

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 2009

Équipe de rédaction

Pr. PITCHE, coordonnateur du PNLS/IST

Dr DEKU, Responsable de l'unité de suivi-évaluation

Dr SINGO, Responsable de l'unité de prise en charge des PVVIH

Dr TCHAMA, Responsable de l'unité PTME

Mr KELMA, Responsable de l'unité conseil & dépistage

Mr PANA, Responsable par intérim de l'unité Administrative,
financière et logistique

Remerciements

L'équipe du PNL/IST adresse ses sincères gratitudees :

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

SOMMAIRE

Remerciements	3
Liste des abréviations	6
Liste des tableaux	7
Liste des figures	8
Avant propos	9
1 – ACTIVITÉS DE PRÉVENTION	10
1.1 Diagnostic et traitement des IST	11
1.1.1 Couverture	11
1.1.2 Fréquentation	11
1.1.3 Formation	15
1.1.4 Coordination	15
1.1.5 Problèmes et approches de solutions	16
1.2 Conseil et dépistage	17
1.2.1 Couverture	17
1.2.2 Fréquentation ou nombre de cas dépistés	18
1.2.3 Formation et supervision	23
1.2.4 Coordination	23
1.2.5 Problèmes et approches de solutions	23
1.3 Sécurité transfusionnelle	24
1.3.1 Données des zones couvertes par la CNTS	24
1.3.2 Données des zones couvertes par la CRTS	25
1.4 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	27
1.4.1 Couverture	27
1.4.2 Principaux résultats par composante	27
1.4.3 Formation	34
1.4.4 Suivi /Supervision	34
1.4.5 Coordination des activités	34
1.2.6 Problèmes et approches de solutions	35
2 – SOINS, TRAITEMENT ET SOUTIEN	36
2.1 Soins et traitement des PVVIH	37
2.1.1 Couverture	37
2.1.2 Fréquentation des centres	39
2.1.3 Prise en charge pédiatrique	43
2.1.4 Prise en charge des infections opportunistes et suivi biologique	45
2.5 Prise en charge de la coinfection TB/VIH	
2.1.6 Soutien aux PVVIH	49
2.1.7 Formation et supervision	50
2.1.8 Coordination	50
2.1.9 Problème et approche de solutions	51

3 – SUIVI / ÉVALUATION	52
3.1 Suivi et évaluation	53
3.1.1 <i>Activités de renforcement du système de suivi et évaluation</i>	<i>53</i>
3.1.2 <i>Le monitoring des médicaments et réactifs et suivi des activités de dispensation des ARV dans le cadre de la décentralisation</i>	<i>54</i>
3.1.3 <i>La surveillance épidémiologique</i>	<i>55</i>
3.1.4 <i>Évaluation des interventions du programme</i>	<i>62</i>
3.1.5 <i>Recherches menées en 2009</i>	<i>62</i>
3.1.6 <i>Problèmes et approches de solutions</i>	<i>63</i>
4 – COORDINATION	64
4.1 Coordination	65
4.1.1 <i>Activités de mobilisation de ressources et élaboration des documents.</i>	<i>65</i>
4.1.2 <i>Participation aux réunions stratégiques sur le plan national</i>	<i>65</i>
4.1.3 <i>Groupes thématiques, activités de coordination de TB/VIH, évaluation du programme</i>	<i>65</i>
4.1.4 <i>Missions à l'extérieur</i>	<i>66</i>
5 – FINANCEMENT DES ACTIVITÉS	67
5.1 Ressources financiers	68
5.1.1 <i>Sources de financement des interventions</i>	<i>68</i>
5.1.2 <i>Répartition des coûts par interventions</i>	<i>69</i>
6 – PROBLÈMES, CONCLUSION ET PERSPECTIVES	71
6.1 Problèmes	72
6.1.1 <i>Difficultés et approches de solutions</i>	<i>72</i>
6.2 Conclusion	73
6.3 Perspectives	74
7 - Annexes	75
<i>Liste des principaux indicateurs du PNLS en 2009</i>	<i>i</i>
<i>Liste des sites C&D, PTME, PECM, Dispensation et lecteur CD4 en 2009.....</i>	<i>iii</i>
<i>Répartition géographique sites de PTME en 2009</i>	<i>viii</i>
<i>Répartition géographique des sites de PECM.....</i>	<i>x</i>
<i>Répartition des financement reçus par type de bailleurs et par type d'intervention.....</i>	<i>xvii</i>

Liste des abréviations

ARV	Antirétroviraux (Médicaments)
AWARE	Action for West Africa Region
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CD4	Lymphocytes CD4+
CDVA	Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme
CCD	Centre de Conseil et de Documentation
CCM	Country Coordination Mechanism
CHR	Centre Hospitalier 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 fur 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

Liste des tableaux

Pages

Tableau 1	Répartition de cas d'IST par syndrome	12
Tableau 2	Répartition des cas d'IST par âge	12
Tableau 3	Evolution des activités réalisées chez les TS de 2007 à 2009.....	15
Tableau 4	Répartition des CDVA suivant les régions sanitaires du Togo	17
Tableau 5	Répartition des résultats globaux par sexe et statut sérologique.....	19
Tableau 6	Répartition des cas dépistés par région dans les CDV	20
Tableau 7	Répartition des dépistés dans les CDV par tranches d'âge et par statu sérologique	20
Tableau 8	Répartition des résultats globaux du dépistage mobile par sexe et statut sérologique	21
Tableau 9	Prévalence des marqueurs viraux sur les dons de sang en 2009	24
Tableau 10	Principaux indicateurs en matière de soins du couple mère enfant en 2009	31
Tableau 11	Indicateurs nationaux de 2007 à 2009	33
Tableau 12	Problèmes et approches de solutions	35
Tableau 13	Répartition du nombre de structures accréditées par région sanitaire	37
Tableau 14	Répartition des sites de dispensation par région	38
Tableau 15	Prévalence VIH selon le milieu de résidence	56
Tableau 16	Résultat de la séroprévalence du VIH au niveau des sites sentinelles de CORRIDOR	60
Tableau 17	Principales missions effectuées en 2009.....	66
Tableau 18	Problèmes rencontrés et approches de solutions	72

Figure 1	Cas de syndrome IST notifiés en 2009 par selon le sexe	13
Figure 2	Répartition des cas d'IST par région en 2009	14
Figure 3	Évolution des cas d'IST enregistrés de 2004 – 2009	14
Figure 4	Évolution du nombre des CDV au Togo depuis 2002	18
Figure 5	Évolution des cas dépistés entre 2002 et 2009	19
Figure 6	Répartition du nombre de sujets dépistés par région	22
Figure 7	Évolution de la sérologie des marqueurs	25
Figure 8	Évolution de la séroprévalence des marqueurs viraux au CRTS de Sokodé de 2001 à 2009	26
Figure 9	Évolution du nombre de sites de PTME de 2002 à 2009	27
Figure 10	Évolution du nombre de femmes et partenaires dépistés de 2002 à 2009	28
Figure 11	Évolution du nombre de femmes enceintes dépistés de 2002 à 2009	29
Figure 12	Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives et leurs nouveaux nés en 2009	30
Figure 13	Évolution du nombre de femmes ayant accouché sous ARV de 2002 à 2009	30
Figure 14	Option d'allaitement chez les enfants nés de mères séropositives....	31
Figure 15	Évolution du nombre de site de dispensation de 2007 à 2009	38
Figure 16	Répartition des compteurs de CD4 par région sanitaire	39
Figure 17	Répartition du nombre de PVVIH par région sanitaire	40
Figure 18	Évolution nombre de PVVIH sous ARV de 2002 à 2009.....	41
Figure 19	Répartition des PVVIH par sexe	41
Figure 20	Répartition géographique des PVVIH sous ARVC	42
Figure 21	Répartition des protocoles ARV prescrits au Togo	42
Figure 22	Répartition des protocoles prescrits en fonction des lignes thérapeutiques	43
Figure 23	Proportion des enfants sous ARV en 2009	44
Figure 24	Répartition des enfants sous ARV selon les tranches d'âges	45
Figure 25	Situation de l'offre de service de dépistage du VIH aux patients TB+ par région en 2009	47
Figure 26	Situation du dépistage du VIH réalisé chez les patients TPM+ par région en 2009	48
Figure 27	Proportion par grande structure des patients ayant bénéficié de la prie en charge psychologique	49
Figure 28	Prévalence du VIH en fonction du milieu de résidence des femmes au niveau de chaque site sentinelle en 2009	57
Figure 29	Prévalence du VIH selon les districts sanitaires en 2009	58
Figure 30	Prévalence du VIH par région sanitaire en 2009	59
Figure 31	Évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 – 49 ans entre 2003 et 2009	59
Figure 32	Évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 – 24 ans de 2003 0 2009	60
Figure 33	Prévalence du VIH chez les populations cibles du projet Corridor	61
Figure 34	Répartition des montants selon les sources de financement	68
Figure 35	Répartition des dépenses par domaines d'intervention en 2009	69
Figure 36	Répartition des financements par types d'intervention dans le domaine de la prévention au PNLS/IST	70

Avant-propos

Le Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS/IST) en tant que structure opérationnelle du Ministère de la santé coordonne au niveau national la mise en œuvre des interventions suivantes :

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

Le Service National de Transfusion Sanguine (SNTS) coordonne les activités de la sécurité transfusionnelle ; il existe un cadre de collaboration entre le PNLS/IST et le PNLT (programme national de lutte contre la tuberculose) afin d'améliorer la prise en charge de la co-infection tuberculose-VIH.

Ces interventions font parties des domaines prioritaires retenus dans le plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA du secteur santé 2009-2013, qui est l'émanation du plan stratégique national validé par le CNLS en 2007. Par ailleurs la mise en œuvre des interventions VIH/SIDA du secteur santé rentre dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2009-2013.

Après l'année 2008 au cours de laquelle le PNLS a élaboré ses documents stratégiques, l'année 2009 a été marquée par l'accélération du passage à échelle des interventions de la PTME et de la prise en charge. Ainsi dans le cadre de la PTME, le taux de couverture géographique des sites est passé de 9% en 2008 à 20,4% en 2009. En matière de prise en charge médicale des PVVIH, nous sommes passés de 70 à 115 structures de PEC des PVVIH avec accélération du processus de décentralisation de la dispensation des ARV : le nombre de site est passé de 5 en 2007 à 42 sites en 2009. Dans le domaine du conseil dépistage, une campagne nationale de dépistage à été menée afin de toucher les populations qui ne vont pas spontanément dans les centres fixes. Parallèlement, le PNLS a entamé un processus d'amélioration de son système de suivi évaluation par l'élaboration de nouveaux outils et la formation des principaux acteurs à tous les niveaux.

Les principaux résultats obtenus dans la mise en œuvre de nos interventions constituent la somme des efforts du gouvernement, des partenaires en développement et des acteurs de mise en œuvre. Ces résultats sont surtout le reflet des engagements de tous les acteurs de la mise œuvre, notamment le dynamisme de la société civile et l'abnégation de tous les professionnels de la santé à tous les niveaux sans oublier le travail abattu quotidiennement par tout le personnel du PNLS/IST.

Dans notre marche commune vers l'atteinte des objectifs de l'accès universel en 2010, le rapport annuel 2009 nous a permis de faire le point sur le niveau d'atteinte de ces objectifs par le secteur santé au Togo, et de mettre en exergue les progrès réalisés dans chaque domaine d'intervention de même que les difficultés et les goulots d'étranglement rencontrés dans la mise en œuvre de ces activités.



1 - Activités de Prévention

1.1. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST

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

1.1.1 Couverture

1.1.1.1 Prise en charge des IST

En 2009, 614 sur 1018 structures de soins de santé que compte le Togo, ont effectué la prise en charge des Infections sexuellement transmissibles ; soit un taux de couverture géographique de 60.3%.

1.1.1.2 Suivi du dépistage actif des IST chez les TS

En dehors des services adaptés de Bé et de Dapaong qui manquent de dynamisme et de personnels compétents, tous les autres services adaptés sont fonctionnels et transmettent les données.

Il s'agit des services adaptés :

- d'Amoutivé, Bé, Adakpamé et de la clinique « Petite sœur à sœur pour les jeunes » dans la région de Lomé Commune
- d'Agoè dans la région Maritime
- du CMS Bon secours dans la région Centrale
- de Kpalimé, Anié et Gléi dans la région des Plateaux
- de la Polyclinique de Kara dans la région de la Kara
- de Dapaong et Cinkassé dans la région des Savanes

1.1.2. Fréquentations

Au total 614 structures de soins ont notifié 87 251 cas d'IST en 2009. La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissible est essentiellement basée sur l'approche syndromique. Les différents syndromes IST diagnostiqués, traités et notifiés sont : Ecoulement Urétral (EU), Ecoulement Vaginal (EV), Ulcération Génitale (UG), Douleurs Abdominales Basses ou Syndrome Inflammatoire Pelvien (DAB/SIP), Bubon Inguinal (BI), Tuméfaction du Scrotum (TS), Conjonctivite du Nouveau-Né (CNN) et Condylomes ou Végétations Vénériennes (CO/VV).

1.1.2.1 Situation de l'ensemble des syndromes d'IST notifiés en 2009

Pour l'ensemble du pays, les écoulements vaginaux constituent le syndrome le plus notifié soit 39,69%, suivi du Syndrome Inflammatoire Pelvien (16,48%) de l'écoulement urétral (10,5%) et de l'ulcération génital (3,57%). Ces résultats montrent que les EU, EV, et SIP constituent les trois principaux syndromes IST notifiés au Togo.

Les partenaires ayant été traités représentent 29,10% contre 28,96 % en 2008. Les résultats sont présentés dans *le tableau 1*.

Tableau 1: Répartition des cas d'IST par syndrome

Syndromes IST	Nombre de cas	Fréquence (%)
Ecoulement urétral	8772	10,05
Ecoulement vaginal	34632	39,69
Ulcération génitale	3114	3,57
Tuméfaction du scrotum	303	0,35
Douleur abdominale basse	14382	16,48
Bubon inguinal	165	0,19
Végétations vénériennes (condylome)	318	0,36
Conjonctivite du nouveau né	190	0,22
Nombre de partenaires traités	25375	29,08
Total	87 251	100,00

1.1.2.2 Situation des cas d'IST par tranche d'âge

La tranche d'âge la plus touchée est celle de 30 ans et plus (30,43%) suivie de celle de 25 à 29 ans (27,46 %) puis 20 à 24 ans (26,41%), comme le montre le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des cas d'IST par âge

Syndromes IST	Tranche d'âge (ans)						Total
	0 - 9	10 -14	15 - 19	20 -24	25 -29	>30	
EU	16	227	1098	2058	2362	3011	8772
EV	65	580	5497	10092	9391	9007	34632
UG	16	94	490	698	793	1023	3114
TS	6	10	36	50	58	143	303
DAB	7	258	2001	3780	3857	4479	14382
BI	1	11	24	42	33	54	165
VV	3	2	58	80	77	98	318
CNN*	190	0	0	0	0	0	190
N Part** trt	8	124	2874	6242	7389	8738	25375
Total	312	1306	12078	23042	23960	26553	87251
%	0,36	1,50	13,84	26,41	27,46	30,43	100,00

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

1.1.2. 3 Situation des cas d'IST par sexe

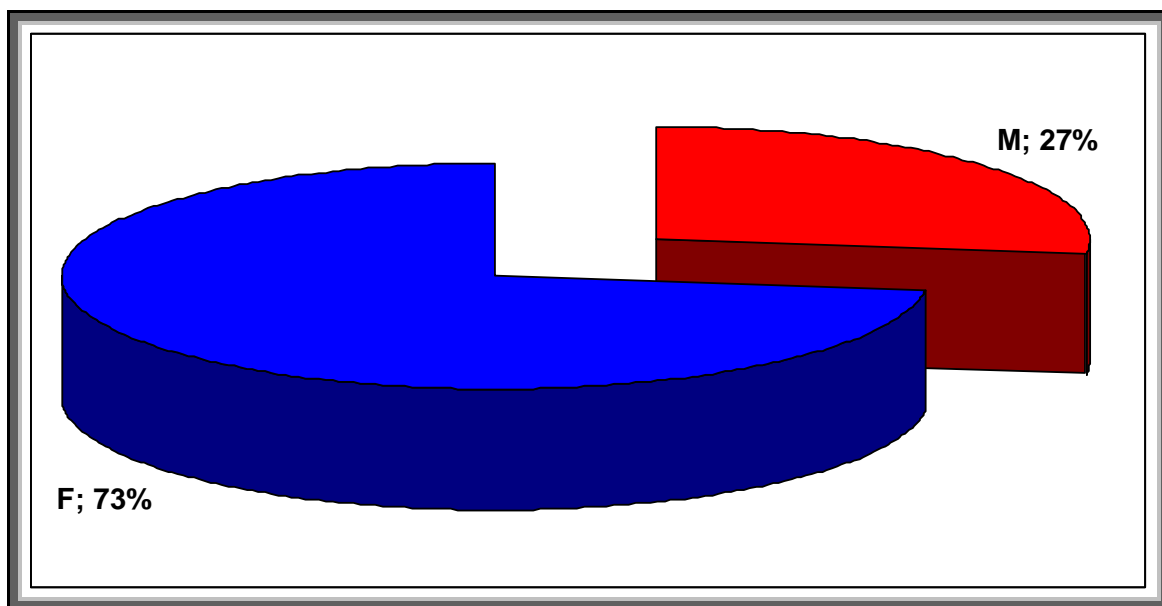


Figure 1 : Cas de Syndrome IST notifiés en 2009 par selon le sexe

Les patients de sexe féminin représentent les deux tiers de l'ensemble des cas d'IST enregistrés (73% contre 27% chez les hommes). Il est à noter que tout comme les années passés, les cas d'IST sont diagnostiqués dans la plupart du temps aux consultations prénatales. Les hommes consultant moins dans les structures publiques

1.1.2.4. Situation des cas d'IST par région sanitaire

La région maritime a notifié 30% sur l'ensemble des cas d'IST suivi de la région des plateaux 23% et la région Lomé commune vient en troisième position avec 21%. Il faut souligner que la région maritime est la plus peuplée.

