pour la vaginite est de 5% de prescription non conforme.

Cette enquête nous a permis de constater que les MEG recommandés par les algorithmes nationaux, sont disponibles à 95,5% pour l'ensemble des structures de soins.

1.4.5. COORDINATION

Une réunion a été tenue cette année avec les responsables des services adaptés de Lomé commune et les responsables d'ONG impliqués dans le suivi des professionnels de sexe et une autre avec les points focaux régionaux.

1.5. Sécurité transfusionnelle

Les activités de sécurité transfusionnelle sont coordonnées au Togo par le service national de transfusion sanguine qui coordonne les activités du CNTS de Lomé et du CRTS de Sokodé.

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

Au cours de l'année, le CNTS de Lomé a collecté 14816 poches de sang avec une séropositivité VIH de 1.6% contre 5798 poches de sang pour le CRTS de Sokodé mais avec une prévalence de 3.6%. La différence entre ces deux structures est liée probablement à un plus grand nombre d'anciens donneurs fidélisés et la politique de sélection de nouveaux donneurs plus rigoureuse au CNTS.

Tableau 14 : Principaux résultats en 2007

Pôles de qualification	Nombre de poches de sang	Prévalence VIH	Hépatite B	Hépatite C
CNTS Lomé	14 816	243 (1,6 %)	814 (5,5 %)	291 (1,9 %)
CRTS Sokodé	5798	214 (3.6%)	1166 20.1%	296 5.1%

De 2003 à 2007 au CNTS, on observe une chute régulière de la prévalence du VIH ; cette baisse est constante malgré le nombre continuellement croissant de poches collectées au fil des ans. Ce qui témoigne de l'effort effectué pour le ministère de la santé pour sécuriser le sang et couvrir les besoins en matière de transfusion sanguine dans le pays (**Figure 9**)

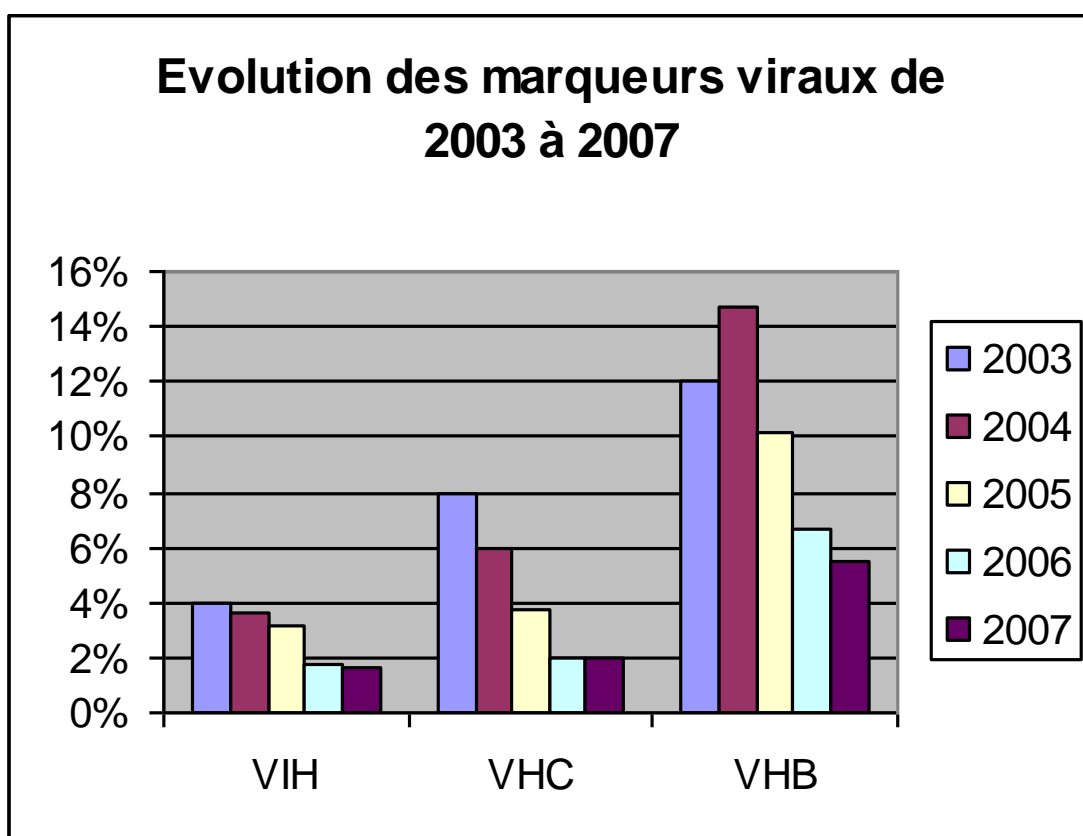


Fig. 9 : Evolution des marqueurs de viraux chez les donneurs de sang dans le temps

II - Soins, Traitements et Soutien

2.1. Soins et traitement

Les activités de soins et traitement des PVVIH ont porté sur l'accès aux ARV, la prise en charge des IO, le suivi biologique.

Afin d'améliorer la qualité des services, la prise en charge médicale a bénéficié d'une part de la mise en place de six comités thérapeutiques régionaux, instance de coordination et d'échange d'expériences entre les prescripteurs et d'autre part de la mise en place d'un groupe Thématique pour la Prise en Charge Médicale.

Il est à souligner qu'en 2007, le PNLIS /IST a organisé un recensement des PVVIH au niveau des structures de Prise en charge sur toute l'étendue du territoire. Cette importante enquête, la première du genre au Togo, a permis de disposer des données de base sur les PVVIH. Ces données ont été actualisées jusqu'au 31 décembre 2007. Le taux de complétude de ce rapport est estimé à 80%

2.1.1. COUVERTURE

Le nombre de structures de prise en charge accréditées pour la prise en charge de l'infection à VIH était de 68 en 2006. Mais, 105 structures de Prise en Charge ont été répertoriées en 2007, parmi lesquelles, 61 étaient accréditées par le PNLIS. Il s'agit de 47 structures publiques, 22 structures privées, 5 structures confessionnelles et 31 structures associatives. Signalons que toutes les structures ne font pas la prise en charge médicale avec prescription d'ARV en leur sein, mais que certaines assurent uniquement la prise en charge psychosociale, le suivi à domicile et à l'hôpital, la recherche des perdus de vue.

Ces structures sont réparties sur toute l'étendue du territoire comme l'indique, le tableau 15.

Tableau 15 : Répartition du nombre de structures de prise en charge des PVVIH par type et par Région

REGIONS	Districts	Centres de Prise en Charge				Total
		Publics	Privés	Confessionnels	Associatifs	
SAVANES (N= 8)	Kpendjal	1	0	0	0	1
	Oti	1	0	0	0	1
	Tandjoare	1	0	0	0	1
	Tône	1	1	0	3	5
KARA (N= 12)	Assoli	1	0	0	0	1
	Bassar	1	0	0	2	3
	Binah	2	0	0	0	2
	Dankpen	1	0	0	0	1
	Doufelgou	1	0	0	0	1
	Kéran	1	0	0	0	1
	Kozah	2	0	0	1	3
CENTRALE (N=7)	Blitta	1	0	0	0	1
	Sotouboua	1	0	0	0	1
	Tchamba	1	0	0	0	1
	Tchaoudjo	2	1	0	1	4
PLATEAUX (N=18)	Agou	1	0	1	0	2
	Amou	2	0	1	0	3
	Danyi	1	0	0	0	1
	Est Mono	1	0	0	0	1
	Haho	1	0	0	0	1
	Kloto	1	0	0	2	3
	Moyen Mono	1	0	0	0	1
	Ogou	2	0	0	3	5
	Wawa	1	0	0	0	1
MARITIME (N=12)	Avé	1	0	0	0	1
	Golfe	1	0	1	0	2
	Lacs	2	1	0	0	3
	Vo	1	0	0	1	2
	Yoto	1	0	1	0	2
	Zio	1	0	0	1	2
LOME- COM (N= 48)	D1	3	5	0	0	8
	D2	1	8	0	2	11
	D3	1	2	0	4	7
	D4	2	0	0	1	3
	D5	4	4	1	10	19
TOTAL	Pays	47	22	5	31	105

On observe que près de la moitié des structures de prise en charge des PVVIH est localisée dans la région de Lomé -Commune.