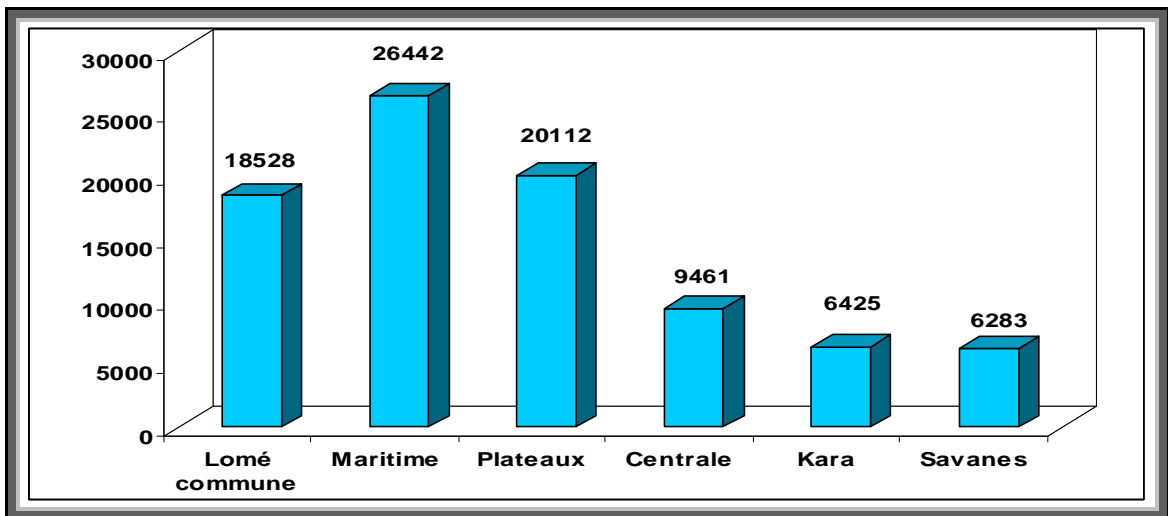


Figure 2 : Répartition des cas d'IST par région en 2009

1.1.2.5 Évolution des cas d'IST notifiés de 2004 à 2009

De 2006 à 2009, le nombre de cas d'IST a connu une augmentation. En effet, le chiffre des cas notifiés a doublé en deux ans (2006 à 2008). Cette situation s'explique par la réalisation des meilleures pratiques de contrôle des IST, notamment :

- l'amélioration du renforcement des compétences des prestataires par des formations en prise en charge syndromique des IST (496 prestataires formés de 2003 à 2008),
- l'amélioration de l'enregistrement et de la notification des cas rentrant dans le cadre du processus d'amélioration de notre système de suivi - évaluation
- l'adoption des stratégies avancées prise en charge avec l'offre gratuite des soins et médicaments essentiels génériques anti-IST par le projet Corridor dans les régions Maritimes et Lomé commune.

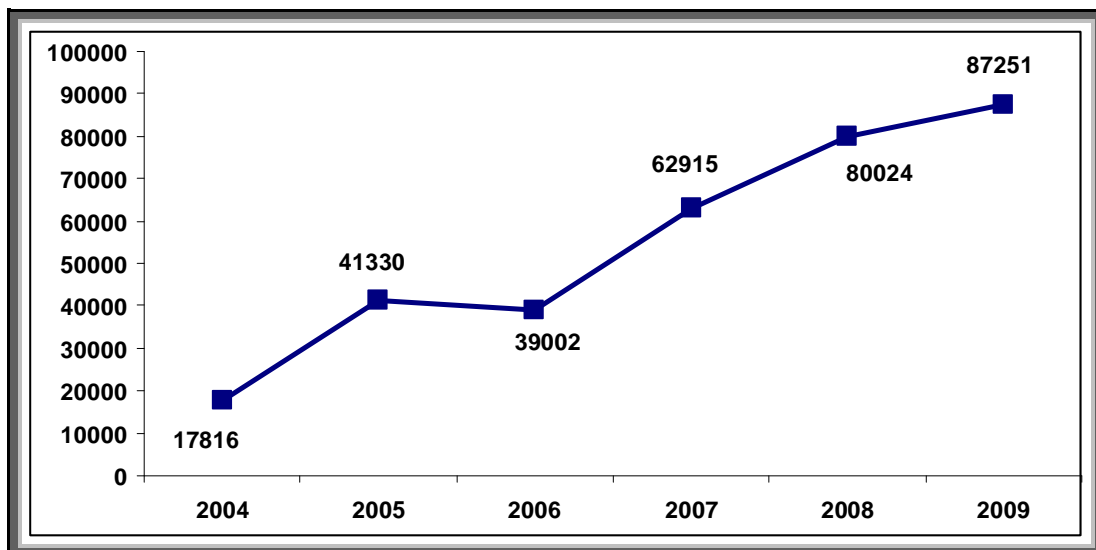


Figure 3 : Évolution des cas d'IST enregistrés de 2004 à 2009.

1.1.2.6. Situation en matière de l'évolution de suivi des travailleuses de sexe

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

Tableau 3 : Evolution activés réalisées chez les TS de 2007 à 2009

	2007	2008	2009
Travailleuses de Sexe (TS) enregistrées (anciens et nouveaux)	2747	1 314	1389
Nouvelles TS reçues	898	662	782
Total de cas IST enregistrés chez les TS	1340	702	951
Total de préservatifs (masculin /féminin) distribués ou vendus	11 140	141 601	126 964

En 2009, 782 nouvelles Travailleuses de Sexes (TS) ont été consultées pour la première fois dans les 12 Services Adaptés (SA). 951 cas ont été pris en charge grâce au dépistage (actif et passif) des IST dans ce groupe vulnérable.

Cependant, il y a eu une baisse de la fréquentation des services adaptés par les travailleuses de sexe (2747 TS en 2007 contre 1240 en 2009). Cela est dû à l'insuffisance de mobilisation et d'orientation des TS vers les services adaptés par les pairs éducateurs qui manquent malheureusement de ressources financières. En effet depuis 2007 il y a très peu de ressources (arrêt de financement USD/AWARE), ce qui a eu un impact négatif sur le volume d'activité. Avec le démarrage du projet fonds mondial round8 on espère redynamiser ces activités en 2010

1.1.3 Formation

Au cours de l'année 2009, deux sessions de formation ont été organisées et 40 prestataires de soins des régions Lomé Commune et Maritime ont été formés.

Toutefois beaucoup restent encore à faire car selon la cartographie réalisée en 2009, il était prévu la formation de 1098 prestataires de soins à la prise en charge des IST.

1.1.4. Coordination

L'unité IST a tenu une réunion avec les responsables de l'ONG FAMME qui intervient auprès des groupes vulnérable (GV). Cette réunion rentre dans le cadre des préparatifs des activités du FMR8 relatif à la mobilisation des GV par les paires éducateurs.

Par ailleurs une cartographie des sites de service adapté (SA) prenant en comptes les nouveaux sites prévus a été réalisée.

1.1.5. Problèmes et approches de solution

Problèmes	Solutions
Insuffisance de ressources financière pour le renforcement des capacités des prestataires de soins en PEC des IST	Mettre à la disposition de l'unité des moyens financiers et logistiques pour la réalisation des activités de formation
Difficultés liées à la réception des rapports trimestriels/Semestriels.	Mettre en place un système performant de collecte et de rapportage des données
Insuffisance de ressources financière pour la mobilisation des TS vers les SA	Mettre à la disposition de l'unité des moyens financiers et logistiques pour la réalisation des activités de mobilisation des TS vers les SA.

Au cours de l'année 2009, 641 structures de soins ont notifié 87251 cas d'IST contre 80041 en 2008. Nous observons une amélioration notable de la qualité de prise en charge des IST et de notification des cas due aux renforcements des capacités des prestataires de soins et l'amélioration du circuit d'informations. Dans le plan sectoriel santé il est prévu d'ici 2010 qu'au moins 500 structures de soins puissent offrir les services d'IST (ce chiffre est dépassé cette année). Par ailleurs l'organisation des stratégies avancées contribue à atteindre les populations qui ne consultent pas les centres de santé. Des efforts doivent être plus amplifiés pour toucher un plus grand nombre des travailleurs de sexe, des hommes ayant des rapports avec les hommes

1.2 CONSEIL ET DEPISTAGE

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

En 2009, au total **133 989** personnes ont été dépistées dont **92242** en stratégie fixe, soit 68.8% et **41807** en stratégie mobile soit 31.2 %

1.2.1 Couverture

Le Togo comptait en décembre 2009, 97 CDV contre 59 en décembre 2008. 75 sont des centres intégrés aux structures de soins.

Sur le plan national, il existe au moins un centre de dépistage volontaire dans chaque district sanitaire et donc dans toutes les régions mais de répartition inégale. Ainsi la région Lomé Commune (25 CDV: 25,77%) et la région des plateaux (19 CDV: 19,59%.) disposent du plus grand nombre de centres.

Tableau 4 : Répartition des CDVA selon les régions sanitaires du Togo

Régions	Nombre de CDVA	Pourcentage (%)
LOME COMMUNE	25	25,8
MARITIME	15	15,5
PLAETAUX	19	19,6
CENTRALE	11	11,3
KARA	19	19,6
SAVANES	08	8,2
TOTAL	97	100

On observe une évolution croissante depuis du nombre de CDV fixe depuis 2002 (38 nouveaux centres ont été mis en place cette en 2009) comme l'illustre la figure 4

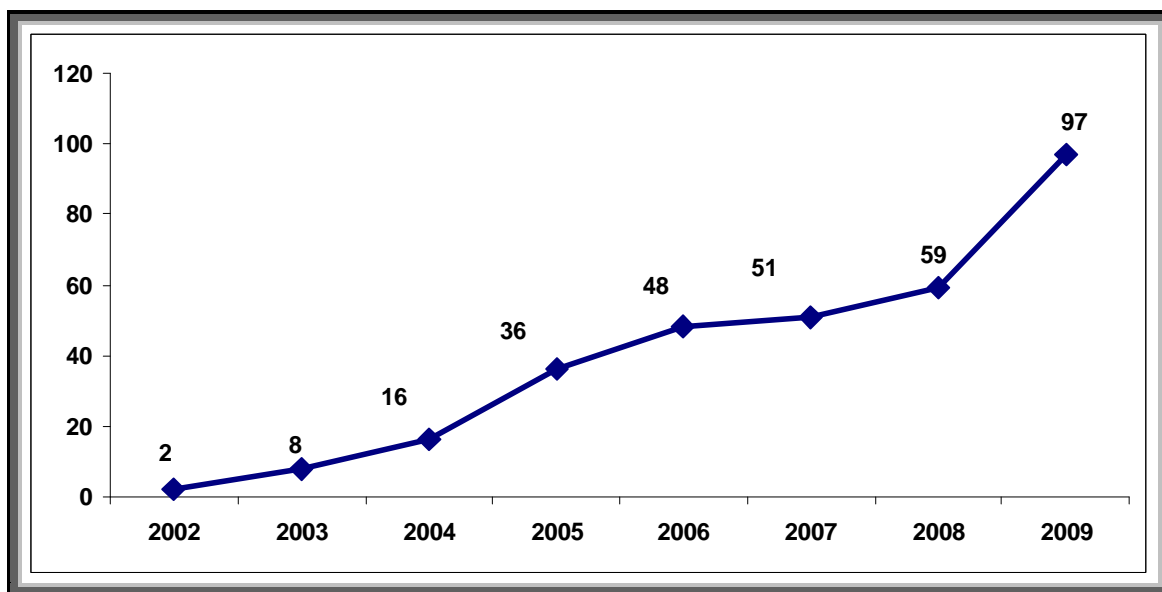


Figure 4 : Évolution du Nombre des CDV au Togo de 2002 à 2009

1.2.2. Fréquentation ou nombre de cas dépistés

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

Au cours de la l'année 2009, au total **133 989** personnes ont été dépistées dont **92242** en stratégie fixe, soit 68.8% et **41807** en stratégie mobile soit 31.2 %. Nous observons que cette année il y a eu moins de cas dépistés malgré l'augmentation du nombre de centre de dépistage : en effet la plupart des centres ont été mis en place au dernier trimestre, et nous avons connu des ruptures de réactifs. Par ailleurs contrairement à l'année 2008, le nombre de cas dépisté en stratégie avancée est plus bas (**51429 en 2008 contre 41807 en 2009**).

Depuis 2002 nous observons une progression croissante du nombre de cas dépistés chaque année : en effet, le nombre de cas dépistés à double entre 2006 et 2008 même si il y a discret fléchissement en 2009. Le nombre total de cas cumulés est de 518861 cas (voir la figure 5).

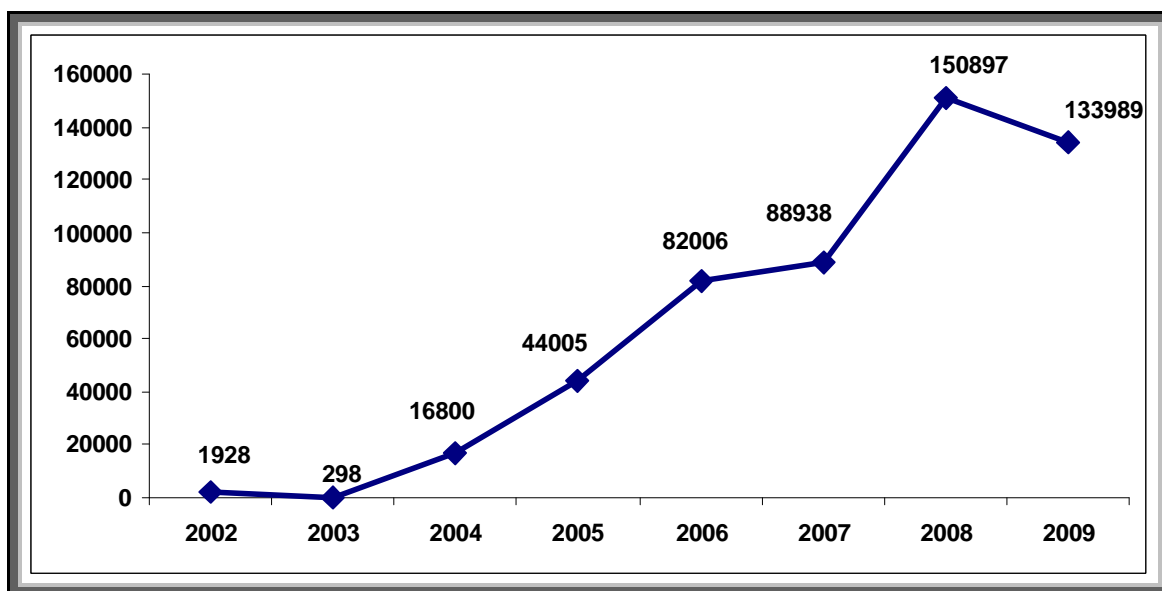


Figure 5 : Evolution des cas dépistés entre 2002 et 2009

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

Les CDV ont reçu 47950 clients pour le dépistage en 2009 (42101 cas dans les sites PTME)

Tableau 5 : Répartition des résultats globaux par sexe et statut sérologique

SEXE	Négative		Positive		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Masculin	20579	89,1	2513	10,9	23092
Féminin	19702	79,3	5156	20,7	24858
Total	40281	84	7669	15,99	47950

L'effectif des femmes testées est presque le même que celui des hommes.

Le taux de séroposivité chez les femmes est pratiquement le double de celui des hommes.

Dans les centres de dépistage le taux de prévalence est plus élevée que dans la population générale, effet ce sont en général les personnes qui ont pris de risque qui y viennent consultés.

La fréquentation des centres décroît de Lomé vers les régions de savanes ceci pour plusieurs raisons : il y a plus de centre à Lomé qu'à Dapaong par exemple.

Tableau 6 : Répartition des cas dépistés dans les CDV par région.

REGIONS	NEGATIFS		POSITIFS		TOTAL	
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
LOME COMMUNE	13661	81,81	3037	18,19	16698	100
MARITIME	7278	78,38	2008	21,62	9286	100
PLATEAUX	6345	85,69	1060	14,31	7405	100
CENTRALE	5632	85,35	967	14,65	6599	100
KARA	5689	92,52	460	7,48	6149	100
SAVANES	1676	92,44	137	7,56	1813	100
TOTAL	40281	84,01	7669	15,99	47950	100

La répartition du nombre de personnes dépistées par région montre, à première vue, une disparité entre les régions en termes de charge de travail des CDVA avec Lomé Commune en tête. En 2009, 80% des centres sont intégrés dans les services de soins ceci explique les taux de séropositivité VIH élevés dans toutes les régions.

La majorité des personnes fréquentant les CDV sont jeunes comme le montre le tableau ci dessus

Tableau 7 : Répartition des dépistés dans les CDV par tranches d'âge et par statut sérologique.

Tranches d'âge (ans)	Négative		Positive		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
0-14	1983	4,1	499	1	2482
15-24	14826	30,9	1037	2,2	15863
25-34	13539	28,2	2899	6	16438
35-49	8018	16,7	2675	5,6	10693
50 et plus	1915	3,9	559	1,1	2474
Total	40281	84	7669	15,9	47950

Dans les CDV on observe que la séropositivité du VIH est plus élevée dans les tranches d'âge de 25-34 ans et de 35-49ans.

1.2.2.2 Résultats en stratégie mobile

Pendant l'année 2009, **41807** cas de dépistage ont été faits en stratégie mobile soit 31.2 % de l'ensemble des cas. La stratégie mobile du dépistage est organisée depuis trois ans par PSI et le projet Corridor afin de renforcer la stratégie fixe en améliorant l'accessibilité géographique.

Au cours des activités PSI et du projet corridor, 20 741 personnes en ont été dépistées par la stratégie mobile : 573 cas étaient positifs, soit un taux de 2,9 %.

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

Tableau 8: Répartition des résultats globaux du dépistage mobile par sexe et statut sérologique

Sexe	Négative		Positive		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Masculin	10124	98,4	160	1,6	10284
Féminin	10042	96,0	413	4,0	10455
Total	20166	97,2	573	2,8	20739

Les deux sexes se sont mobilisés pratiquement au même degré.