Il est à noter que l'augmentation du nombre de structures de prise en charge est essentiellement due à la prolifération des structures associatives de prise en charge des PVVIH surtout dans la région Lomé Commune. La prise en charge médicale des PVVIH n'est effective que dans 26 Districts sur 35 soit environ 75%.

Le nombre de laboratoires équipés pour assurer le suivi biologique a augmenté. Ainsi le pays dispose de :

- 8 compteurs CD4 dont au moins un compteur par région sanitaire (03 à Lomé)
- 5 Dynabeads dans certains districts sanitaires distants des chefs lieux de Régions, à savoir Haho, Kloto, Bassar et Zio, CHR Tomdè.

2.1.2. FREQUENTATION

Ainsi, au 31 décembre 2007, le nombre total cumulé de PVVIH enregistrées au niveau des différentes structures de soins est de 15 361 dont 10 445 de sexe féminin et 4916 de sexe masculin.

La collecte des données cette année a été faite en deux temps : Le PNLS a organisé une enquête nationale pour recenser tous les cas de PVVIH enregistrées dans les structures de soins de 1999 à juillet 2007, puis ces données ont été actualisées de Août à décembre 2007.

La répartition de ces patients par région est mentionnée sur *la figure 10* ci-dessous.

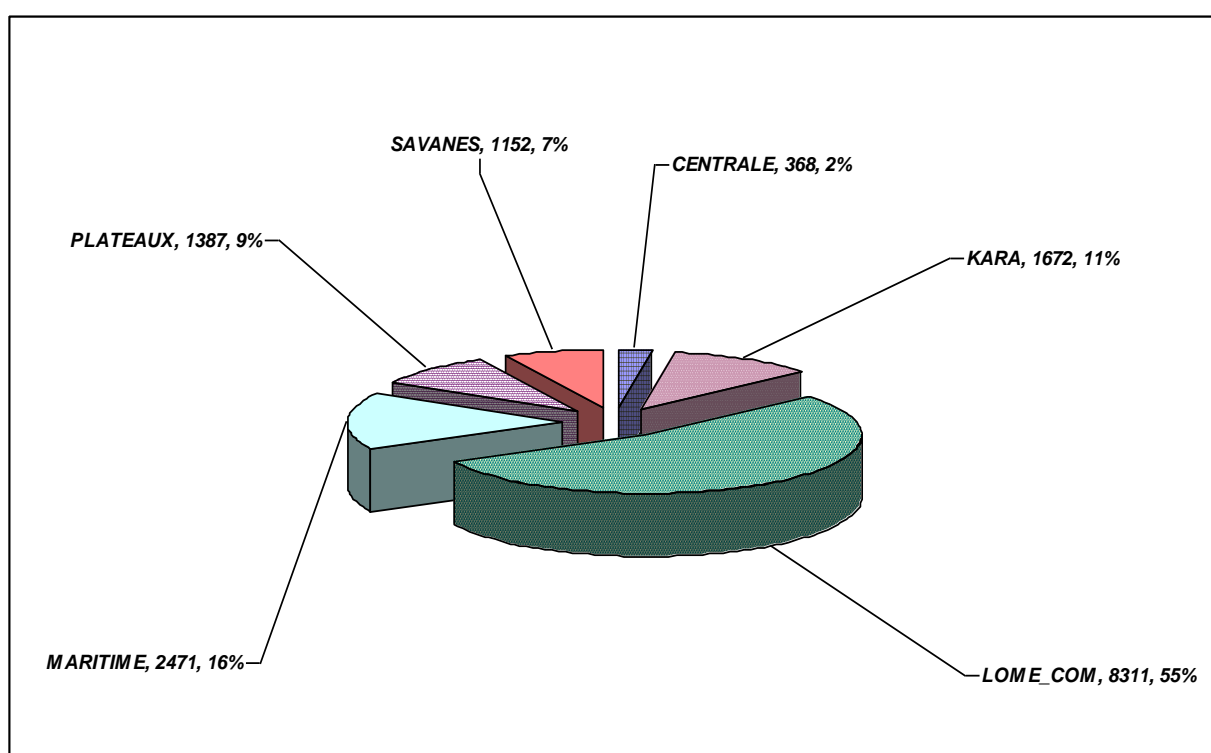


Fig 10 : Répartition des PVVIH enregistrées par région au 31 décembre 2007

Fait notable, 55% des PVVIH au Togo sont suivies dans la région de Lomé

Sur le nombre des PVVIH suivies dans les structures de prise en charge, il est à remarquer que les patients de sexe féminin représentent près des deux tiers des enrôlés (Cf. figure 11)

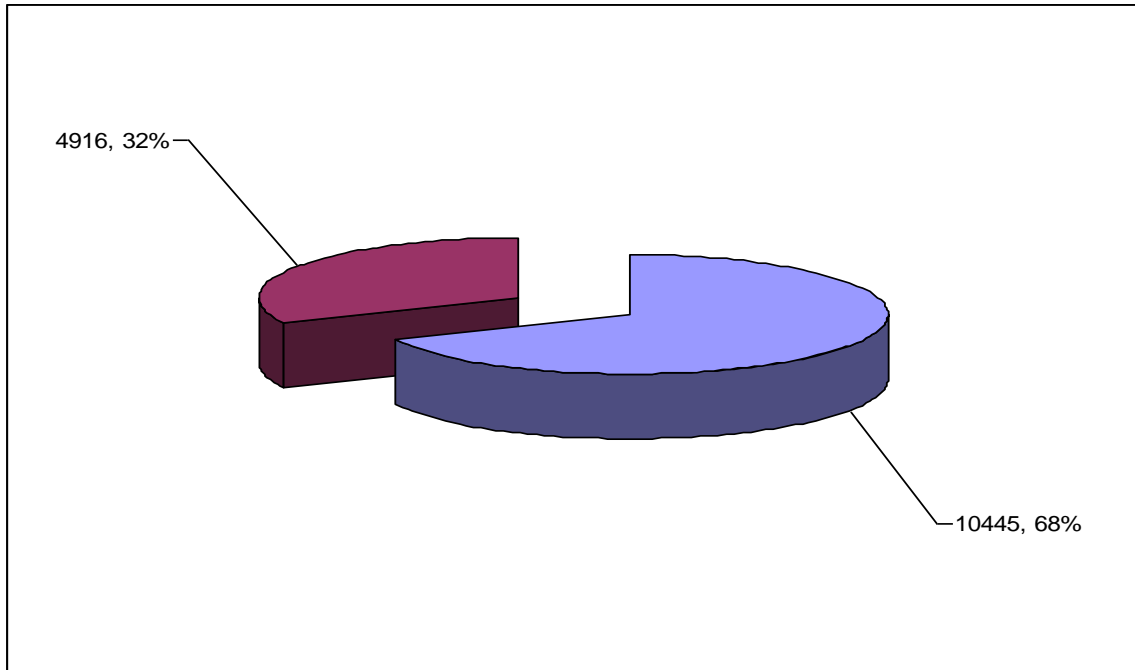


Fig. 11 : Répartition des PVVIH enregistrées par sexe au 31 décembre 2007

2.1.2.1 Evolution dans le temps du nombre de PVVIH

L' enrôlement des patients au niveau des structures de soins a été positivement influencé par l' avènement du projet « Intensification de la lutte contre le VIH/SIDA » financée par le FM. En effet, le FM a permis de mettre sous ARV plus de 3000 patients à partir de septembre 2004. Malheureusement, avec l' arrêt du financement en 2006, le niveau d' enrôlement a chuté jusqu' au 31 Décembre 2007, avec des difficultés énormes pour continuer à fournir les ARV aux 3000 PVVIH.

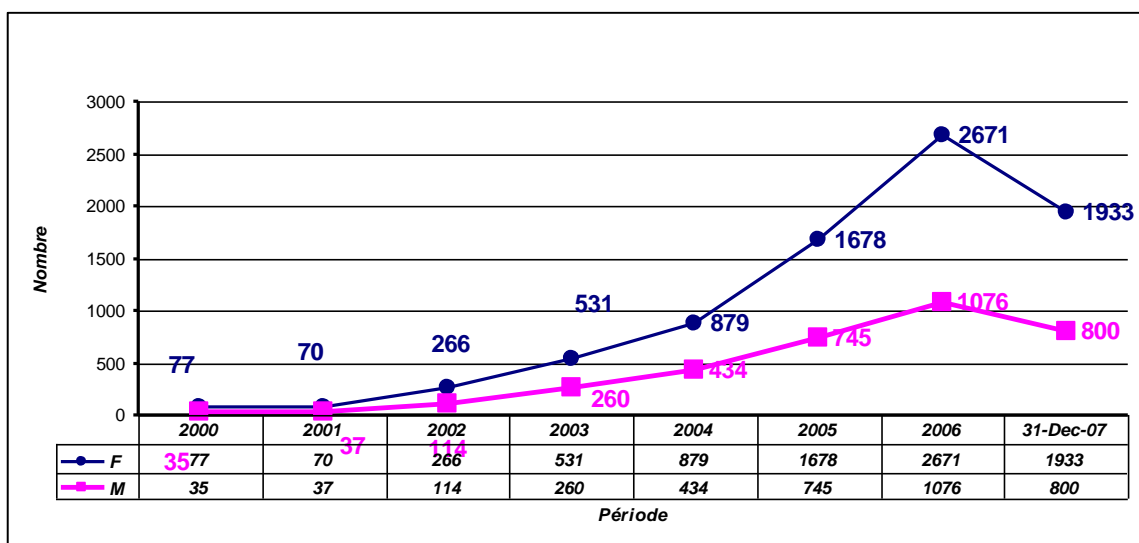


Fig. 12 : Evolution des enrôlements des PVVIH au 31 décembre 2007

2.1.2.2 Devenir des malades

Sur le nombre total de malades enregistrés, 14 % ont été perdus de vue (2118) et près de 7 % sont décédés (soient 1023 décès notifiés au cours de la même période). Ces données souffrent de quelques biais, du fait de la non maîtrise de la mobilité des patients d'une part et d'autre part, le fait que le nombre des cas de décès sont sous notifiés compte tenu de la faiblesse de notre de système suivi-évaluation.

2.1.3. LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES (IO)

Au cours de l'année, les activités relatives à ce volet ont connu une temporisation et ceci est dû à l'insuffisance des médicaments contre les IO. En effet, les stocks de médicaments reçus dans le cadre du FM depuis 2004 ont connu une baisse considérable due à l'augmentation sans cesse du nombre de patients. Ces médicaments étaient prévus pour la période allant de septembre 2004 à septembre 2006.

Le nombre de cas d'IO notifiées au cours de l'année 2007 est de 7 194 cas repartis par régions sanitaires (Cf. figure 13)

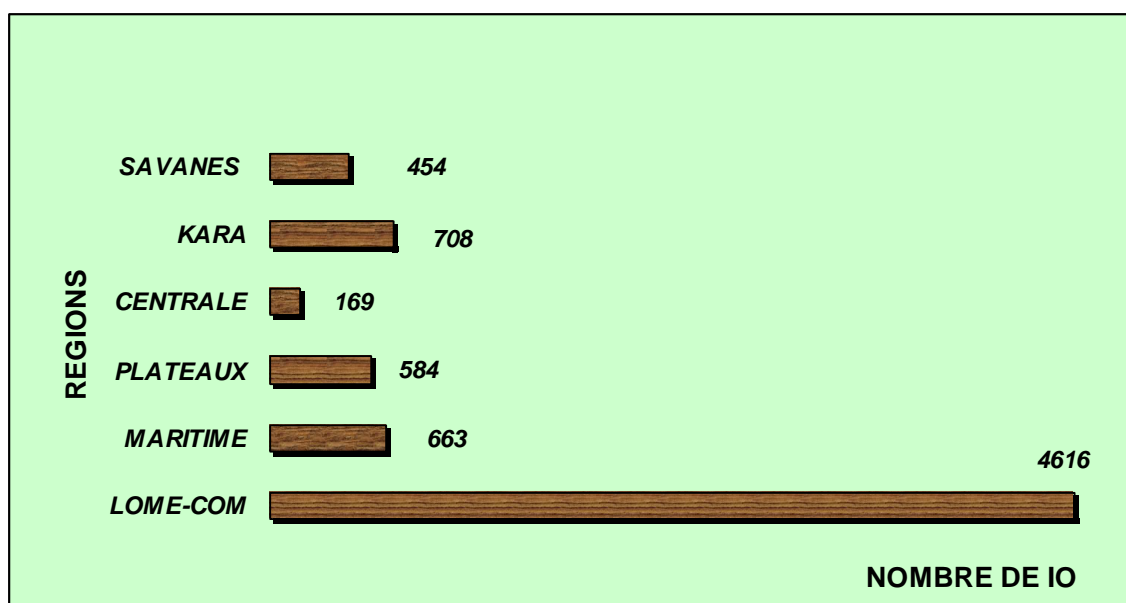


Fig 13 : Situation des cas d'infections opportunistes notifiées au 31/12/2007

2.1.4. LA THERAPIE ANTIRETROVIRALE (TARV)

Au 31 décembre 2007, il y a eu près de **7980** PVVIH ont été mises sous TARV. Ce chiffre brut ne tient pas compte du taux de décès des PVVIH sous ARV (taux national non connu).

2.1.4.1 Répartition des PVVIH sous ARV selon le sexe et l'âge

Sur le nombre total des malades sous ARV, 58.6% des PVVIH sont suivies dans Lomé commune et dans toutes les régions comme au niveau national, et ces malades sont majoritairement des femmes (64.3%).