Les femmes y sont plus de deux fois plus infectées que les hommes : 4,0 % contre 1,6 %. La tranche d'âge la plus touchée est celle des femmes de 25-34 ans.

Il existe une différence significative de séropositivité des clients reçus en stratégie fixe (prévalence plus élevée) qu'en stratégie mobile : 15,9% contre 2,8 %. La prévalence notée au cours de la stratégie avancée est très proche de la prévalence du VIH dans la population générale (3%).

Campagne de dépistage lors de la journée mondiale de lutte contre le SIDA en décembre 2009

A l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA (JMS), il a été organisé une campagne de dépistage volontaire gratuit pendant 5 jours dans les 22 districts dans les six régions sanitaires du Togo ce qui a permis de dépister 21068 cas (51% d'hommes et 49 % de femmes) pour un objectif cible fixé à 15000 cas. La fréquence du VIH parmi les cas dépistés était de 3.4% proche de la prévalence nationale.

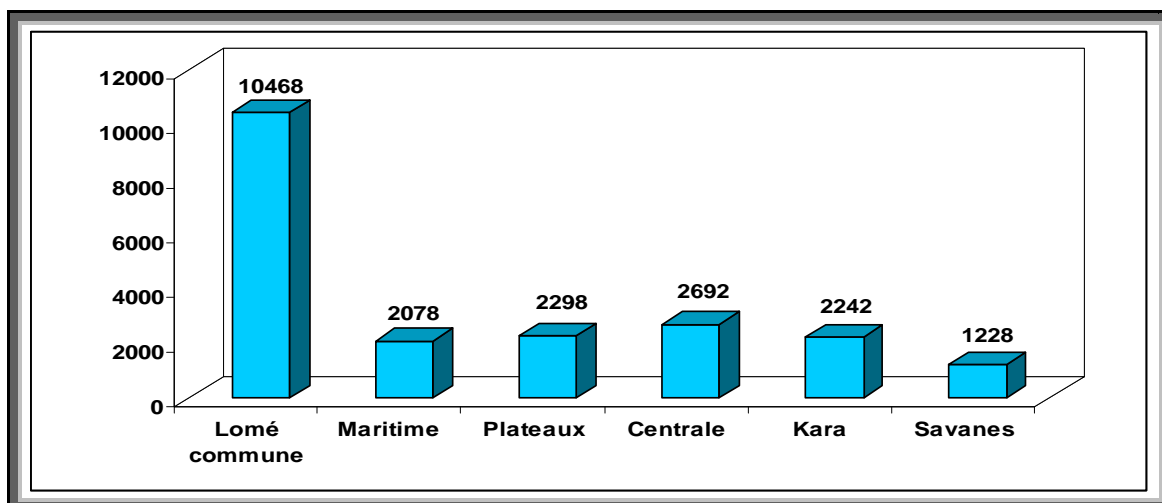


Figure 6 : Répartition du nombre de sujets dépistés par région

Au cours de cette campagne les leaders politiques et administratifs ont été fortement impliqués aussi bien au niveau national (Ministre de la santé, Directrice de cabinet du président de la république, Partenaires : Unicef, PNUD) qu'au niveau régional (préfets et maires).

La réussite de cette campagne nationale de dépistage, première du genre a été possible grâce à la forte mobilisation de la société civile (à travers le PASCI).

Elle a permis de faire travailler ensemble la société civile avec les équipes cadre de districts et de renforcer la bonne collaboration entre la communauté et le secteur public.

Au niveau central le PASCI et le PNLIS ont travaillé en collaboration aussi bien dans la mobilisation des ressources que dans la réalisation de cette campagne.

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

1.2.3. Formation et Supervisions

Au cours de l'année 2009, 167 personnes ont été formées ou recyclées.
Les guides du formateur et du participant ont été révisés
Trois supervisions ont été menées par le niveau central

1.2.4 Coordination

Le groupe thématique conseil dépistage a tenu trois réunions afin de discuter des problèmes liés aux activités de terrain. Un groupe de pilotage a été mis en place avec la société civile à travers PASCI pour organiser la campagne nationale de dépistage en décembre 2009. Ce comité a tenu 4 réunions. Le programme de conseil dépistage a été évalué et les recommandations de cette évaluation ont permis de réviser le document de politique, des normes et procédures

1.2.5. Problèmes et Approches de solutions

Problèmes	Approches de solutions
Faible disponibilité des réactifs	Mobiliser les ressources financières et mettre en place un système performant d'approvisionnement et de distribution
Insuffisance de supervisions formatives	Renforcer les supervisions avec le niveau décentralisé
Faible couverture des Centres de conseil dépistage	Accélérer le processus de passage à l'échelle des services par la promotion du dépistage à l'initiative des prestataires

En 2009, 97 sites CDV sont fonctionnels contre 59 en Décembre 2008, soit une progression de 64 % (80% de ces centres sont intégrés dans les centres de soins).

Le nombre de personnes dépistées en 2009 est de 133989 contre 150897 cas en 2008. Comme l'année dernière un tiers (1/3) a été dépisté par la stratégie avancée d'où l'intérêt de cette stratégie Mais nous sommes loin de l'objectif de 350000 personnes à dépister dans le plan sectoriel en 2009 (38% du taux de réalisation).

1.3. SECURITE TRANSFUSIONNELLE

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

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

1.3.1 Données des zones couvertes par le CNTS

En 2009, le CNTS a collecté et testé 21631 poches de sang, contre 18164 en 2008.

1.3.1.1 Sérologie des marqueurs viraux

Sur 21613 dons de sang, la prévalence des marqueurs viraux est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Prévalence des marqueurs viraux sur les dons de sang en 2009

	Nombre	Pourcentage (%)
VIH positif	266	1.23
VHB positif	971	4.49
VHC positif	736	3.40
Total	1 973	9.12

Notes : syphilis (RPR) : 79 soit 0.37%.

Ces prévalences variaient en fonction de type de donneurs : la fréquence des marqueurs viraux était plus faible chez les anciens donneurs : 4.7% contre 17.2% chez les nouveaux. ces résultats soulignent l'intérêt de la fidélisation des donneurs (les anciens donneurs et donneurs du poste fixe sont moins contaminés que les nouveaux donneurs et les donneurs des sites mobiles).

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

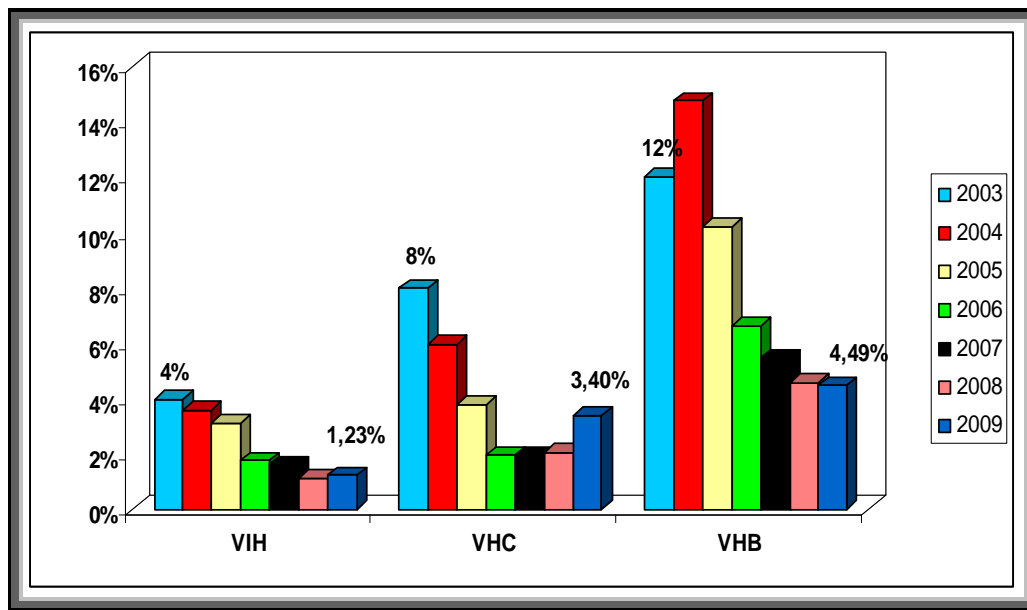


Figure 7 : Evolution de la sérologie des marqueurs viraux au niveau du CNTS

Cette figure montre la baisse régulière de la prévalence du VIH depuis 2003 (4% en 2003 contre 1.2% en 2009).

13.2. Données des zones couvertes par le CRTS

Dans les zones couvertes par le CRTS de Sokodé (régions centrale, de la Kara et des savanes), 6250 poches de sang ont été collectées et testées en 2009. La prévalence des marqueurs viraux en 2009 est de : 0,78% pour le VIH ; 12% pour le VHB ; 4,9% pour le VHC

Entre 2005 et 2008, la prévalence du VIH est passée de 4.9% en 2005 à 0.78% en 2009, la prévalence du VHB est passé de 13.4% en 2005 à 12.4% en 2009, la prévalence du VHC est restée presque stationnaire (4.9 % en 2005 et 4.9% en 2009).

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

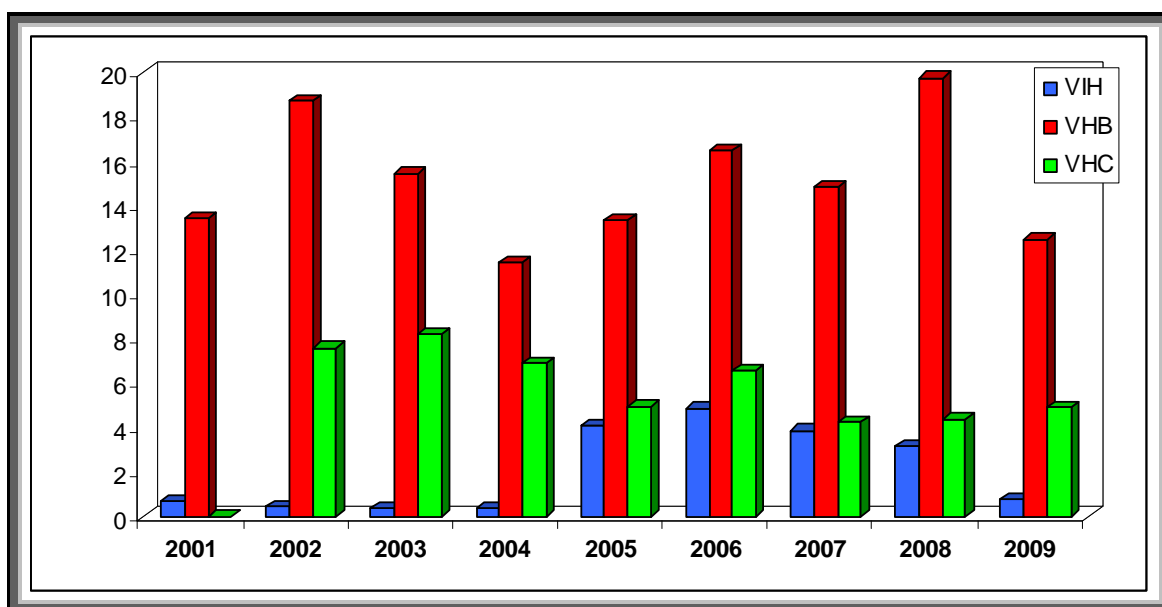


Figure 8 : Evolution de la séroprévalence des marqueurs viraux au CRTS de Sokodé de 2001 à 2009

Depuis 3 ans des progrès importants ont été réalisés en matière de sécurité transfusionnelle notamment dans le cadre du VIH (En 2009, la prévalence du VIH chez les donneurs de sang était de 1.2% dans la partie méridionale contre 0.78% dans la zone septentrionale du pays). Mais les progrès sur les autres marqueurs viraux (VHB, VHC) sont plus modestes

Ces progrès méritent d'être consolidés et amplifiés sur toute l'étendue du territoire et pour tous les marqueurs viraux afin de garantir un niveau élevé de sécurité transfusionnelle dans notre pays.

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

1.4.1. Couverture

Le programme de prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant est l'une des interventions majeures de lutte contre l'infection à VIH dans le pays. En 2009, ce programme a été intégré dans 80 centres de Santé Maternelle et infantile, portant le nombre de sites de PTME à 128 soit une couverture géographique de 20,4%. (n=625) La couverture en terme de districts est de 100 % (n=35).

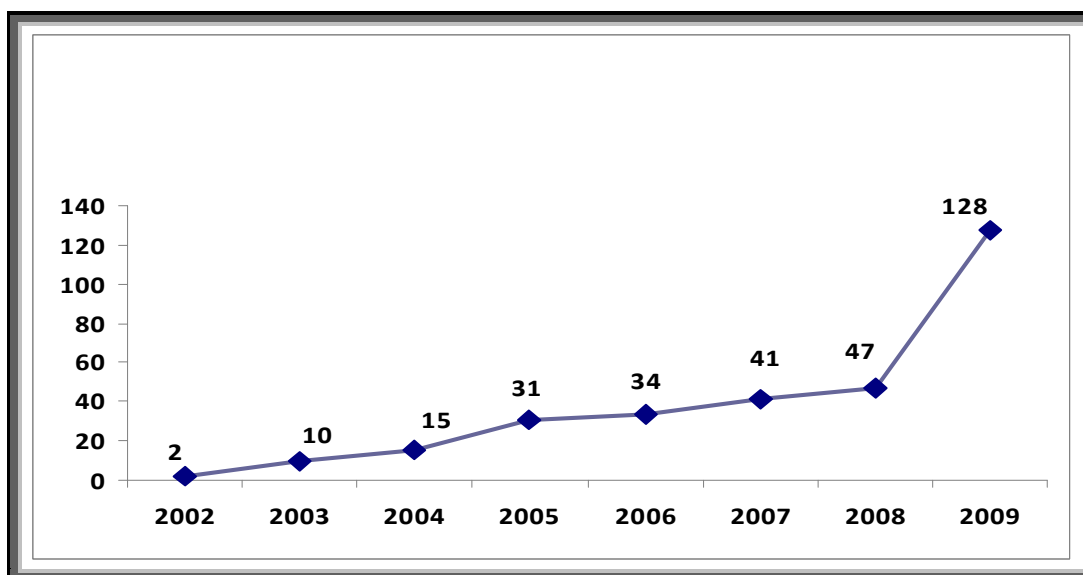


Figure 9 : Evolution du nombre de sites de PTME de 2002 à 2009

Le nombre de sites croît chaque année avec une croissance exponentielle en 2009 dépassant les prévisions (100 en 2010) du PSN 2007-2010. Cette augmentation est due à l'amélioration de la disponibilité des ressources financières

1.4.2. Principaux résultats par composante

Les interventions mises en œuvre se sont articulées au tour des 4 composantes du programme que sont :

- La prévention primaire de l'infection à VIH,
- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives,
- Les interventions spécifiques visant à réduire la Transmission mère enfant
- Les soins, soutien et traitement aux femmes séropositives, à leurs enfants et à leurs familles.

Les nouveaux sites mis en place en 2009 n'ont été fonctionnels qu'au dernier trimestriel 2009 et seulement 49 ont envoyés leurs premiers rapports d'activité. Ceci justifie les résultats obtenus ne soient pas proportionnels au nombre de sites.

1.4.2.1. Prévention Primaire de L'infection à VIH

La prévention primaire de l'infection à VIH dans le cadre de la PTME a été marquée au niveau des sites par :

- L'organisation de 08 séances de sensibilisation de masse sur la PTME et la prise en charge pédiatrique. Ces séances ont touchée environ 2000 personnes en majorité des femmes.
- Le dépistage de 42 101 femmes et 2 194 partenaires.

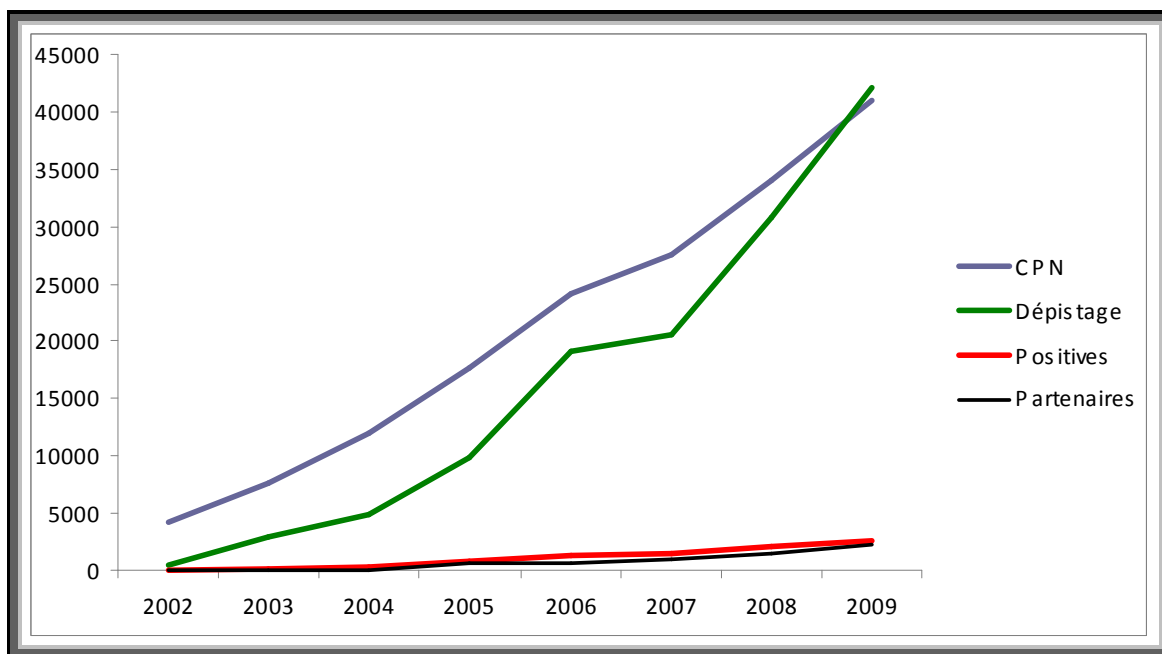


Figure 10 : Evolution du nombre de femmes et partenaires dépistés de 2002 à 2009

Le nombre de femmes dépistées dans les sites augmente proportionnellement à celui reçu en consultations prénatales soit un taux d'acceptation de 13% en 2002 contre 100% en 2009. Ce taux de 100% s'explique par la mise en œuvre de la stratégie de réalisation du test de dépistage par les prestataires avec un rendu du résultat le même jour qui a augmenté les références des femmes enceintes d'autres structures sanitaires vers les sites PTME pour la réalisation du test de dépistage ainsi que la fréquentation de ces sites de PTME par les femmes en âge de procréer désirant connaître leur sérologie face au VIH.