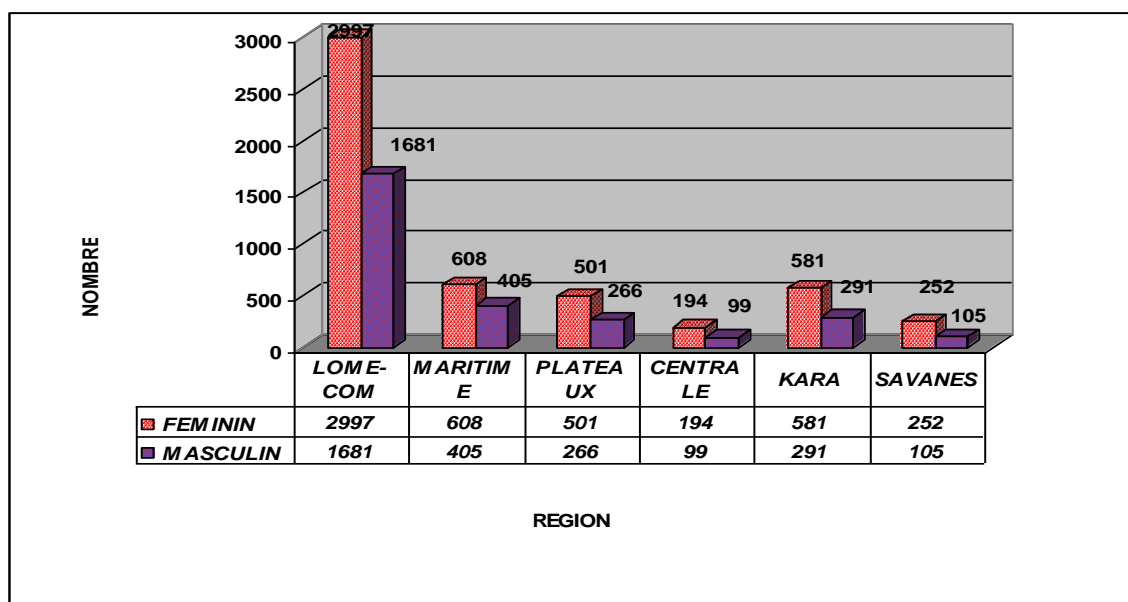


Fig. 14 : Répartition des PVVIH sous ARV par région et selon sexe

La répartition des patients sous TARV selon l'âge montre que 68% des PVVIH sont dans la tranche d'âge de 25 à 49 ans et 7% étaient des enfants (Cf. figure 15).

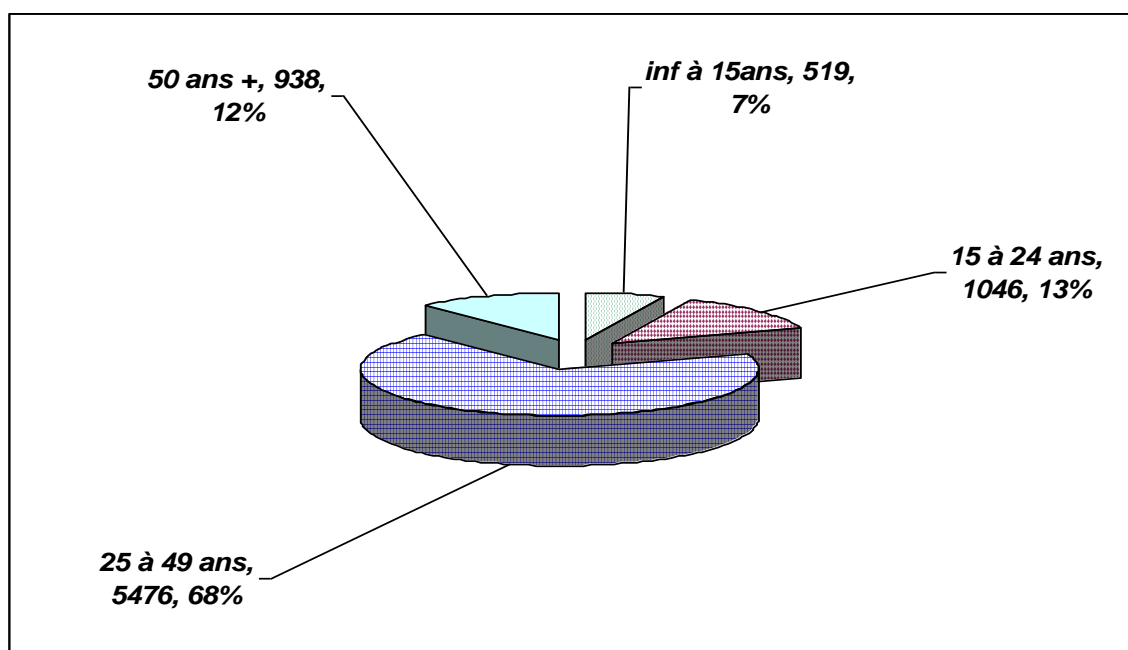


Fig. 15 : Répartition des PVVIH sous ARV selon les tranches d'âge

2.1.4.2 Répartition des PVVIH sous ARV selon le type de subvention

La répartition des patients sous ARV par type de subvention montre que le FM a permis à près de la moitié des PVVIH de bénéficier des ARV (plus de 3200 patients avant sa clôture en 2006), et en 2007, la GTZ a offert le traitement à 100 nouveaux patients pour une durée d'un an.

On désigne communément par Fonds Propre (FP) ceux qui achètent eux même leurs ARV à la CAMEG au prix coûtant et par (Autres) les patients qui bénéficient des ARV achetés à la CAMEG avec l'appui financier des ONG et Associations de prise en charge de la place. En effet, il existe des conventions établies entre les ONG du Togo et celles du Nord pour acheter les ARV à un certain nombre de patients. La figure 16 montre les différentes sources de subvention :

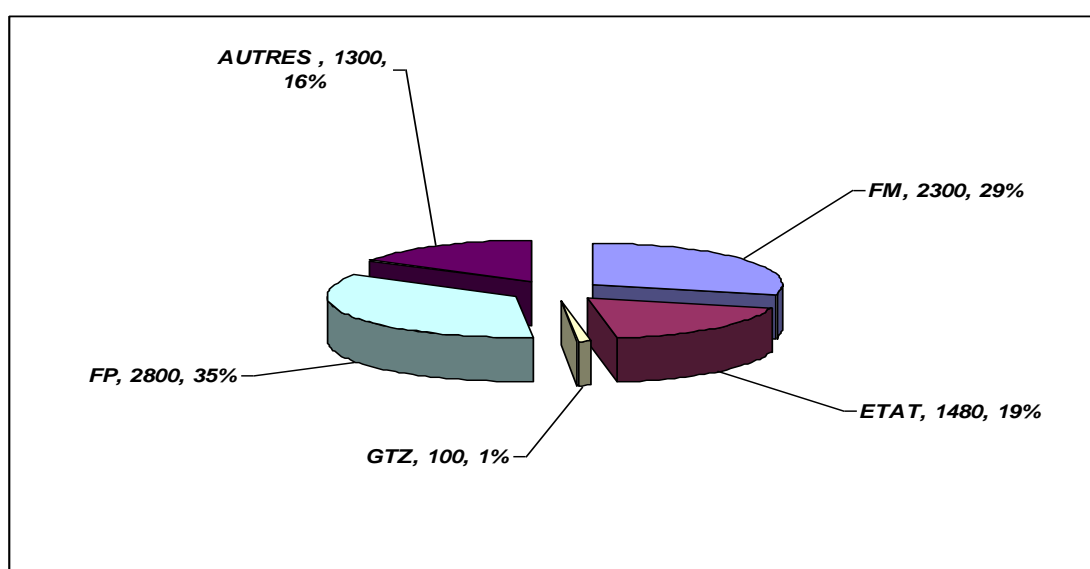


Fig. 16 : Répartition des PVVIH sous ARV selon le type de subvention au 31 décembre

D'une manière globale, le nombre de patients bénéficiant d'un traitement ARV s'est accru de 5 416 en fin 2005 à puis 7 980 en fin 2007, soit un taux de couverture croissant (de 24% à 29,8 %).