La proportion des femmes enceintes en CPN qui connaissent leur statut est passé de 59% en 2007 à 89.5% en 2009. Cependant les partenaires dépistés ne représentent que 5,3% des femmes dépistées, d'où la nécessité de mise en œuvre des stratégies de mobilisation à leurs endroits

Le taux de séropositivité moyen chez les femmes enceintes dépistées sur les sites de PTME varie dans la fourchette de 8,7% et 6,8% depuis le démarrage du programme avec une moyenne de 6,1% en 2009.

Depuis 2002, on note une évolution régulière du nombre de femmes enceintes dépistées au Togo (figure 11).

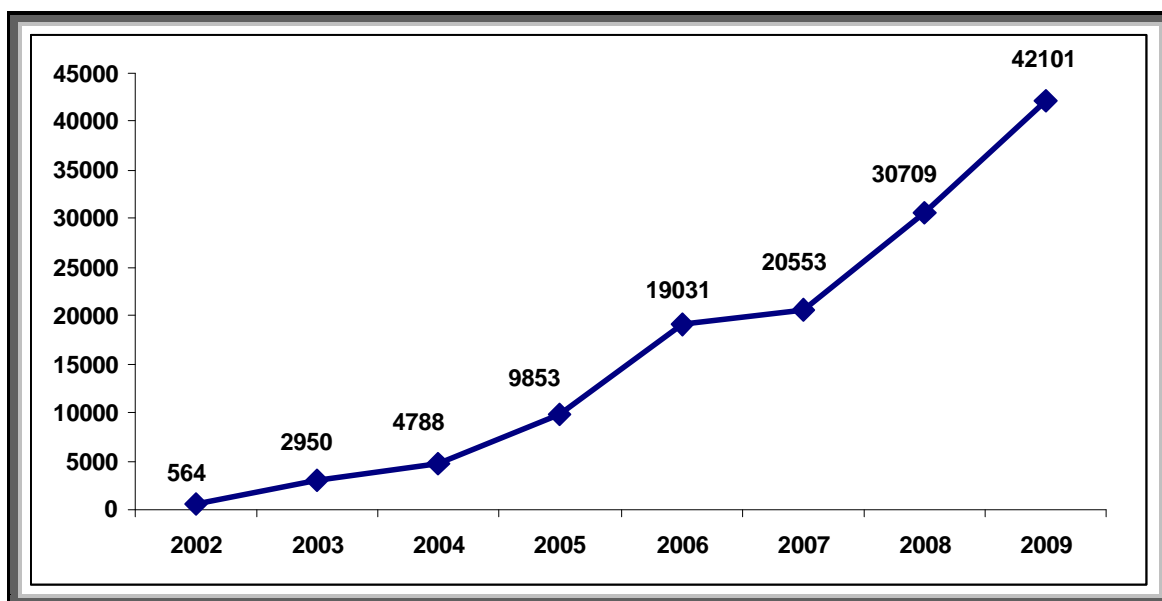


Figure 11: Evolution du nombre de femmes enceintes dépistées de 2002 à 2009

1.4.2.2. Prévention des grossesses non désirées

324 femmes séropositives sur les 1588 ayant accouché ont été référées vers les services de planification familiale pour bénéficier des conseils appropriés. Par ailleurs il est à noter que la majorité des femmes choisissent d'autres méthodes en dehors du préservatif supposé les protéger doublement, du fait de la résistance des conjoints.

1.4.2.3 Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes et leurs nouveaux nés

En 2009, 2589 femmes séropositives ont été dépistées. Parmi les femmes dépistées séropositives dans les sites, 76,7% ont reçu la prophylaxie antirétrovirale.

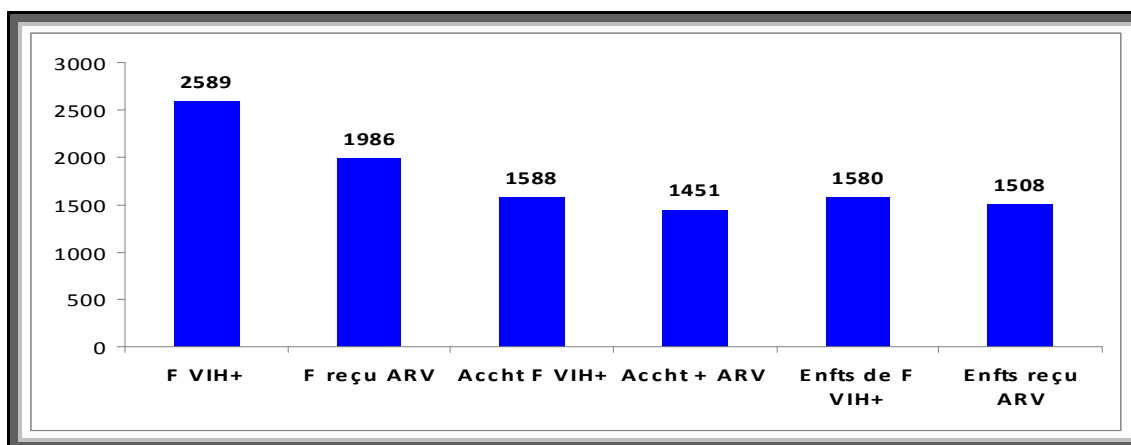


Figure 12 : Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives et leurs nouveaux nés en 2009

En vue de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, 91,3% des femmes séropositives ayant accouché ont bénéficié de la prophylaxie antirétrovirale pendant l'accouchement, de même que 95,4% de leurs enfants. En 2008, 51% de femmes séropositives ont accouché sous prophylaxie contre 56% en 2009.

On observe en moyenne 30% de pertues de femmes séropositives entre le début de la prophylaxie et le moment d'accouchement. Mais il faut aussi souligner compte tenu de la durée de la grossesse toutes les femmes séropositives qui reçoivent la prophylaxie au cours du dernier trimestre de l'année 2009 n'accouchent toutes la même année

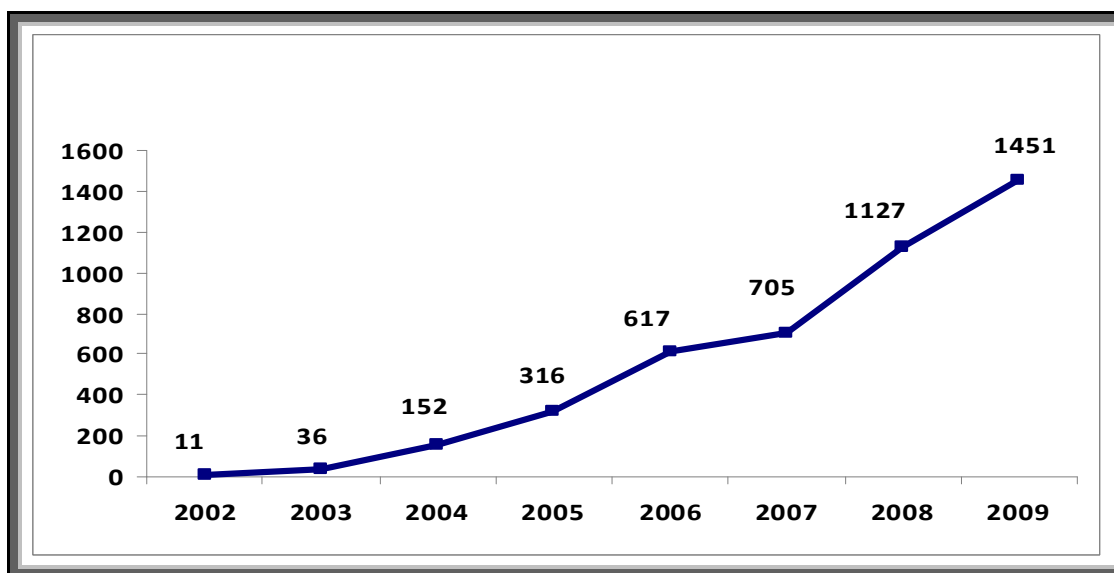


Figure 13 : Evolution du nombre de femmes enceintes ayant accouché sous ARV de 2002 à 2009

1.4.2.4 Alimentation des nourrissons nés de mères séropositives

L'allaitement maternel exclusif reste le mode d'allaitement le plus accessible pour les mères séropositives. 77,2% des nouveaux nés de mères séropositives ont été mis sous allaitement maternel exclusif contre 22,8% sous alimentation artificielle. Ceci peut s'expliquer par le faible pouvoir d'achat des femmes et ou par le poids de la stigmatisation et de la discrimination.

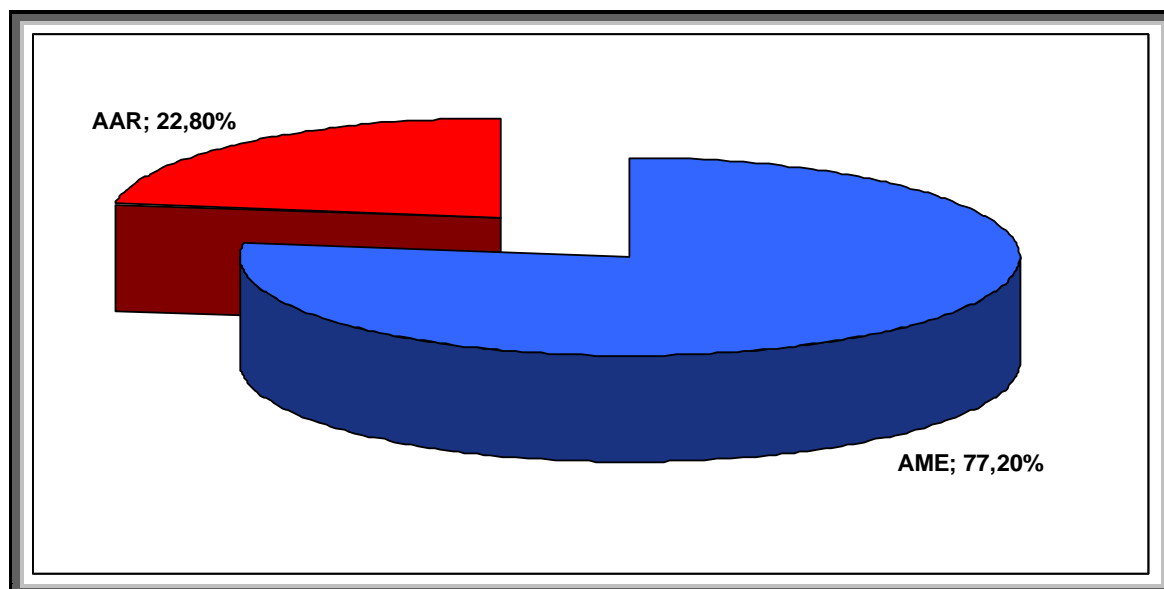


Figure 14 : Option d'allaitement chez les enfants nés de mères séropositives

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

Soins aux femmes et enfants

Tableau 10 : Principaux indicateurs en matière de soins du couple mère enfant en 2009

Indicateurs	Nombre	Proportion	Proportion PSN
Femmes séropositives	2589	-	-
Femmes sous cotrimoxazole	1301	50,2%	65%
Enfants de mères VIH+	1580	-	-
Enfants suivi	1579	99,9%	-
Enfants sous cotrimoxazole	945	59,8%	47,2%

Parmi les enfants nés de mères séropositives, 99,9% ont été suivis au moins une fois dans les sites. Ce taux diminue de la première visite de suivi au dépistage des enfants à 18 mois. Les enfants ayant bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole représentent 59,8% des enfants suivis soit 47,2% de la cible du PSN 2007-2010.

Grâce au soutien des partenaires en développement le Togo a démarré le diagnostic précoce du VIH par PCR afin d'améliorer la qualité de la prise en charge pédiatrique. Seulement les régions de Lomé commune Maritime et plateaux ont pu bénéficier de la réalisation du diagnostic précoce aux enfants de mères séropositives. Sur 614 échantillons testés par le laboratoire BIOLIM, 53 sont positifs soit un taux de 8,6%. Au niveau national le taux de séropositivité chez les enfants issus de la PTME est de 9.5%

Soutien aux femmes séropositives et à leurs familles

L'accompagnement psychosocial des mères et de leurs enfants se fait à travers les réunions de groupes de parole qui se tiennent mensuellement dans certains sites PTME. Il en existe actuellement dans 19 sites fonctionnels.

Le fonctionnement de ces groupes de parole a souffert d'une insuffisance en ressources financières pour offrir des collations ou un appui nutritionnel et des AGR aux femmes. Cette situation a entraîné une déperdition des enfants suivis sur les sites PTME au profit de certaines ONG de prise en charge des PVVIH pouvant offrir certains des avantages sus cités. Neuf (9) sites avec l'appui de la Fondation GSK et l'OPALS ont bénéficié de l'appui des médiateurs pour le suivi et la prise en charge psychosociale des couples mères enfants. Ce type de partenariat est à encourager pour pouvoir réduire le nombre de perdus de vue des enfants de mères séropositives.

Concernant le soutien aux femmes séropositives et à leurs enfants, du lait artificiel, de la farine enrichie ; certains sites à travers plusieurs partenariats.

C'est ainsi que l'Hôpital de Bè a bénéficié de l'appui de la Fondation Ouest Africaine de l'alimentation (FOAA) pour 346 enfants, les sœurs de la Providence de Kouvé ont bénéficié de l'appui des confessionnels pour 17 enfants et la pédiatrie des 4 garnisons de l'appui de la fondation GSK pour 93 enfants. 50 mères séropositives ont bénéficié de l'appui de la Fondation GSK pour les AGR.

Tableau 11 : Indicateurs nationaux PTME de 2007 à 2009.

N°	Indicateurs	Valeurs		
		2007	2008	2009
1	Proportion de FS offrant la PTME :	6,5%	7,5%	20,4%
2	Taux d'acceptation du test VIH :	74,6%	90,1%	100%
3	Taux d'acceptation du test VIH dans le pays	8,3%	12,1%	16,3%
4	Proportion de femmes reçues en CPN connaissant leur statut sérologique :	59%	76,3%	89,5%
5	Taux de retrait de résultat	79,1%	84,6%	87,2%
6	Taux de séropositivité chez les femmes enceintes vues en CPN	7,2%	6,8%	6,1%
7	Taux de partenaires dépistés en PTME	3,4%	4,3%	5,3%
8	Nombre de prestataires formés en PTME	161	120	227
9	Pourcentage de femmes séropositives ayant pris les ARV pour réduire la TME	10,8%	17,8%	23%
10	Pourcentage des nouveaux nés, nés des mères séropositives ayant pris ARV dans les 72 heures selon le protocole en vigueur	94,5%	96,4%	96,2%
11	Proportion d'enfants de mères séropositives mis sous prophylaxie au cotrimoxazole	61,6%	61,1%	60,3%
12	Proportion d'enfants de mères séropositives sous allaitement exclusif	81,6%	69,2%	77,2%
13	Proportion de nourrisson ayant bénéficié d'un diagnostic précoce	-	-	39,2%
14	Proportion de nourrissons testés à 18 mois	89,8%	63%	86,5%
15	Proportion de nourrissons séropositifs à 18 mois	13,2%	20,5%	9,5%
16	Proportion de femmes séropositives ayant fait le comptage des CD4	-	-	20,6%
17	Proportion de femmes enceintes sous traitement ARV	-	-	52,7%*
18	Nombre de mères séropositives ayant reçu des conseils sur la PF	169	-	324

Notes * le calcul a porté seulement sur 20% des femmes ayant effectué le dosage de CD4

1.4.3. Formation

- 227 prestataires de soins ont été formés sur la PTME grâce à l'appui financier de l'UNICEF, l'Etat Togolais et Alter Santé pour la mise en place de 78 sites
- 130 prestataires et techniciens de Laboratoire de 60 sites ont été formés sur les techniques de dépistage avec du sang capillaires.
- 35 prestataires de soins et responsables de 10 sites et 02 cliniques privés ont été formés dans le cadre de la réalisation du diagnostic précoce
- 25 prestataires de soins ont été remis à niveau dans le cadre de la PTME dans la région des savanes

1.4.4. Suivi/Supervision

Le niveau central a organisé une tournée de suivi post formation sur les 13 nouveaux sites a été menée conjointement avec les équipes cadres de région et de district. Ce suivi a permis d'identifier un certain nombre de points à améliorer qui ont été résolus dans l'immédiat. Au niveau décentralisé, tous les 25 sites de la région maritime ont bénéficié d'une supervision du niveau région.

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

1.4.5 Coordination des activités

- Le groupe thématique PTME/PECP a tenu 6 réunions au cours de l'année pour aider l'unité de PTME à identifier des stratégies d'amélioration des Suivis/supervisions des prestataires et du suivi du couple mère enfant.
- Une évaluation du suivi du couple mère enfants a été réalisée dans 47 sites
- Des réunions de coordination ont été tenues dans le cadre des projets appuyés par l'UNICEF, la fondation GSK, Alter santé, OPALS et OCAL.

Compte tenu du nombre élevé d'enfants de mères séropositives dépistés cette année (grâce au diagnostic précoce par PCR) sur les sites, le taux de séropositivité chez ces derniers est de 9,3%, d'où la nécessité d'étendre cette stratégie de dépistage sur l'étendue du territoire afin de mieux évaluer notre programme.