2.1.4.3. Le suivi biologique

Dans le domaine du suivi biologique des patients sous TARV, un accent particulier a été mis sur l'une des composante de l'accès universel aux services de traitement et de soins à savoir ; le renforcement des structures de diagnostic et de suivi biologique des zones (Districts) éloignées des chefs lieux de région.

C'est ainsi que cinq districts ont été dotés d'appareils de comptage des CD4 pour permettre aux patients d'avoir accès au dosage des CD4, le PNLS/IST a connu des ruptures en réactifs pour les appareils Dynabeads dans trois (3) sites. En ce qui concerne les autres appareils notamment ceux des chefs-lieux de région, il n'y a pas eu de rupture.

2.1.4.4. La disponibilité et la dispensation des ARV

La dispensation des ARV est assurée par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques du Togo (CAMEG -Togo) sur toute l'étendue du territoire à travers ses dépôts régionaux (cinq centre de dispensation).

Depuis l'arrêt de la subvention du FM et surtout à partir de Janvier 2007, le Programme a connu trois épisodes de ruptures en ARV. Grâce à l'intervention de l'Etat et de certains partenaires tel que GIP Esther, la situation a été maîtrisée de façon momentanée.

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

2.1.4.5. Formation

Pour renforcer le pool de formateurs au niveau régional, douze formateurs régionaux ont été formés sur la méthodologie de la formation et sur le guide du facilitateur en matière de prise en charge de l'infection à VIH.

Cinquante prescripteurs ont été recyclés en 2007 dans le cadre du projet continuité de soins.

2.1.5. COORDINATION

- Le PNLS a mis en place en Aout, 6 comités thérapeutiques au niveau de chaque région sanitaire (le comité thérapeutique de Lomé est érigé en comité thérapeutique national). Ces comités ont pour rôle de coordonner les activités de prise en charge thérapeutique des prescripteurs de la région. Chaque comité a tenu au moins une réunion au quatrième trimestre ;
- Il existe un groupe thématique de prise en charge médicale au PNLS qui est un groupe technique conseil du PNLS sur les aspects de la prise en charge médicale ;

- Mise en place d'un système de parrainage par région avec au moins deux parrains nationaux;
- Le PNLS a tenu 6 réunions avec les prescripteurs des régions maritimes et Lomé commune et une réunion avec les prescripteurs des autres régions ;
- Il a été mis en place un comité mixte CAMEG, PNLS pour la discussion des problèmes de gestion des ARV. Au cours de l'année 2007, ce groupe a tenu 4 réunions ;
- Une évaluation des pharmacies des CHU Tokoin et Kara a été faite par ESTHER dans le cadre de la décentralisation de la dispensation.

2.2. Soutien aux PVVIH

Les activités de soutien aux PVVIH sont réalisées dans leur grande majorité par les ONG/associations. Dans le secteur public il y a des groupes de paroles dans les sites PTME et pour la prise en charge pédiatrique. Les services de pédiatrie du CHU Tokoin et de l'hôpital de Bè font des activités de soutiens à l'intention des mères et enfants infectés par le VIH.

Afin de permettre aux PVVIH et aux personnes affectées de vivre au mieux comme les personnes ayant des affections chroniques, les ONG/Associations de prise en charge psychosociale installées sur toute l'étendue du territoire apportent leur soutien à ces dernières sous plusieurs formes : les visites à domicile et à l'hôpital, un appui nutritionnel, l'organisation des groupes de parole.

2.2.1. COUVERTURE

Vingt-deux (22) ONG/Associations de prise en charge psychosociale, collaborent avec le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA. Elles apportent leur appui aux PVVIH. Elles sont installées sur toute l'étendue du territoire. La plupart de ces ONG/Associations se retrouvent dans la région Lomé Commune, leur nombre est de 15. Les autres, au nombre de 7, sont réparties dans les régions maritimes, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes.

2.2.2 ACTIVITES DE SOUTIEN DES PVVIH

Les activités suivantes ont été réalisées au cours de l'année par ces ONG/associations (voir tableau 16). Près de 19.000 actes de soutiens ont été apportés aux PVVIH. Mais il est difficile dans ce rapport de quantifier le nombre de PVVIH soutenues. Plus de 15000 visites à domiciles ont été effectués et plus de 11000 kits nutritionnels ont été distribués.

Tableau 16 : Type d'activités de soutien par effectuées par les ONG/Associations.

	Visites à domicile	Visites à l'hôpital	Prise en charge nutritionnelle (Nbre de Kits)	Formation sessions	Groupe de parole	Nbre de participants
Lolonyo	186	12	00	05	96	768
CACIEJ	347	130	56	00	24	720
ACS	396	75	00	02	21	352
SA+	658	13	00	05	12	295
JMA	956	240	46	03	12	600
JADE	128	12	292	01	11	333
PDH	234	260	00	12	118	678
EVT	857	277	1740	12	23	1180
AMC	1499	128	1562	11	132	2200
ASPROFEM	505	40	00	06	38	470
AIDSS	1479	70	293	00	39	780
ASMENE	498	60	78	07	13	1092
ATBEF	30	10	00	00	12	240
ASDEB	378	20	1155	03	24	2052
OCDI	206	15	00	06	02	396
KOUVE La Providence	2240	96	720	4	12	550
AVLS	576	162	256	02	12	400
Vivre dans l'espérance	2595	119	2737	04	42	2557
MECAP	245	338	857	05	51	1580
CRIPS	266	83	80	00	37	1130
AIDER	108	25	00	00	48	45
AED	1387	2043	1440	10	48	500
Total	15.774	4.225	11.312	98	515	18.918

Les résultats montrent que les visites à domiciles et la distribution des kits alimentaires sont plus fréquents. Mais il est difficile de déterminer le pourcentage des PVVIH soutenues. Ces résultats seraient plus significatifs si les ONG/Associations avaient accès aux financements plus importants ou à la mise à disposition de vivres du Programme d'Aide Alimentaire (PAM) pour les PVVIH.

III - Suivi/Evaluation et Coordination

3. 1. Suivi et Evaluation

Dans le cadre de la mise en place d'un système efficace de suivi évaluation, le PNLIS a élaboré un plan opérationnel de suivi évaluation pour l'année 2007 et qui est une partie intégrante de l'application du 3^{ème} point des trois principes directeurs. Ce plan a pris en compte les différents indicateurs relatifs aux différentes interventions dont le Programme assure la coordination à savoir :

- Le Dépistage Volontaire du VIH,
- La PTME,
- Le Diagnostic et le traitement des IST,
- Le traitement, soins et soutien aux PVVIH.

3.1.1 OUTILS DE SUIVI & EVALUATION

Afin de mettre en place les outils de suivi des patients sous soins et traitement ARV, cinq outils ont été élaborés et/ou. Il s'agit du carnet de prise en charge médicale, du registre pré-ARV, du registre ARV, du carnet de soins, les outils de rapport mensuel/trimestriel, du rapport d'analyse de cohorte, des outils de supervision et de collecte de données de PTME.