1.4.6 Problèmes et approches de solutions

Tableau 12: Problèmes rencontrés et approches de solutions

Problèmes	Approches de solutions
Insuffisance d'appropriation des interventions de PTME par le niveau décentralisé	Poursuivre la mise en œuvre de l'approche district pour une meilleure implication des acteurs du district
Faible couverture du diagnostic précoce par PCR pour améliorer la qualité de prise en charge des enfants	Mettre en place le système de papier buvard pour couvrir les régions sanitaires en dehors de Lomé
Centralisation de la gestion des médicaments	Mettre en place un cadre formel d'approvisionnement des sites en intrants par la CAMEG et ses dépôts régionaux

Au total, en fin Décembre 2009, le Togo comptait 128 sites PTME contre 48 sites en 2008 (soit un taux de couverture géographique de 20.4%). Ces sites ont permis d'offrir une prophylaxie ARV à 1986 femmes enceintes séropositives (soit un taux de couverture la cible de 31.5%). Cette année 1451 femmes séropositives ont accouché sous prophylaxie ARV, et 945 des 1579 nouveaux nés de mères séropositives ont reçu le traitement par le cotrimoxazole. Malgré ces résultats appréciables il reste des progrès à réaliser en matière de dépistage précoce par PCR chez l'enfant et de la qualité du suivi des femmes enceintes séropositives. L'un des goulots d'étranglement du programme PTME est le taux encore élevée de perdus de vue du couple mère-enfant entre les sites PTME et les sites de prise en charge pédiatrique.



2 - Soins, Traitements et Soutien

2.1 SOINS ET TRAITEMENT ET SOUTIEN DES PVVIH

Les soins et traitement constituent l'intervention prioritaire et centrale du PNLS/IST. L'année 2009, a été marquée par l'augmentation notable du nombre de PVVIH sous ARV après la gratuité des ARV décrété par le gouvernement en novembre 2008. Afin de garantir un standard minimal de qualité de services, le programme de PEC a été évalué et les structures de PEC ont été accréditées.

2.1.1 Couverture

2.1.1.1 Structures de prise en charge

Le PNLS/IST conformément à ses attributions a mené un processus d'évaluation des structures de soins sur toute l'étendue du territoire à partir de mars 2009, ainsi 115 centres ont été accrédités pour la prise en charge médicale des PVVIH au Togo.

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

	Publiques	ONG/ Associations	Confessionnelles	Privées	Centre des armées	TOTAL REGION
Lomé commune	10	18	2	7	1	38
Maritime	10	6	5	2	0	23
Plateaux	12	6	1	0	1	20
Centrale	7	2	2	1	0	12
Kara	9	2	0	0	1	12
Savanes	6	2	1	0	1	10
TOTAL	54	36	11	10	4	115
%	47%	31%	10%	9%	3%	100%

La prise en charge médicale est effective dans les 35 districts du pays. Au total 115 structures sont accréditées : **47% de structures publiques, 36% de structures associatives et 9% de structures privées à but lucratif.**

2.1.1.2 Structure de dispensation des médicaments antirétroviraux

Toutes toutes les structures accrédités ne font pas la dispensations des ARV, en effet le pays est dans un processus d'accréditation et au 31 décembre 2009, le PNLS a mis en place 42 sites de dispensation des ARV (soit 36.5% de sites de PEC).

Tableau 14 : Répartition des sites de dispensation par région

Régions	Nombres de sites de PEC	Nombre de site de dispensation en ARV	Pourcentage
Lomé commune	38	21	55.2%
Maritimes	23	6	26%
Plateaux	20	4	20%
Centrale	12	5	41.6%
Kara	12	3	25%
Savanes	10	3	30%
Total	115	42	36.5%

En deux ans des progrès imporants ont été réalisés en matière de décentralisation de la dispensation des ARV au Togo (6 sites en 2007 contre 42 sites en 2009) comme l'illustre la figure ci dessous

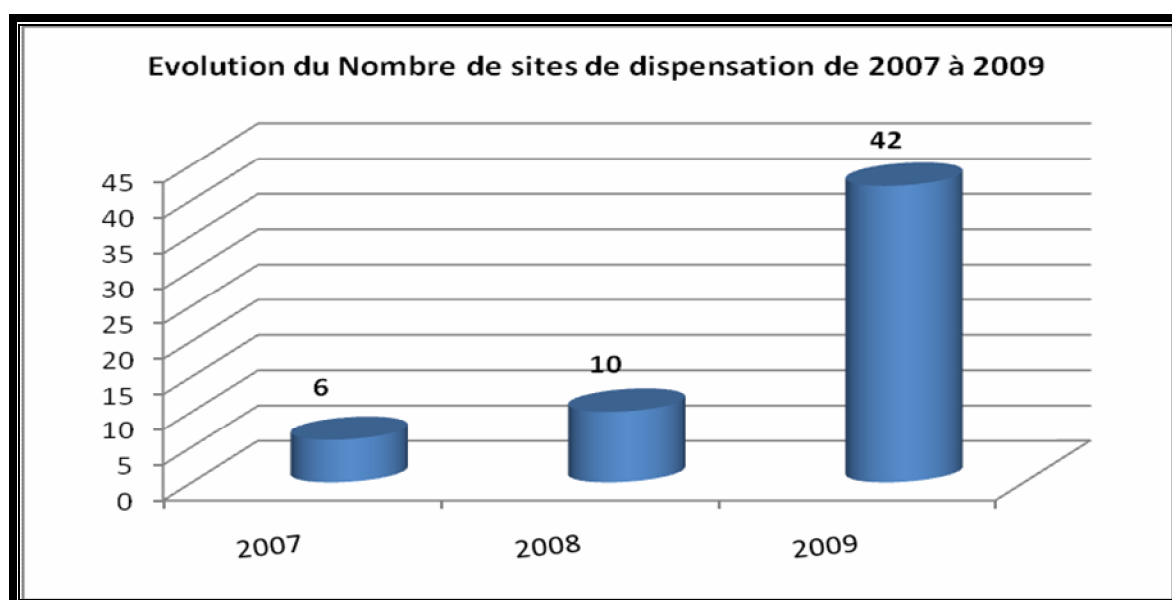


Figure 15 : Evolution du nombre de site de dispensation de 2007 à 2009

2.1.1.3 Couverture en lecteur de CD4

En 2009, notre pays disposait de 23 appareils pour le comptage des lymphocytes CD4. Chaque région sanitaire en dispose au moins deux.

Le défi est de le rendre accessible à court terme à tous les patients grâce à une organisation de collecte et d'acheminement des échantillons vers les gros centres et à long terme à l'implantation d'autres appareils.

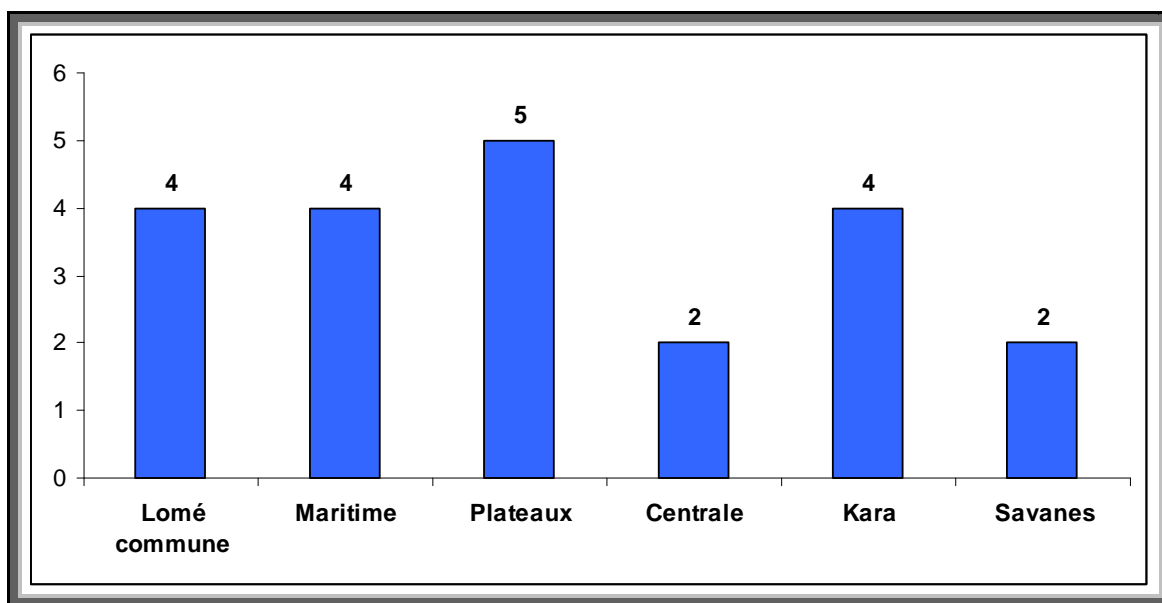


Figure 16 : Répartition des compteurs de CD4 par région sanitaire

2.1.2 Fréquentation

2.1.2.1 Nombre de PVVIH suivies dans les centres

Au 31 décembre 2009, **32062** PVVIH sont inscrites et régulièrement suivies au niveau des structures de prise en charge réparties sur toute l'étendue du territoire. Ce chiffre ne tient pas compte des doublons vu l'extrême mobilité des patients avant leur mise sous ARV. Comme le montre la figure ci-dessous 57 % des PVVIH sont enregistrées à Lomé, suivies respectivement par les régions maritimes (16,8 %) et des plateaux (7.9 %).

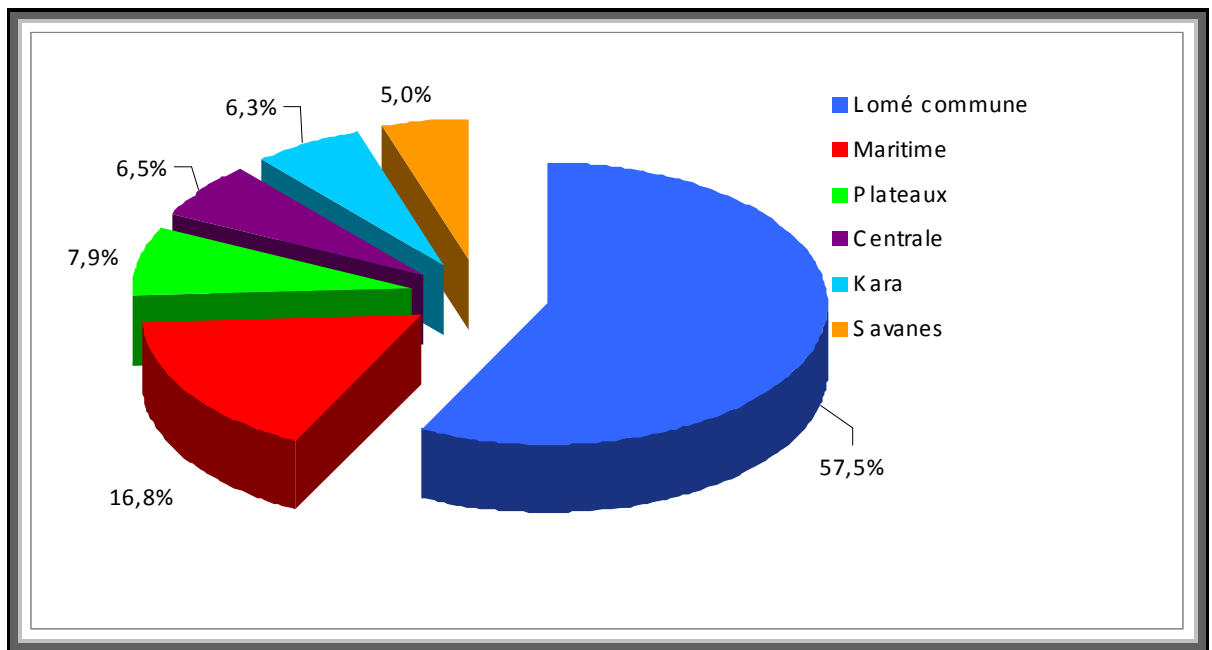


Figure 17 : Répartition du nombre de PVVIH par région sanitaire

2.1.2.2 Nombre de PVVIH sous traitement antirétrovirale (TARV)

L'année 2009 a été une année où nous avons observé une accélération du passage à échelle de la thérapie par les ARV. En effet grâce à la gratuité des ARV décrétée par l'Etat et la sécurisation d'une continuité de traitement à travers les engagements du gouvernement et des partenaires en développement, il y eu un enrôlement actif des patients.

Ainsi le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 11211 en 2008 à 16710 au 31 décembre 2009, soit une augmentation de 49% en un an. Le taux de couverture thérapeutique en 2009 était de 53.9% contre 27.3% en 2006.

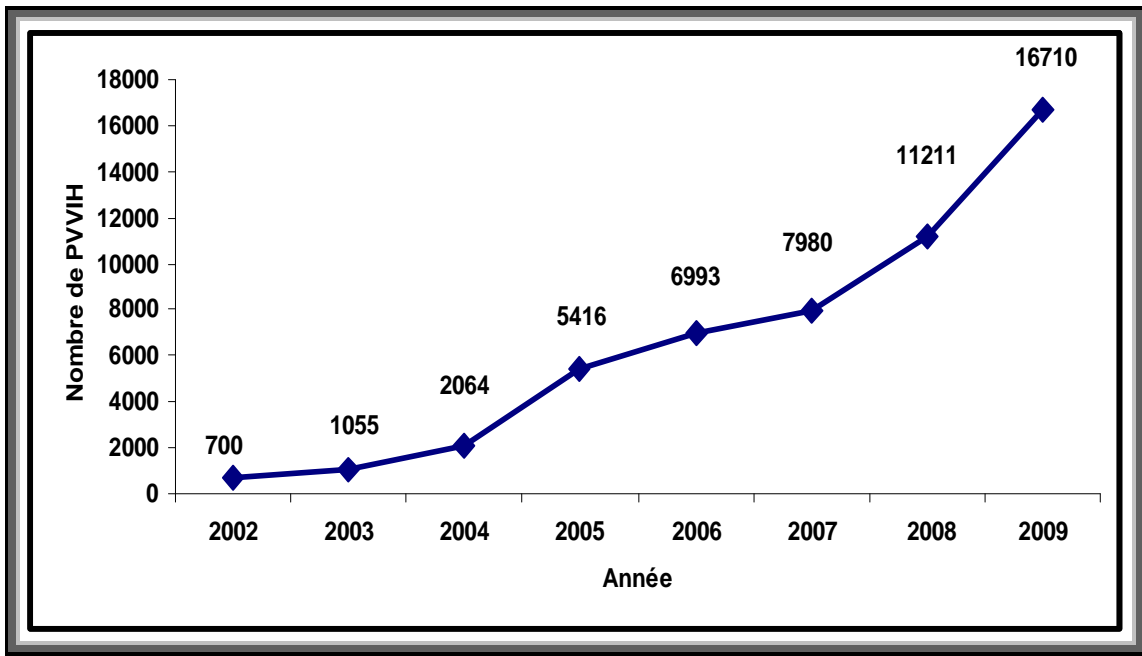


Figure 18 : Evolution du nombre de PVVIH sous ARV de 2002 à 2009

Répartition des PVVIH sous ARV par sexe :

Aussi bien parmi les personnes enregistrées que celles suivies sous ARV, on note une nette prédominance féminine

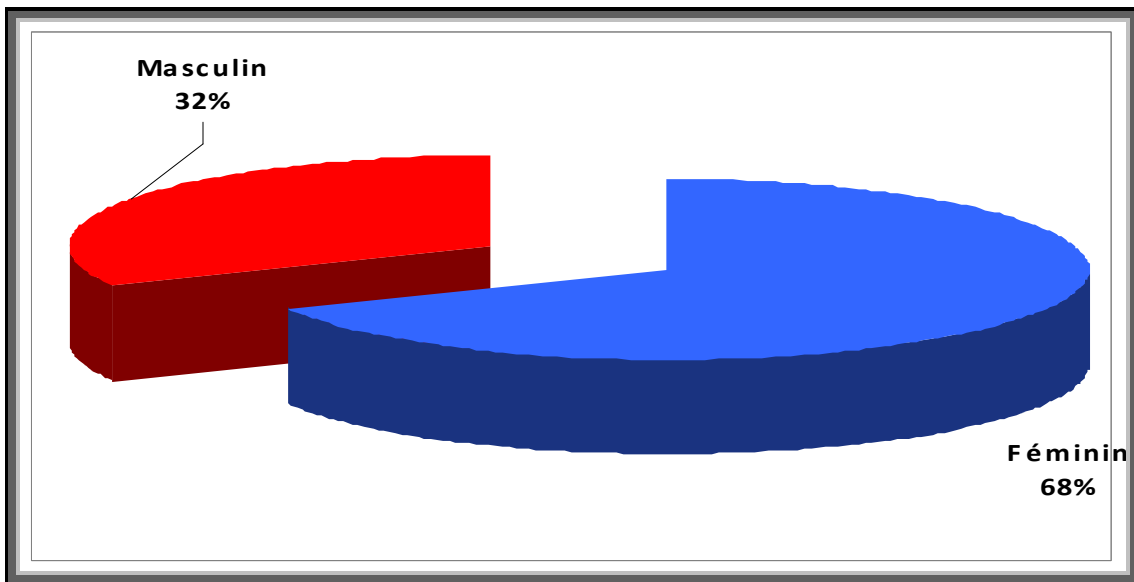


Figure 19 : répartition des PVVIH par sexe

Répartition des PVVIH sous ARV par région

Soixante (60 %) des PVVIH sous ARV sont prises en charge à Lomé commune. Par ailleurs, on note la forte implication des structures associatives dans la prise en charge médicale des PVVIH, en effet 8634 PVVIH soit 51,7% se retrouvent dans les ONG/Associations accréditées pour la prise en charge médicale des PVVIH.

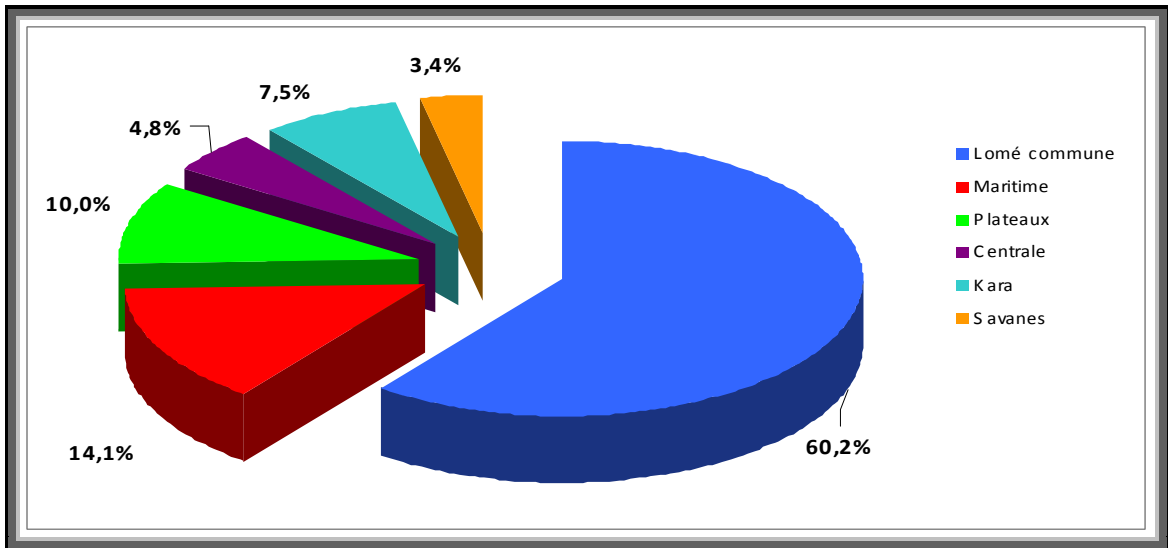


Figure 20 : Répartition géographique des PVVIH sous ARV

Répartition des PVVIH sous ARV par combinaison thérapeutique

La figure ci-dessous montre que les protocoles nationaux en vigueur sont respectés par les prescripteurs. La qualité des prescriptions assurée par les différents niveaux de contrôle et de respect de ces protocoles que sont : les comités thérapeutiques, les sites de dispensation, la formation des prescripteurs et les fiches de rappel des protocoles en vigueur régulièrement envoyées aux sites.

En attendant le retrait de la stavudine, suivant les recommandations récentes de l'OMS (Décembre 2009) la Triomune (lamivudine/stavudine/névirapine) demeure la combinaison la plus prescrite (80 %).

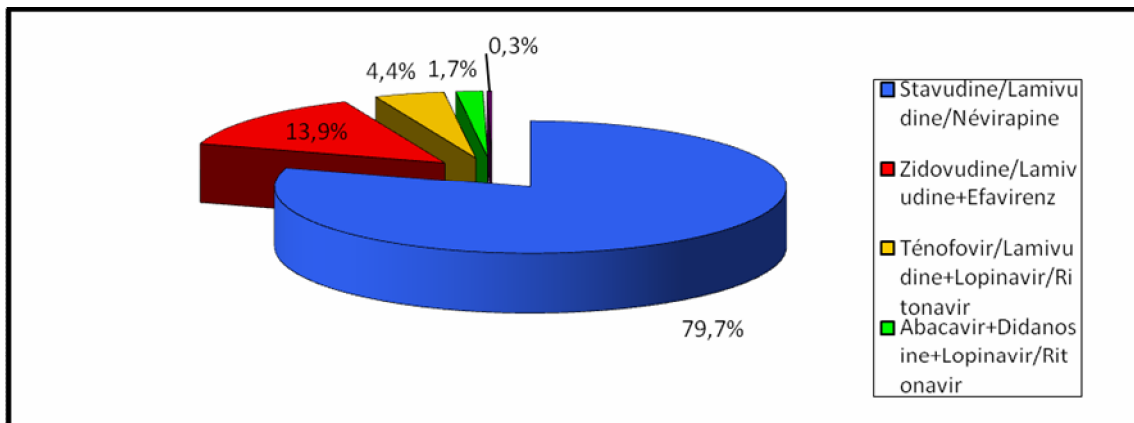


Figure 21 : répartition des protocoles ARV prescrits au Togo

Répartition des PVVIH sous ARV par ligne thérapeutique

Sur l'ensemble des personnes sous ARV, 94% sont en traitement de 1^{ère} Ligne.

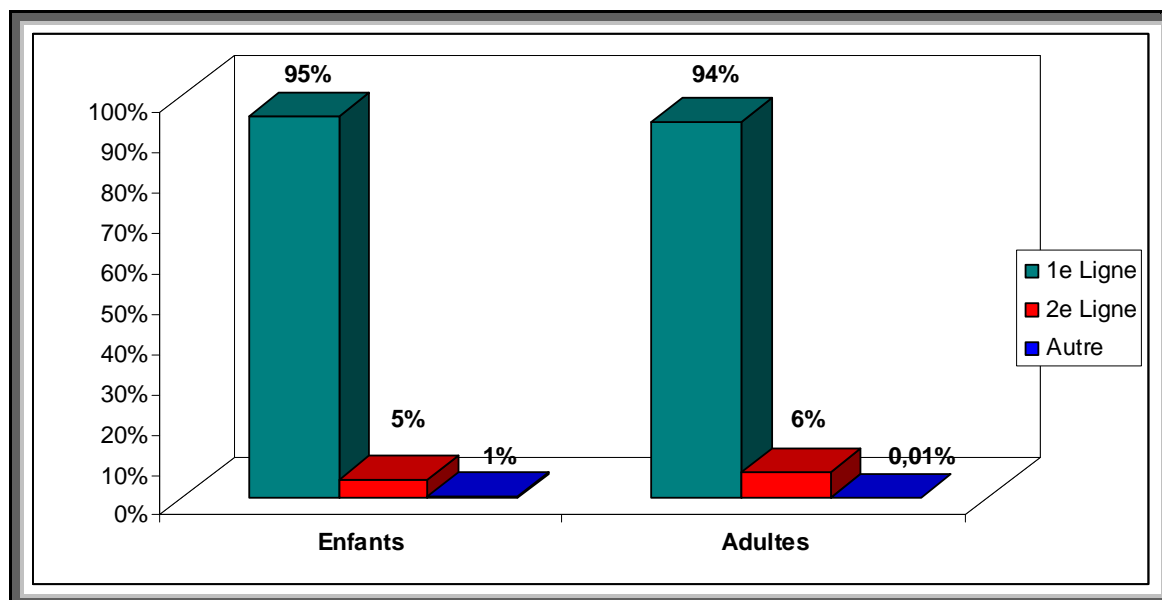


Figure 22 : répartition des protocoles prescrits en fonction des lignes thérapeutiques

Ces deux figures illustrent la qualité des prescriptions qui sont conformes aux protocoles nationaux et au pourcentage des lignes attendus. En effet, depuis 2007, avec la formation régulière des prescripteurs, l'accréditation des centres de prise en charge et la mise en place des comités thérapeutiques nous observons le respect des protocoles thérapeutiques recommandés au niveau national et la qualité des prescriptions des TARV.

Le devenir des PVVIH sous ARV

Au cours de l'année 2009, nous avons enregistré 565 décès (3%) et 849 perdus de vue (5%). Une étude de cohorte rétrospective menée cette année montre les taux de survie suivant : **95.1% à 12 mois; 92.9% 24 mois ; 91.4% à 36 mois.**

2.1.3 Prise en charge pédiatrique

En 2009, une des priorités du programme a été de renforcer la prise en charge pédiatrique par la mise en place de dix centres de référence à travers tout le pays. Ainsi, le PNLS a mené des formations de prise en charge pédiatrique des prestataires, une expérience pour le parrainage des sites pour la prise en charge pédiatrique grâce au soutien de la fondation Clinton dans la région Lomé commune et quelques sites de la région maritime. Par ailleurs le démarrage du dépistage précoce du VIH par PCR à Lomé a contribué à la prise en charge des enfants à Lomé.

Afin de rendre moins complexe la prescription et de trouver l'adhésion des enfants aux traitements ARV, des formes pédiatriques à dose fixe avec des fiches posologiques ont été mises à la disposition des prestataires.

Ainsi en 2009, 1028 enfants ont été mis sous ARV contre 672 en 2008 soit une progression de 34% en un an. Mais le taux de couverture thérapeutique des enfants reste faible par rapport aux adultes (**34% vs 50,5%** pour les adultes)

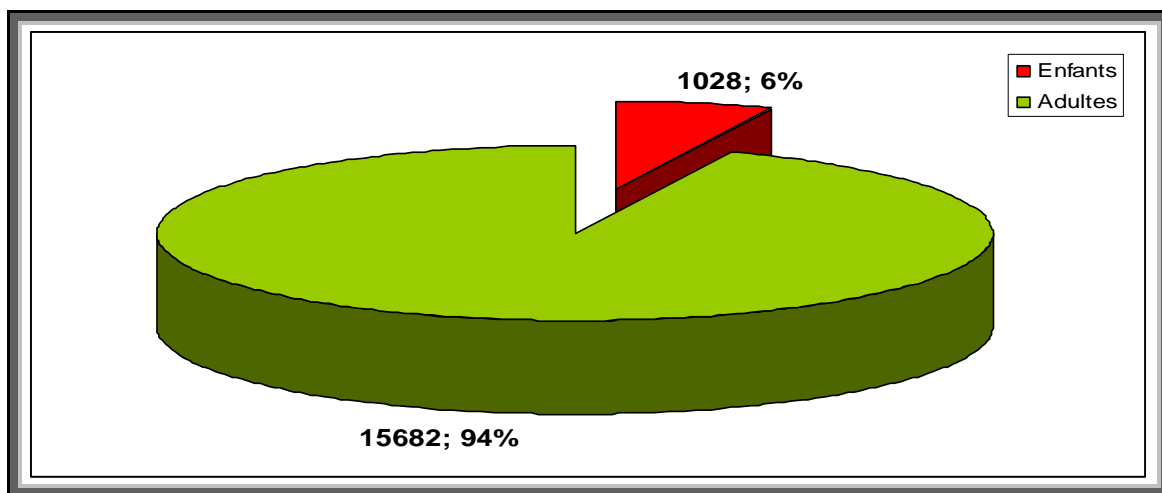


Figure 23 : Proportion des enfants sous ARV en 2009

2.1.3.1 Répartition des enfants sous ARV par âge

La figure ci-dessus illustre la répartition des enfants par tranche d'âge en 2009

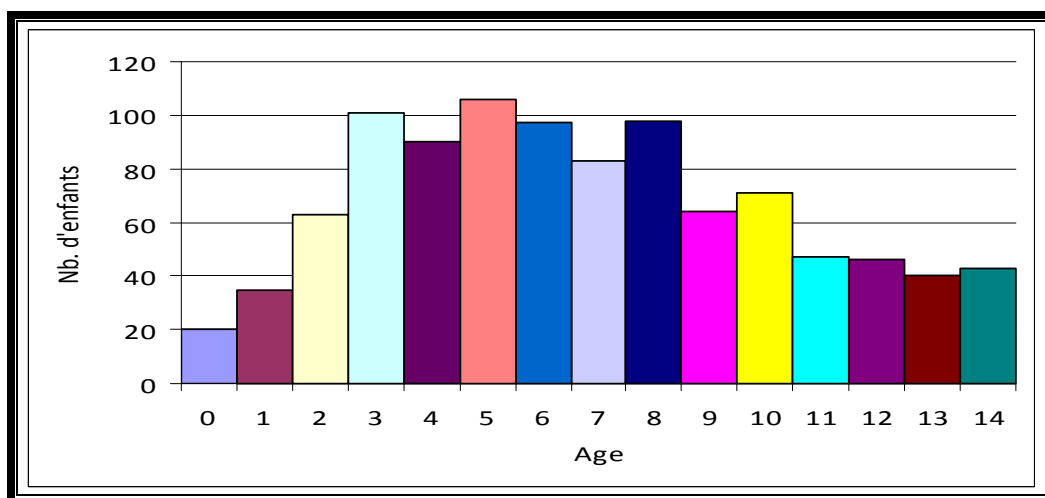


Figure 24 : répartition des enfants sous ARV selon les tranches d'âges

On constate que très peu d'enfants sont mis sous ARV avant trois ans, ceci pour diverses raisons: *i*) décès précoces, *ii*) sérologie seulement à partir de 18 mois, *iii*) non disponibilité du diagnostic précoce (démarrage seulement en juillet 2009 uniquement dans les régions Lomé commune et Maritime), *iv*) insuffisance de formation des prestataires sur la reconnaissance des signes cliniques qui pour certains ne sont pas très spécifiques puis la *v*) complexité de la prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant.

La prise en charge thérapeutique des enfants reste encore faible au Togo. L'extension des services PTME et celle du dépistage précoce du VIH à 6 semaines (au lieu de 18 mois actuellement) par la technique du papier buvard couplée à la disponibilité des médicaments et à la formation du personnel permettront d'améliorer de façon quantitative et qualitative cette prise en charge dans les prochaines années.

2.1.4 Prise en charge des Infections Opportunistes et suivi biologique

En 2009, 16895 PVVIH ont reçu une prophylaxie par le cotrimoxazole et 9747 ont bénéficié d'un bilan de suivi biologique. Mais il faut souligner par manque de moyens financiers il y a eu un problème dans la disponibilité des médicaments contre les infections opportunistes.

2.1.5 Prise en charge de la Co infection TB/VIH

Au cours de cette année 2009, la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la co- infection TB/VIH comme recommandées par l'OMS et l'ONUSIDA a permis d'améliorer certaines interventions dans le cadre de la lutte contre la co-infection : Ainsi, dans le cadre du domaine de la coordination nationale, il y eu deux réunions du comité restreint pour apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités TB/VIH;

Dans le cadre de l'amélioration du système de suivi évaluation le PNLs a procédé à :

- l'adaptation des outils de collecte des données en intégrant les données TB sur les fiches de collecte de données de prise en charge des PVVIH,
- la production et la mise en place des outils à tous les niveaux.
Aussi les points focaux VIH ont été formés sur l'utilisation des différents outils. Une plate forme de référence et de contre référence des patients est en train d'être mise en place au niveau des hôpitaux de district où se trouvent les deux services (VIH et TB).

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

2.1.4.1 Dépistage du VIH chez les malades tuberculeux

D'une façon générale, sur le plan national, 3119 cas de TB ont été dépistés en 2009 et sur ce nombre 56% ont subi le test de VIH et parmi ceux-ci 28% se sont révélés positifs au test de VIH. Les nouveaux cas TMP+ (2267) représentent 73 % du nombre total de cas dépistés TB ; 63 % d'entre eux ont subi le test de VIH et le test s'est révélé positif dans 25 % des cas.

Au niveau régional

En 2009, l'offre de service de dépistage au niveau des CDT varie en fonction des régions. Il ressort que dans le cadre de l'offre de service de dépistage du VIH, la région Lomé commune (24,5 %) occupe la première place suivi de la région maritime (9,8 %).

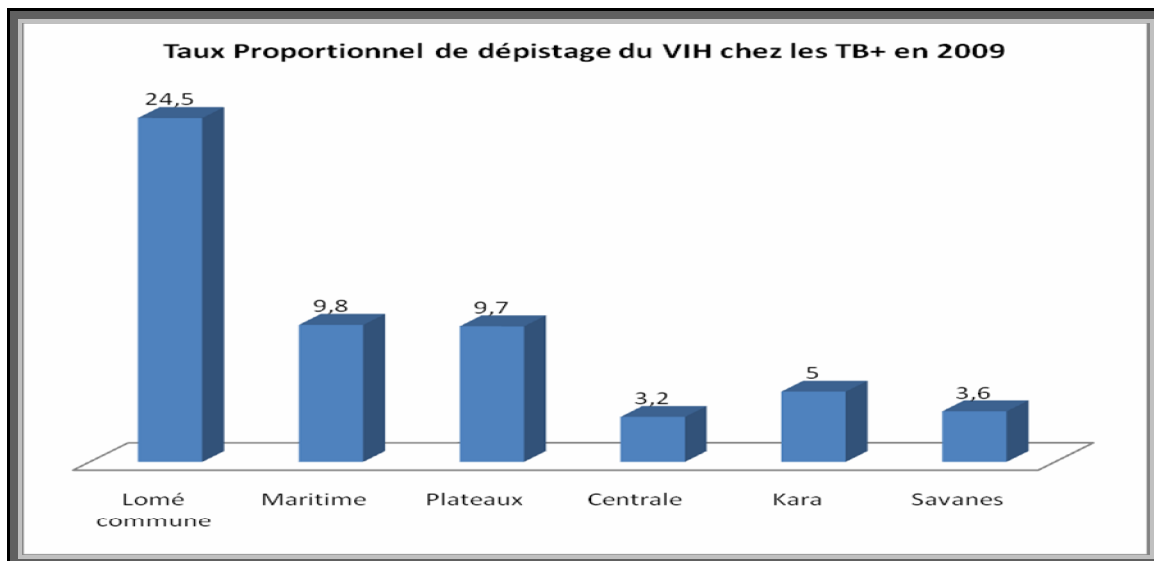


Figure 25 : Situation de l'offre de service de dépistage du VIH aux patients TB+ par région en 2009

Au niveau national

Un effort particulier a été fait pour l'offre de services de conseil dépistage particulièrement parmi les TPM+ (63 % en 2009). Dans toutes les régions la fréquence de cette offre est supérieure à 60% sauf dans les régions Maritime et centrale où la fréquence est en deçà de 50 % (fig. 26).

Le taux séropositivité chez les TPM+ est de 25 % (Vs en 2008).