Dans le cadre d'un bon suivi et d'une visibilité par rapport aux 2300 patients qui continuent de bénéficier de la subvention du Fonds Mondial, une nouvelle base de données a été constituée par l'unité de suivi-évaluation. Compte tenu de la grande mobilité des patients, cette base a pour avantage de fournir des données actualisées, récentes et précises sur chaque centre de prise en charge, le médecin traitant, la combinaison thérapeutique actuelle continue. Nous allons cette année mettre en place une base nationale pour prendre en compte tous les malades

3.1.2 FORMATION

Au cours de cette année l'équipe de suivi-évaluation a bénéficié de renforcement de capacités à travers une série de formations :

- Renforcement sur l'outil de suivi-évaluation pour les trois programmes financés par le Fonds Mondial,
- Formation des personnes ressources au plan national et régional en gestion des médicaments,
- Formation sous-régionale des responsables de suivi-évaluation, sur le monitoring des activités de prise en charge médicale,
- Formation sur l'outil de dispensation des ARV en vue de la décentralisation de cette dispensation.

3.2. Coordination

La mise en œuvre et la coordination de ces interventions ont été assurées par l'équipe du PNLS à travers ses unités (Unité de conseil & dépistage, unité de PTME, unité IST/IC, unité de prise en charge médicale et de suivi & évaluation, unité IEC/CCC, le centre national de référence pour le diagnostic biologique VIH, unité administrative et financière).

Par ailleurs, le PNLS a élaboré des documents de normes et procédures, des guides de formateurs et de supervision et des documents de stratégies dans les différents domaines liés au VIH/SIDA.

3.2.1. PRINCIPALES ACTIVITES

- Organisation de 6 réunions avec les prescripteurs des ARV dans Lomé commune et Maritime,
- Organisation d'une réunion trimestrielle avec les responsables des ONG impliquées dans la prise en charge médicale au Togo,
- Mise en place des 6 comités thérapeutiques dans les 6 six régions sanitaires,
- Mise en Place des groupes thématiques PTME, CDV, PECM
- Réunion avec les points focaux VIH des régionaux, responsables de sites PTME et Conseil dépistage,
- Mise place des parrains thérapeutiques national pour superviser les prescripteurs régionaux,
- Mise en place d'un réseau associatif et praticiens hospitaliers,
- Organisation de 04 réunions CAMEG-Togo et PNLS dans le cadre de la gestion des ARV,

3.2.2. DOCUMENTS ELABORES OU REVISES

- Document de politique d'accès universel au traitement
- Guide de supervision PTME
- Guide de prise en charge pédiatrique
- Guide de prise en charge médicale des adultes et adolescents
- Guide de facilitateur pour la prise en charge médicale
- Guide du formateur pour la prise en charge des IST
- Document de Stratégie PTME
- Document de mobilisation des ressources pour la mise en place des 100 sites PTME
- Document d'accès universel pour la prise en charge pédiatrique
- Guide pour la prophylaxie ARV chez les femmes enceintes et l'enfant (au cours de la PTME)

3.2.3. NOUVEAUX PARTENARIATS

En dehors des partenaires habituels (système des nations unies, partenaires bilatéraux et projets régionaux), le PNLS a enregistré au cours de l'année 2007 de nouveaux partenaires :

- Fondation GSK : appui des services de santé des armées et services publics dans le domaine de PTME par un projet,
- Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida : projet PTME
- GIP ESTHER : appui des CHU Tokoin et Kara pour la prise en charge des PVVIH et la PTME
- UNITAID/Fondation Bill Clinton : appui en ARV de deuxième ligne
- Agence Française de Développement: mise à disposition du PNLS d'un assistant technique

3. 2.4. NOUVEAUX LOCAUX DE LA COORDINATION

Le PNLS a intégré ses nouveaux locaux depuis février 2007 (avenue des Armées dans l'enceinte de Togo Pharma)

3. 2.5. PARTICIPATIONS AUX REUNIONS ET ATELIERS

En dehors de ses activités quotidiennes, le PNLS a participé à des rencontres nationales et internationales.

*** sur le plan national**

- La rédaction et la validation du plan stratégique national 2007-2010,
- L'élaboration de la proposition du CCM-Togo au 7^{ème} Round du Fonds Mondial,
- La réunion de la revue des activités du Ministère de la santé en juillet 2007,
- La réunion d'élaboration des documents PNDS et GAVI,
- Les réunions du CCM-Togo,
- L'élaboration du rapport UNGASS 2008.

*** sur le plan international**

Le PNLS a co-organisé avec l'OOAS la réunion de préparation de plan d'urgence aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA des pays en post conflit (Guinée Bissau, Liberia, Sierra Leone, Cote d'Ivoire) et le renforcement des activités des pays d'accueil de populations déplacées (Guinée, Togo et Bénin) du 29 au 31 Mars 2007, à Lomé.

Mission internationales

Des cadres nationaux du secteur de la santé et du PNLIS ont participé aux réunions et formations internationales.

Titre de la mission	Lieu	Date
Atelier de formation sur l'amélioration de l'accès des Jeunes au counseling et dépistage du VIH (AWARE/HIV)	Ouaga	Du 20 février au 02 mars 2007
Atelier de formation sur la prise en charge des patients Vivant avec le VIH/SIDA Projet AWARE/HIV	Dakar (Sénégal)	Du 05 au 17 mars 2007
Atelier régional technique pour le passage à l'échelle dans la prise en charge globale du VIH pédiatrique dans les régions de l'Afrique Occidentale et Centrale Projet AWARE/HIV UNICEF	Dakar (Sénégal)	Du 19 au 20 mars 2007
Cours DIU formation sur la prise en charge des PVVIH d'Ouaga Coopération française	Ouaga Burkina	Mai 2007
Atelier de synthèse sur l'épidémiologie et l'intervention face au VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest Banque Mondiale/ONUSIDA	Cotonou (Bénin)	30 avril et 01 mai 2007
Atelier de formation sur les méthodes d'estimation et de projection VIH/SIDA, Epidémies généralisées ONUSIDA	Dakar	Du 09 au 11 mai 2007
Participation à la réunion 2007 HIV/AIDS Implementers. Fonds Mondial/PEPFAR	Kigali	Du 16 au 19 juin 2007
Advanced Laboratory Technology for Care and management of HIV-1 Infected Individuals Coopération japonaise	Tokyo (Japon)	05 juin -14 juillet 2007
Atelier de formation sur le suivi des patients bénéficiant de soins et TARV (OMS)	Libreville (Gabon)	10-14 septembre 2007
Formation sur la prise en charge Des patients PNLIS Benin	Ouidah	Du 1 ^{er} au 26 octobre 2007
Atelier international sur la qualité des Préservatifs (coopération Suédoise)	Ile Maurice	Septembre 2007
l'atelier de formation régionale pour le renforcement des capacités en matière de planification stratégique et opérationnelle pour la lutte contre le SIDA (ONUSIDA, BANQUE MONDIALE)	Durban	12-23 novembre 2007
Réunion des gestionnaires des programmes nationaux et des points focaux de l'OMS de lutte contre le VIH sur la mise en œuvre des interventions clés pour l'accès Universel dans la région africaine OMS	Brazzaville	Du 12 au 14 novembre 2007

Cours International de formation des techniciens de laboratoire sur le diagnostic de l'infection à VIH/SIDA	Yaoundé	Du 12 déc-07 déc. 2007
Atelier régional des formateurs en matière de VIH/SIDA en Afrique Francophone (OMS)	OUAGA	26-28 novembre 2007
Cours sur la prise en charge des IST/VIH/SIDA à l'Institut Alfred Fournier Coopération Française	Paris	Novembre – Décembre 2007