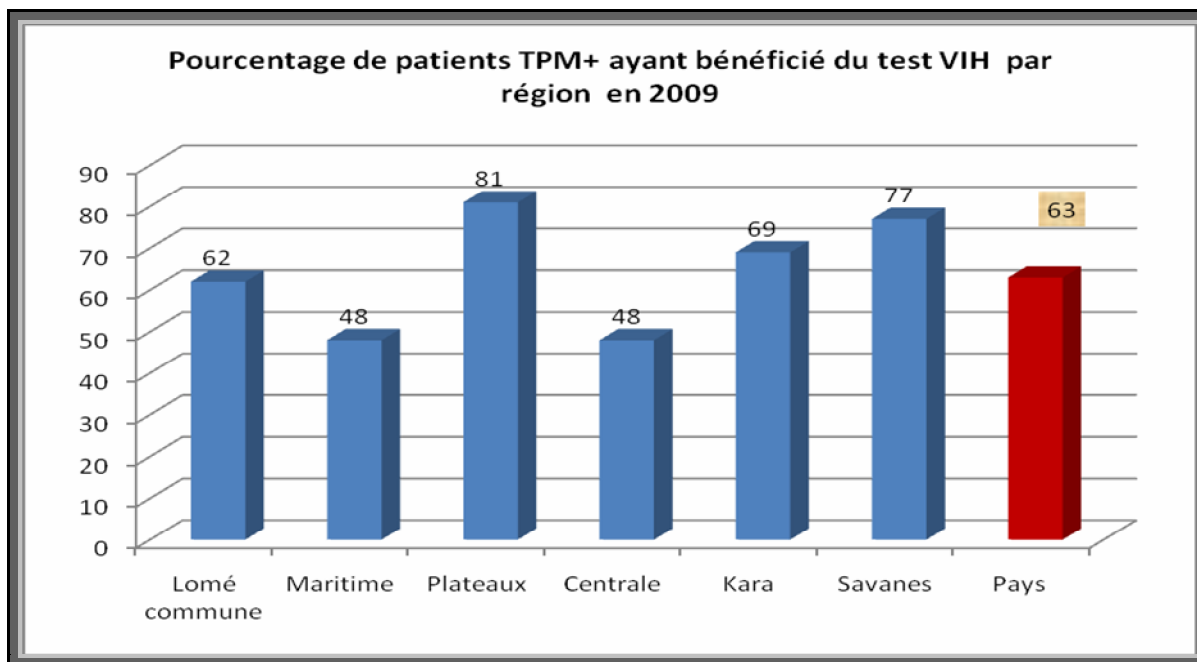


Figure 26 : Situation du dépistage du VIH réalisé chez les patients TPM+ par région en 2009

2.1.4.2 Prise en charge des malades TB/VIH

Il existe des indications au niveau national pour la prise en charge des coïnfections TB/VIH. Mais notre système de suivi évaluation n'a pas permis de tracer la prise en charge de ces cas cette année. En effet, compte tenu de la prévalence du VIH chez les tuberculeux (28 %) et le taux de mortalité élevée chez les TPM+ il est important de revoir nos recommandations en étant plus agressif (prophylaxie au cotrimoxazole, révision des critères de mise sous ARV selon les nouvelles recommandations OMS de 2009).

En matière de prise en charge des TB/VIH, des progrès importants ont été réalisés en matière de dépistage actif des cas de tuberculoses (56 % en 2009 vs 33% en 2008) et surtout une amélioration très sensible de dépistage des cas de tuberculoses multibacillaires à microscopie positive (TMP+) avec 63 %.

Mais il reste des efforts à faire pour la prise en charge proprement dite notamment l'offre de la prophylaxie systématique du cotrimoxazole aux TB/VIH, et leur prise en charge par les ARV et le système de suivi évaluation de cas.

2.1.6 Soutiens aux PVVIH

La prise en charge psychosociale a été le parent pauvre de la prise en charge globale depuis la suspension du round 2 du fonds mondial en 2005. Néanmoins des visites à domicile et à l'hôpital ont été financées par le projet continuité des soins pour 2300 PVVIH qui s'est achevé en mars 2009.

Une enquête quantitative réalisée à la fin du projet continuité des soins sur 204 PVVIH interrogés a montré que 78% ont bénéficié d'une prise en charge psychologique sur la durée du projet. Il ressort à ce niveau aussi que les PVVIH prises en charge dans les ONG/associations en ont le plus bénéficié.

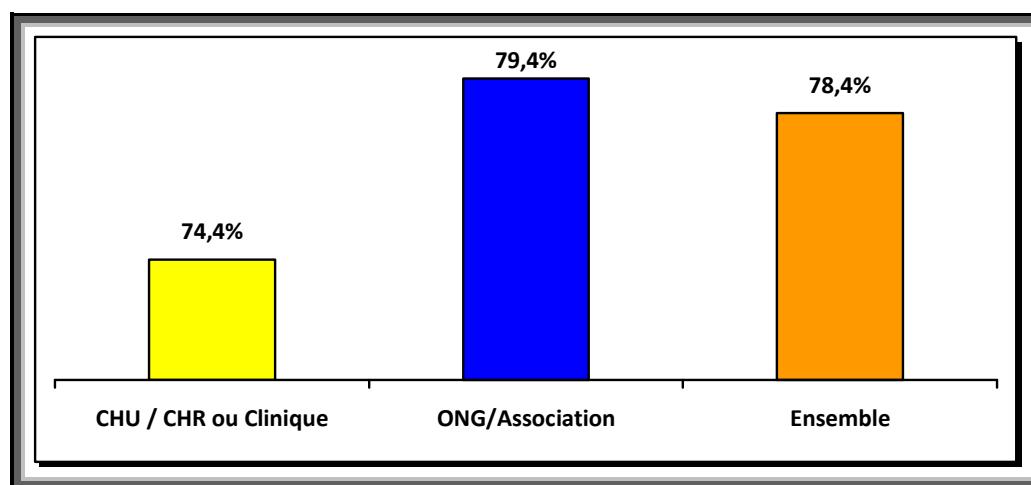


Figure 27 : Proportion par grande structure des patients ayant bénéficié de la prise en charge psychologique

La faiblesse de la Prise en charge psychosociale dans les structures sanitaires publiques est due au fait que ces dernières ne disposent souvent que d'un seul psychologue et pas de conseillers psychosociaux. Ce dernier a la charge de tous les patients souffrant de troubles psychologiques et pas seulement de PVVIH.

L'appui psychologique reçu a été généralement constitué des groupes de parole (62%) mais très peu ont pu bénéficier de soutien psychologique individualisé (52%). Pour pallier en partie à ce problème, le projet de la 8ème série du fonds mondial démarré en décembre 2009, prévoit un réseautage des Association autour des structures publiques afin de proposer une prise en charge globale aux personnes vivant avec le VIH.

En 2009, bien que non systématisée, ni financée par le programme, les structures associatives ont continué à offrir une prise en charge psychosociale grâce à leurs moyens propres (cotisations de bénéficiaires, appui des ONG du nord...).

2.1.7 Formations et supervisions

Grâce au pool de formateurs au niveau décentralisé une série de formations ont été faites : 200 personnes formées pour la prise en charge des cas d'AES (100 par région, maritime et plateaux), 27 médecins et assistants médicaux à la prescription des ARV, 25 personnes à la prise en charge pédiatrique.

10 personnes ont participé aux différents cours VIH de la sous région (Ouidah et Ouagadougou) et une personne au cours Fournier de Paris.

Quatre missions de supervisions ont été menées par le niveau central.

2.1.8 Coordination

Le groupe thématique prise en charge médicale a tenu sept réunions. Une des activités primordiales a été l'élaboration et la validation de tout le processus de l'accréditation des centres de prise en charge.

Depuis 2007, il existe 10 comités thérapeutiques. Ils ont pour mission d'assurer la qualité des prescriptions des ARV et de valider les nouvelles inclusions. Chaque comité et sous-comité thérapeutique au cours de cette année, a tenu quatre réunions trimestrielles

Le PNLS a organisé une rencontre de deux jours au mois d'octobre avec les dix comités thérapeutiques et les parrains pour un partage d'expériences, un état des lieux et une redéfinition des rôles et responsabilités en vue d'une amélioration des actions sur le terrain. Des documents y ont été validés à savoir : le circuit et réorganisation du système de validation des dossiers de patients afin de réduire le temps avant la mise sous ARV, le tracé du registre de validation des registres qui permettra de mieux évaluer le travail en amont des comités, la fiche de demande de passage en 2^{ème} ligne, puis la mise en place de groupes de réflexion sur la co-infection TB/VIH et hépatite/VIH chargés de proposer des algorithmes simples de prise en charge.

Avec le soutien de l'OMS, l'évaluation du programme de prise en charge médicale des PVVIH au Togo a été faite par un consultant indépendant et un expert OMS de l'équipe de l'Ouagadougou.

Par ailleurs une étude sur l'impact du projet continuité de soins a été menée par le PNUD. Ce projet étant 100% centré sur la prise en charge des PVVIH.

2.1.9 Problème et approche de solutions

Difficultés	Proposition de solution
Insuffisance de prestataires formés à la prise en charge pédiatrique	Renforcement des capacités du personnel
Difficulté d'intégration de la prise en charge globale des PVVIH au sein des structures publiques	Appui à la mise en place d'un hôpital de jour au sein des centres hospitaliers
Faible capacités financières de certaines structures associatives pour garder le personnel médical pour une prise en charge de qualité	Affecter du personnel médical dans les associations à forte file active
Faible couverture en structure de dispensation des ARV	Accélérer le processus de décentralisation de la dispensation

Le nombre de PVVIH est passé de 11211 en 2008 à 16710 en décembre 2009 ; La couverture nationale en thérapie ARV est passée de 24 % en 2006 à 41 % en 2008, puis à 54% des besoins nationaux en 2009.

Le nombre de structures accréditées est passé de 70 en 2008 à 115 en 2009. Le nombre de structures de dispensation des ARV est passé de 6 en 2007 à 9 en 2008 et 42 en 2009. Le pays dispose de 23 lecteurs CD4 en 2009.

Malgré, ces progrès réalisés, il reste des efforts à accomplir en matière de prise en charge pédiatrique, de la prise en charge de la co-infection TB/VIH et de soutien aux PVVIH

Avec les nouvelles recommandations OMS 2009, et le démarrage des activités du round 8, nous comptons améliorer de façon significative la plupart des indicateurs de prise en charge pour approcher les objectifs de l'accès universel en 2010.



3. Suivi/Evaluation

3.1 SUIVI ET EVALUATION

La mise en œuvre du plan d'action 2009 du PNLIS, a permis de réaliser des activités importantes classées dans de grands domaines d'actions, dans un contexte, où l'Accès universel aux soins pour l'ensemble des personnes vivant avec le VIH/SIDA est une priorité nationale. Les actions menées dans le cadre du suivi évaluation au PNLIS, concernent essentiellement le renforcement du système de suivi évaluation du PNLIS, la surveillance épidémiologique et la recherche, le monitoring des médicaments et réactifs, le suivi de la décentralisation de la dispensation des ARV et la formation.

3.1.1 Activités de renforcement du système de suivi et évaluation

3.1.1.1 Révision et mise en place des outils de SE

Le renforcement du système de suivi évaluation s'est opéré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par des actions spécifiques comme :

Le renforcement des structures sanitaires en outils de collecte des données et de rapportage:

- *Carnet de soins et carnets de prise en charge médicale*
- *Cahier de rapports de prise en charge médicale*
- *Cahier de rapport de conseil dépistage*

Le renforcement des structures régionales en outils de rapportage et de suivi évaluation des activités sur le terrain :

- *Cahier de compilation des rapports au niveau district*
- *Manuel de suivi/évaluation*
- *Guide de remplissage des outils de collecte de données*

Le renforcement du système de suivi évaluation au niveau central par la mise en place d'un mécanisme de collecte et de validation des rapports :

- *Elaboration d'outils de compilation et de gestion centralisée des données*
- *La mise en place d'une base de données nationale pour le suivi des PVVIH au Togo*
- *Organisation d'un atelier d'évaluation du système de suivi évaluation en préambule de la mise en œuvre des activités du Round 8.*

3.1.1.2 Démarrage des activités du projet pilote ESOPE

Au 31 décembre 2009, le logiciel Esope est fonctionnel sur l'ensemble des 10 sites pilotes ; Sur les trois missions de supervision programmées, une a été réalisée du 27 au 31 octobre 2009. Elle a permis d'identifier certains problèmes qui entravent le bon fonctionnement dudit logiciel :

- L'outil de base pour la saisie dans le logiciel qui n'est autre que le carnet de PECM n'est pas systématiquement rempli par les prescripteurs (aussi bien les informations générales que les visites); Même lorsque ce dernier est rempli, il manque parfois des informations importantes telles que la date de début de TARV ou les dates de RDV.

- Le problème d'ordinateur et de local s'est posé à l'hôpital de BE qui a pris un retard pour démarrer Esope par rapport aux autres sites ; aussi EVT et AED KARA ont été confrontés à une perte de leurs données à cause de la défaillance du système d'exploitation de leurs ordinateurs.
- D'autres problèmes sont liés à la conception du logiciel notamment la version light qui ne permet pas d'éditer certains rapports comme le nombre de PVVIH par traitement reçu

3.1.1.3 La Formation

L'unité de suivi et évaluation du PNLS/IST a réalisé une formation des formateurs régionaux à Lomé sur le manuel de suivi et évaluation du PNLS/IST et le guide de remplissage des outils de collecte de données. Cette formation a regroupé 30 participants dont les Points focaux régionaux, quelques référents associatifs et représentants du secteur privé, quelques représentants des différentes unités du PNLS/IST et du CNLS). Cette formation a également été effectuée au niveau décentralisé dans les régions des plateaux et de la Kara.

Dans le cadre de la mise en place d'une base de données nationale pour le suivi des PVVIH, l'unité a réalisé une formation à l'utilisation du logiciel Esope (26 participants au total dont 10 prescripteurs, 10 agents de saisie, une personne de la DISER, un consultant, 4 personnes ressources du PNLS/IST).

Après cette formation, les agents de saisie ont suivi un stage de 2 semaines et l'utilisation effective du logiciel Esope dans les sites pilotes n'a débuté que dans la dernière semaine du mois d'août 2009.

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

3.1.2.1 Monitoring des médicaments et réactifs

La gestion des médicaments, réactifs et consommables se fait en termes de quantification des médicaments et réactifs, d'étude des demandes et dotation des structures en intrants, de suivi des stocks des médicaments, réactifs et consommables. Ainsi en termes de dotation des structures en intrants (réactifs de dépistage du VIH), 126 sites PTME et 77 sites CDVA ont été servis en 2009. D'autre part, 57 centres de PECM sur les 115 accrédités ont été dotés en médicaments contre les infections opportunistes.

Le comité de gestion des médicaments et réactifs a tenu 13 réunions soit en moyenne une réunion par mois afin de discuter des problèmes de quantification des besoins en médicaments et réactifs puis d'approvisionnement des sites. Compte tenu de l'approvisionnement centralisé des réactifs et médicaments IO, les responsables de pharmacies effectuent un travail de suivi régulier des demandes et de la gestion des stocks

Les principaux défis à relever dans la gestion des médicaments et réactif sont :
i) l'amélioration de la quantification des besoins nationaux en médicaments et réactifs avec le concours de tous les partenaires techniques et financiers, ii) la décentralisation de cette gestion au niveau des dépôts régionaux limités par le manque de chambres froides ; ii) les problèmes d'approvisionnement des sites et les problèmes de rupture des intrants (la demande étant supérieure à l'offre)

3.2.2 Le suivi de la décentralisation de la dispensation des ARV

Le suivi de la décentralisation initialement axée sur l'approvisionnement et la gestion des stocks, s'est progressivement élargi au renforcement des capacités des dispensateurs et au suivi de l'observance des patients sur les sites de dispensation. Ainsi les principales activités réalisées dans le cadre du suivi de la décentralisation des ARV au cours de l'année 2009 sont :

- L'évaluation des conditions de dispensation avec élaboration d'un plan de résolution des problèmes relevés.
- Le renforcement des capacités des sites à travers la mise en place d'un système de communication et la disponibilité des outils adéquats et actualisés pour une dispensation de qualité.
- La formation de 29 nouveaux dispensateurs et la création de nouveaux sites de dispensation.
- Le renforcement du système de rapportage des données de dispensation (Actualisation et validation des outils de collecte de données, Structuration du circuit de collecte des données)

Neuf missions de supervisions ont été menées dans le cadre de la décentralisation de la dispensation des ARV

Le processus de décentralisation de la dispensation des ARV est limité au Togo par deux facteurs :

- i) Absence de ressources humaines qualifiées : en effet, sur le terrain on ne dispose pas de personnel qualifié pour assurer efficacement la dispensation de ces médicaments.***
- ii) Les structures de prise en charge ne disposent pas tous des locaux adéquats pour assurer ce service, ce problème se pose surtout avec acuité dans les structures associatives***

3.1.3. La Surveillance Epidémiologique

3.1.3.1. La Surveillance Sentinelle

Les activités menées dans ce domaine sont les suivantes : *i)* la réalisation de la surveillance de l'infection par le VIH et de la syphilis par sites sentinelles dans le groupe des consultantes prénatales ; *ii)* la réalisation de la surveillance sentinelle dans les groupes à risque au niveau des sites du Corridor Abidjan-Lagos notamment au Togo Kodjoviakopé et Sanvée Condji.

3.1.3.2 La surveillance sentinelle dans le groupe des consultantes prénatale.

Elle s'est déroulée dans 33 sites dont 17 sites urbains et 16 sites ruraux. Le tableau suivant montre les résultats par sites :

Prévalence de l'infection au VIH selon le milieu de résidence et selon les régions

Tableau 15: Prévalence VIH selon le milieu de résidence

Localisation des sites	Sérologie	Effectif
	Positive (%)	
Sites urbains	4,7	4966
Sites ruraux	3,0	3606
Ensemble	3,9	8572

En milieu urbain les femmes seraient plus infectées qu'en zone rurale (4,7 % vs 3,0 %) et la différence observée est significative ($p < 0,000$).

Prévalence du VIH selon les sites

Dans la majorité des sites, la prévalence du VIH en milieu urbain est plus élevée qu'en milieu rural sauf dans les distraits de Vo où cette prévalence était de 6.6 % en milieu rural (Akoumapé) vs 5.6 % en milieu urbain (**Figure 28**).