3.3. Sources de financement des interventions

- En 2007, l'Etat togolais en dehors des frais de fonctionnement a financé la réhabilitation du nouveau siège du PNLs, et surtout a versé une somme de 162 millions à la CAMEG pour l'achat des ARV. L'Etat à travers le CNLS finance la prise en charge de plus de 3000 PVVIH sous ARV (dont la gratuité pour les malades est assurée depuis le 1^{er} octobre).
- GIP ESTHER a offert au Togo des ARV d'une valeur de 67 millions.
- Le dernier trimestre a été marqué par le début des activités du projet continuité de traitement de 2300 PVVIH financé par le Fonds Mondial dont le PNUD est le bénéficiaire principal.
- Depuis septembre 2007, l'Agence Française de Développement finance une assistance technique pour une période de deux ans au PNLs.
- Le PNLs en 2007, a bénéficié de l'appui des partenaires habituels institutionnels : OMS (soutien des interventions de soins, traitement et conseil dépistage), UNICEF (PTME, prise en charge pédiatrique), Coopération Française (formation des cadres, conseil dépistage), le projet AWARE/ HIV de l'USAID (IST, PTME), l'ONU/ISDA (appui technique), OOAS (conseil dépistage, IEC/CCC).
- La Fondation Ouest Africaine de l'alimentation a financé, la subvention de l'alimentation artificielle de 100 enfants, et la subvention de farines enrichies pour 50 enfants cette année.
- Nous remercions tous les partenaires et les responsables des projets régionaux qui nous ont communiqué le montant des financements des différentes activités réalisées et relevant de la coordination du PNLs.
- Le projet SIDA 3 qui est la principale source de financement des IST au Togo a fermé définitivement ses portes le 31 décembre 2007
- Le projet AWARE/HIV qui finance aussi certaines activités de PTME et des interventions chez les professionnels de sexe arrive à terme en mars 2008.



**IV - Difficultés
- Conclusion**

4.1. Difficultés rencontrées

Le PNLS a été confronté en 2007 aux problèmes de disponibilité des médicaments ARV due à l'insuffisance des ressources financières suite à non approbation de la 2ème phase du Fonds Mondial en septembre 2006.

En effet, malgré le soutien de l'Etat togolais et certains partenaires, nous avons connu des ruptures des médicaments ARV car, nous avons fonctionné tout au long de l'année avec des stocks d'ARV dont la disponibilité permanente ne dépassait pas trois mois. En effet, après la non approbation de la deuxième phase du 2è round, le projet de continuité de soins n'a démarré qu'un an plus tard (septembre 2008)

Par ailleurs, en l'absence des outils standardisés pour la prise en charge, des progrès restent à faire en matière de suivi & évaluation notamment en matière de disponibilité des PVVIH sous traitement (nous avons eu des difficultés pour avoir des données fiables au temps voulu)

Difficultés	Recommandations
1. Insuffisance de ressources humaines	Renforcer le PNLS en ressources humaines (1 Pharmacien, 1 statisticien et deux Assistants médicaux de santé publique)
2. Ruptures en ARV	Faire le plaidoyer auprès du MS et du CNLS pour avoir une ligne budgétaire pour les ARV et les médicaments contre les IO
3. Problème d'accessibilité géographique des PVVIH aux ARV	Décentraliser la dispensation des ARV en commençant par Lomé commune
4. Faible appropriation des outils de suivi et évaluation par les acteurs du terrain	Opérationnaliser le plan national de suivi & évaluation et former les acteurs
5. Toutes les structures de prise en des IST ne sont pas connues par le niveau central et régional	Faire une cartographie par région des structures de prise en charge des IST
6. Insuffisance de partenaires financiers pour la prise en charge des IST à la fin du projet SIDA 3	Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la PEC des IST
7. Faible appropriation des interventions de PTME au niveau décentralisé	Mettre en place par l'approche district notamment dans le cadre de la PTME pour une meilleure implication des acteurs du district

4.2. Conclusion

En dépit de la conjoncture difficile qu'a connue le PNLS en 2007, les principaux indicateurs des interventions coordonnées relevant de la coordination du Ministère de la Santé sont en nette progression :

- augmentation du nombre de clients dépistés (près de 89000) avec une stabilisation du taux de prévalence au tour de 10%,
- PTME : 20553 femmes dépistées (taux de d'acceptation de test 74% vs 70% en 2006),
- Augmentation des cas IST notifiés : 62915 cas vs 39000 cas en 2006 : Nombre de Travailleuses de sexe reçues dans les services adaptés pour le dépistage actif des IST: 2746,
- Accès aux ARV: 7890 PVVIH sous ARV (dont 519 enfants) : passage de taux de couverture à 30% vs 24 % en 2006,

4.3. Perspectives

Malgré les difficultés il y a des perspectives nationales encourageantes :

- la reprise de la coopération internationale avec notre pays permet d'espérer l'implication plus significative de l'Etat et de partenaires en développement et l'arrivée de nouveaux partenaires dans la riposte nationale contre le VIH ;
- La mise en place de l'approche « district » est une stratégie pour une meilleure appropriation des interventions par les acteurs du terrain ;
- L'élaboration des documents stratégiques (stratégie PTME, Stratégie prise en charge pédiatrique, Plan sectoriel santé, politique d'accès universel au traitement) permet au PNLS d'inscrire ses interventions dans la durée ;
- La mise en place d'outils de suivi pour la prise en charge des PVVIH permettra de disposer de données plus complètes et plus fiables à la fin de l'année 2008 ;
- Le passage de la mono-prophylaxie à la névirapine à la tri-prophylaxie au cours de PTME selon les nouvelles recommandations de l'OMS permettra de réduire plus significativement le taux de prévalence du VIH chez l'enfant.

4.4. Remerciements

Nous présentons toutes nos gratitudees au ministre de la santé et à la direction générale de la santé pour leur constant soutien au PNLS/IST.

Nous remercions tous les partenaires en développement pour leur appui technique et financier au PNLS/IST dans la mise en œuvre des interventions.

Nos gratitudees vont également à tous les acteurs de terrain (secteur public, privé, confessionnel et associatif) pour leur collaboration et leur engagement. Le rapport du PNLS/IST n'est que la somme de toutes les activités réalisées par ces différents acteurs de terrains.



V - Annexes

DETAIL DES FINANCEMENTS PAR SOURCES ET PAR DOMAINES D'INTERVENTION

FINANCEMENT	DOMAINES D'INTERVENTION							TOTAL
	PREVENTION				SOINS ET TRAITEMENT	SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE SUIVI/EVALUATION	TOTAL APPUI INSTITUTIONNEL (Fonctionnement, Equipement et Aménagement du bâtiment)	
BAILLEURS	PTME	IEC/CCC	CONSEIL ET DEPISTAGE	IST/				
SUBVENTION DE L'ETAT	1 219 850	-	20 595 505	-	168 877 975	8 162 435	59 844 661	258 700 426
UNICEF	22 285 610	-	-	-	-	-	-	22 285 610
OMS	1 213 600	-	17 037 950	-	13 874 575	-	-	32 126 125
AWARE BENIN	-	-	-	10 023 005	-	-	-	10 023 005
SIDA 3	-	-	-	7 392 700	-	-	-	7 392 700
CNLS	-	-	150 000	-	-	9 131 000	-	9 281 000
OOAS	-	19 215 000	27 034 215	-	-	-	2 350 785	48 600 000
COOPERATION FRANCAISE	-	-	-	-	8 435 607	-	2 262 776	10 698 383
FONDS MONDIAL	-	-	-	-	442 545 232	-	-	442 545 232
AWARE ACCRA	11 150 850	5 852 000	-	-	6 333 745	-	-	23 336 595
ESTHER	-	-	-	-	67 500 000	-	-	67 500 000
TOTAL	35 869 910	25 067 000	64 817 670	17 415 705	707 567 134	17 293 435	64 458 222	932 489 076

Liste des centres de conseil et dépistage volontaire

REGION	CDVA	DATE DE DEBUT	LOCALISATION GEOGRAPHIQUE ET ADRESSE	
LOME COMMUNE	CCD LOME	1998	Tokoin cébévito, Tél : 222 62 43	
	ATBEF Centre des Jeunes	2003	Béniglato, BP : 4056, Tél : 221 41 93	
	SNSJA	2003	Route de Gbossimé, ancienne médecine scolaire, Tél : 221 21 17	
	CMS Kodjoviakoé	2003	Tél : 221 74 37	
	AMC	2004	Avénou, Tél : 251 26 47, 901 38 35	
	FAT LOME	2002	Camp G1 Gnassingbé Eyadema Tél : 222 93 96	
	ACS	2004	BP 24342, route d'akodésséwa face pharmacie Biova Tél :	
	ASPROFEM	2005	BP 1303, rue Boukarou Tél : 2252543	
	CMS Adidogomé	2005	Tél 225 73 42	
	Confiance	2005	Tél : 220 73 70	
	Jade	2005	BP 8182, Boulevard13 janv Tél. : 221 4914, 914 72 72	
	Institut National d'hygiène	2006	Tél. : 221 06 33	
MARITIME	Centre de dépistage Loyola des jésuites	2007	Agoènyive (route de Sanguéra) Tél. :336 26 46 / 978 21 77	
	POLY ANEHO Kpota	2005	Tél. : 331 02 35 /3310104	
	CHR ANEHO	2005	Tél. : 331 02 22	
	APEB ANEHO	2005	Tél. : 331 01 65	
	CHP VOGAN	2005	Tél. : 333 10 25	
	CHP TSEVIE	2004	Tél. : 33040189	
	CHP YOTO	2006	Tél. : 334 03 05	
	CHP AVE	2006	Tél. : 337 1 0 39	
	PLATEAUX	CHP KPALIME	2004	Tél : 441 00 81
		CHP NOTSE	2004	Tél : 442 00 10
		CHPWAWA	2005	Tél : 443 00 19
		CHP TOHOUN	2005	Tél : 448 50 42
FAT TEMEDJA		2003	Tél : 440 09 60	
CDVA ELEVAGNON		2005	Tél : 444 60 10	
CHP DANYI		2006	Tél : 447 50 85	
CHP OGOU		2004	Tél : 440 02 97	
CENTRALE	CHP AMOU	2006	Tél : 446 00 06	
	CDVA POLY SOKODE	2004	Tél : 550 00 71	
	CHP SOTOUBOUA	2005	Tél : 553 00 14	
	CHP BLITTA	2006	Tél : 554 00 19	
	CDVA TCHAMBA	2005	Tél : 552 00 28	
	ATBEF SOKODE	2003	Tél : 550 02 46	
	CMS BON SECOURS	2005	Tél : 550 09 90	
KARA	CHP NIAMTOUGOU	2005	Tél : 665 00 89	
	CHP KERAN (Kanté)	2005	Tél : 667 00 04	
	CHP GUERINKOUKA	2005	Tél : 663 60 16	
	FAT KARA	2002	Tél : 660 10 75	
	CEIJA KARA	2004	Tél : 660 61 18	
	CHP BASSAR	2005	Tel : 663 00 10	
	CHP ASSOLI (Bafilo)	2006	Tél : 666 00 80	
	CHP BINAH (Pagouda)	2006	Tél : 660 00 33	
SAVANES	CDVA MANGO	2005	Tel : 771 70 12	
	FAT DAPAONG	2003	Tél : 770 80 62	
	CHP KPENDJAL	2006	Tél : 674 00 05	
	CDVA DAPAONG	2005	Tél : 770 80 03	
	CHP TANDJOUARE	2006	Tél : 675 30 07	

**Le dépistage du VIH/SIDA est un devoir pour tous. Faites le pas dès maintenant !
Avez-vous déjà effectué votre test ? Il n'est jamais trop tard pour connaître son statut**

Liste des sites PTME en 2007

REGION	SITES PTME	DATE DEBUT
LOME COMMUNE	Centre de santé de Lomé	2004
	Hôpital de Bè	2003
	CHU Campus	2005
	CMS Amoutivé	2007
	CHR Lomé Commune	2007
	CHU Tokoin	2005
MARITIME	CMS Agoè	2007
	CMS Adidogomé	2007
	CHP Aného	2005
	Polyclinique Aného	2005
	CHR Tsevié	2002
	PMI Tsevié	2002
	CHP Vogan	2004
PLATEAUX	CHR Atakpamé	2005
	PMI Atakpamé	2006
	CMS Agbonou	2005
	CMS Akparé	2005
	CMS Gléi	2005
	CMS Goudevé	2005
	PMI Kpalimé	2004
	PMI Anié	2005
CENTRALE	CHR Sokodé	2005
	Polyclinique sokodé	2005
	CMS Bon Secours	2005
KARA	CHU Kara	2005
	CHP Kanté	2003
	CMS Kabou	2005
	CHP Bassar	2005
	CMS Baga	2005
	HOP Guérin-Kouka	2007
SAVANES	CHR Dapaong	2003
	PMI Dapaong	2003
	CHP Mango	2005
	CMS Cinkassé	2004
	USP Dalwak	2004
	USP Nadjoundi	2004
	USP Biankouri	2004
	USP Niouprouma	2004
	HOP Tandjoaré	2007
	HOP Mandouri	2007

Les ONG de Prise en charge des PVVIH au Togo

N°	Structures de PECM	Adresses et localisation
1	LOLONYO	Tél : 336 01 35/998 65 74 Lomé
2	CACIEJ	Tél : 22638 91/ 910 77 23 Lomé Hédzranawé
3	ACS	Tél : 336 88 82 Lomé Bè
4	SA+	Tél : 271 97 64 Lomé Bè
5	JMA	Tél : 946 03 51 Lomé Port
6	JADE	Tél : 22149 14/922 47 21 Lomé Nyekonakpoè
7	PDH	Tél : 251 77 52/910 46 34 Adidogomé Avedzi
8	EVT	Tél : 251 46 56/906 15 08 Lomé GTA
9	AMC	Tél : 251 26 47 Lomé Avenou
10	ASPROFEM	Tél : 250 72 66/909 73 78 Adidogomé Boukarou
11	AIDSS	Tél : 251 72 64/912 54 90 Lomé Djidjolé
12	ASMENE	Tél : 222 66 44/934 12 09 Lomé Casablanca
13	ATBEF	Tél : 221 41 93 Tokoin Gbonvié Lomé
14	ASDEB	Tél : 251 46 37 Lomé Klikamé
15	OCDI	Tél : 320 02 75/956 70 17 Adidogomé Apedokoè
16	KOUVE La Providence	Tél : Kouvè Tabligbo
17	VIVRE MIEUX	Tél : 441 04 97 Kpalimé Kloto
18	AVLS	Tél : 663 00 34 Bassar
19	ESPOIR POUR DEMAIN	Tél : 660 02 46/47/901 34 77 Kara
20	VIVRE DANS L'ESPERANCE	Tél : 770 87 65 Dapaong
21	MECAP	Tél : 770 88 29 / 904 28 65 Dapaong
22	CRIPS	Tél : 338 88 93/909 33 97 Bè Togbato Lomé
23	AIDER	Tél : 911 73 60 Bè Lomé
24	Arc – en – ciel	Tél : 221 55 15/ 935 68 27 Bè Lomé

***Prendre en charge une personne vivant avec le VIH,
c'est l'aider à prolonger sa vie***