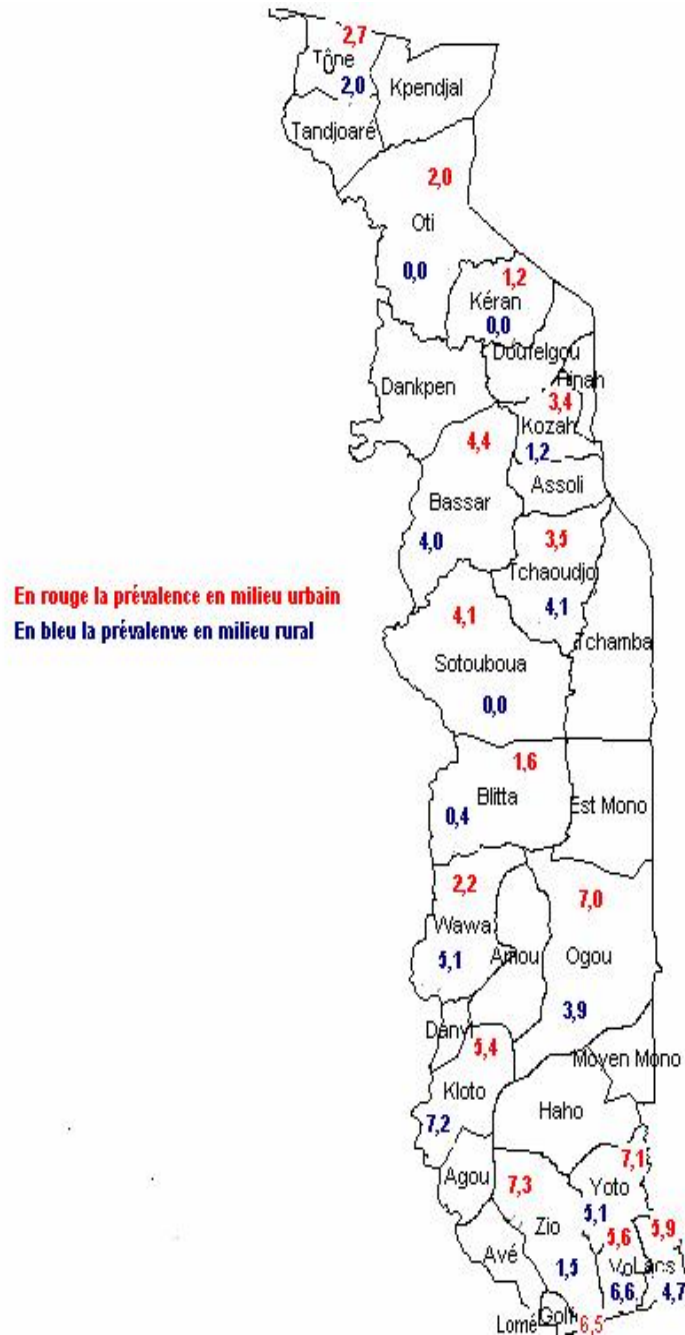


Figure 28: Prévalence du VIH en fonction du milieu de résidence des femmes au niveau de chaque site sentinelle en 2009

Prévalence de l'infection au VIH suivant le district sanitaire

Dans les districts sanitaires de la région maritime (Zio: 4.5%, Vo : 6.1%, Yoto : 6.1%, Lacs : 5.3%) la prévalence du VIH est largement au dessus de la moyenne nationale. La prévalence selon les districts montre que ceux de Kloto (6.2%), Ogou (5.5%) de la région des plateaux, les districts de Bassar (4.2%) de la région de la Kara, et Tchaoudjo (3.8%) de la région centrale ont les prévalences les plus élevées du pays.

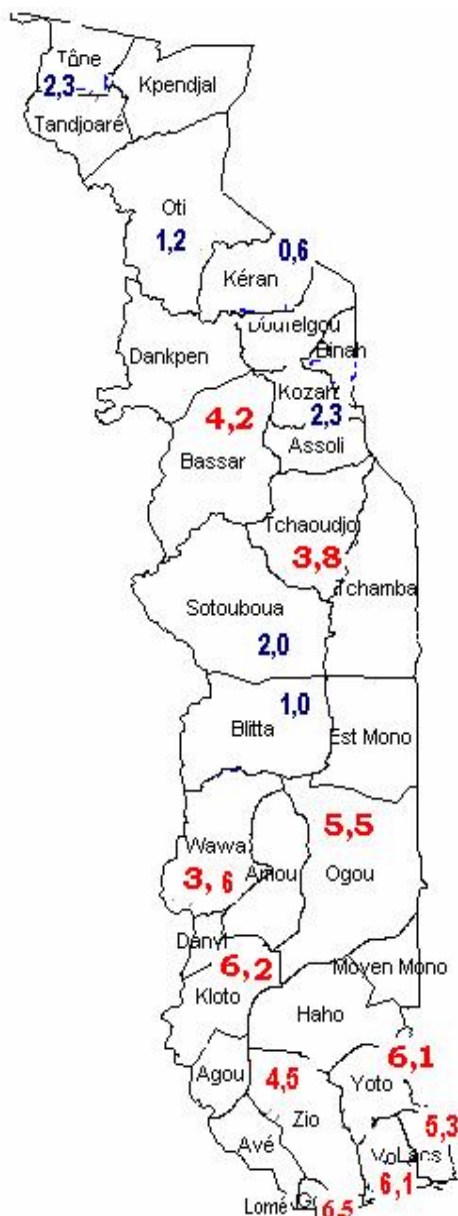


Figure 29 : Prévalence du VIH selon les districts sanitaires en 2009.

Prévalence de l'infection à VIH selon les régions sanitaires

Sur le plan géographique, les résultats de cette enquête montrent que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes reçues en CPN varie en fonction des régions. Ainsi elle décroît de la région Lomé commune (6,5%) vers la région des savanes (2%).

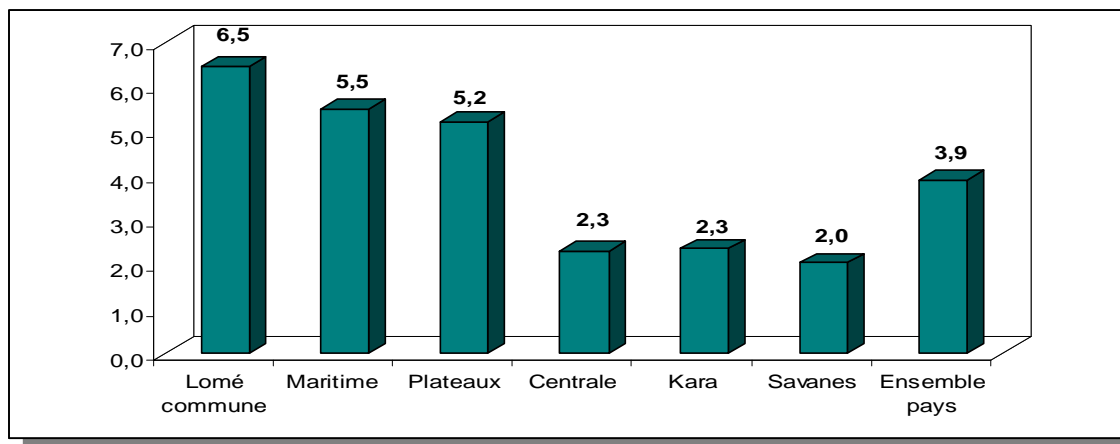


Figure 30 : Prévalence du VIH par région sanitaire en 2009

Tendances évolutives de la prévalence du VIH de 2003-2009

Les données de prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN de 2003 à 2009 montrent une certaine stabilisation de l'épidémie dans la tranche d'âge de 15-49 ans

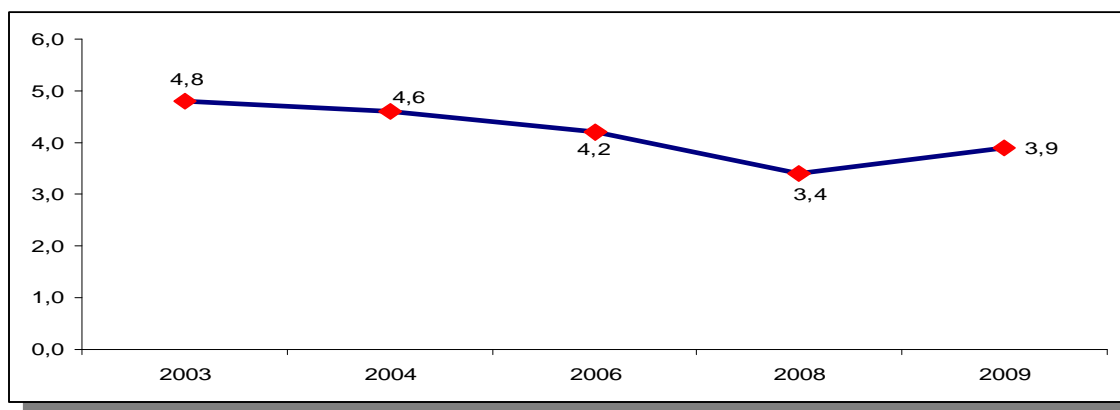


Figure 31: Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15- 49 ans entre 2003 et 2009

Etant donné les difficultés pratiques entourant la réalisation des études d'incidence du VIH, la prévalence du VIH dans le temps parmi les jeunes femmes (15-24 ans) qui fréquentent les consultations prénatales est fournit des indications importantes sur les tendances épidémiologiques notamment la situation des nouvelles infections. Ainsi la figure 10 ci après montre que cette prévalence est stable depuis 2004.

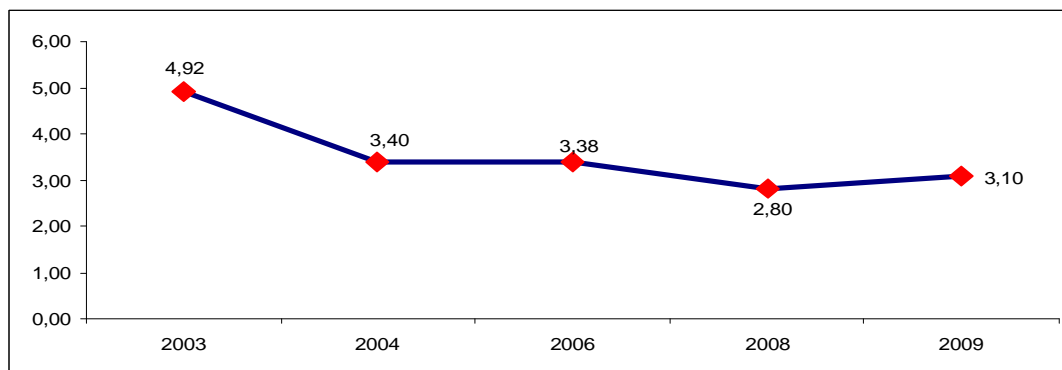


Figure 32 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15-24ans de 2003 en 2009.

3.1.3.3 La surveillance sentinelle dans les groupes à risque au niveau des sites du Corridor

Depuis 2007 dans le cadre de la mise en œuvre du projet corridor, le programme réalise une enquête de séro-surveillance du VIH dans les sites sentinelles du CORIDOR. Hormis le port autonome de Lomé, les autres sites sentinelles n'ont pas atteint les valeurs cibles prévues ;

Tableau 16: Résultat de la séroprévalence du VIH au niveau des sites sentinelles de CORRIDOR

Cibles	LIBELLE		KODJOVIAKOPE	CHR LC	PORT AL	HOP ANEHO
TS	Nombre testé		114	80	100	42
	Taux de séropositivité	n	16	30	23	1
prévalence		14,0%	37,5%	23,0%	2,4%	
CORPS HABILILE	Nombre testé		55	25	52	5
	Taux de séropositivité	n	3	0	2	1
prévalence		5,5%	0,0%	3,8%	20,0%	
JEUNES	Nombre testé		33	27		32
	Taux de séropositivité	n	4	1		1
prévalence		12,1%	3,7%		3,1%	
ROUTIERS	Nombre testé		0	15	38	0
	Taux de séropositivité	n		3	2	
prévalence			20,0%	5,3%		
PATIENTS IST	Nombre testé		50	27	50	100
	Taux de séropositivité	n	25	7	4	11
prévalence		50,0%	25,9%	8,0%	11,0%	

Dans le site de KODJOVIAKOPE la prévalence du VIH la plus élevée est observée chez les patients IST où une patiente IST sur deux a le VIH ; Les sites du CHR Lomé commune et du port autonome de Lomé sont caractérisés par des prévalences du VIH élevées chez les TS (37,5% et 23,0% respectivement). Paradoxalement la prévalence chez les TS est relativement faible dans le site du CHP ANEHO. Les jeunes semblent les mieux épargnés par l'épidémie avec les prévalences de 3,7% et 3,1% respectivement au CHR Lomé et au CHP ANHEHO.

Cependant, globalement, sans tenir compte du site sentinelle dans lequel les prélèvements ont été effectués, les prévalences les plus élevées ont été observées chez les TS et les patients IST ; les jeunes et les corps habillés semblent les moins touchés en analyse univariée (figure ci-dessous).

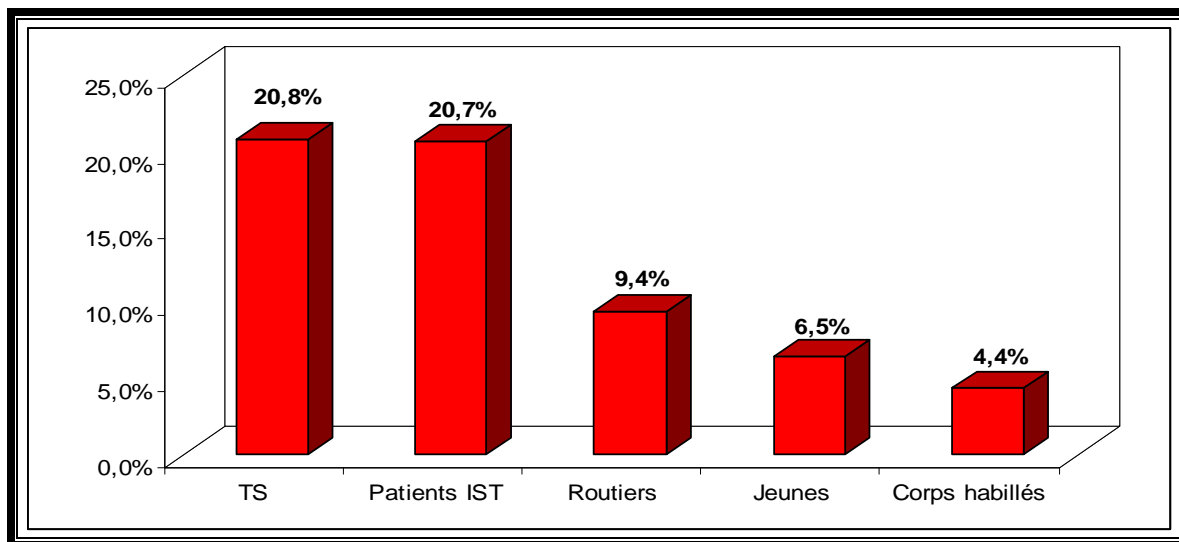


Figure 33 : Prévalence du VIH chez les populations cibles du projet corridor

3.1.3.4 La surveillance de la pharmacorésistance du VIH aux ARV : Enquête de mesure des Indicateurs d'Alerte Précoce 2009

Il s'est agi d'une enquête transversale rétrospective basée sur une revue documentaire faite au niveau de 10 sites de TAR auprès de patients adultes.

Cette enquête pilote a concerné trois des indicateurs d'alerte précoce sur les 6 obligatoires et 2 accessoires proposés par l'OMS :

- les pratiques de prescription TAR (IAP1a)
- le maintien des patients suivant un TAR de première ligne à 12 mois (IAP3a)
- le respect des rendez-vous cliniques du TAR (IAP5a)

Les données ont été collectées par une équipe de trois enquêteurs; à l'aide de l'outil d'extraction de données du HIVResNet, puis validées avant d'être analysées.

Principaux résultats & recommandations: 30% des sites ont atteint l'ensemble des objectifs relatifs à chaque IAP.

- Tous les sites (100%) ont une prescription de schéma thérapeutique de TAR initial approprié pour l'ensemble de leurs patients (IAP1a).
- sites (30%) ont eu plus de 70% de patients toujours sous TAR de première intention à 12 mois (IAP3a)
- sites (60%) ont atteint l'objectif de 80% requis pour l' IAP5a

Suite aux recommandations, des dossiers de suivi des patients ont

A ce jour, suite aux leçons tirées des performances des sites et aux recommandations issues de l'enquête, il est procédé déjà à la :

- Mise en place de dossier de malade standardisé manuel/ électronique (Esope)
- Décentralisation de la dispensation (de 5 centres de distribution, 42 sites formés aux bonnes pratiques de dispensation intégrés aux centres de prise en charge)
- Mise en place d'un système d'aide à l'observance en cours dans les centres de prise en charge
- Mise en place d'un comité de quantification et de suivi des réactifs et médicaments ARV pour permettre la disponibilité des ARV

En 2010, une enquête sur des sites plus représentatifs après la mise en place du dossier de suivi adapté aux IAP élargis permettra la prise de décisions stratégiques éclairées au niveau local (site TARV) et national.

3.1.4 Evaluation des interventions du programme

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

- Evaluation de l'impact du projet continuité de soins du Fonds Mondial (projet mise en œuvre par le PNUD comme bénéficiaire principale et PNLs comme bénéficiaire secondaire). Les activités de ce projet étaient centrées sur la prise en charge médicale des PVVIH
- Evaluation du programme du conseil dépistage au Togo avec le soutien de l'OMS les recommandations ont conduit à la révision des documents de politiques, normes et procédures
- Evaluation du programme de prise en charge médicale des PVVIH avec le soutien de l'OMS
- Evaluation du circuit de la prise en charge du couple mère-enfants afin d'améliorer la prise en charge de ce couple dans le cadre de la PTME avec le soutien de l'UNICEF
- Evaluation des capacités des associations de PEC pour leur accréditation en matière de prise en charge médicale avec le soutien de l'OMS
- Evaluation des structures pour accréditations des sites de dispensation

3.1.5 Recherches menées en 2009

- Un certain nombre d'étude ont été réalisées cette année (les rapports sont disponibles au PNLs)
- Profil des infections opportunistes en milieu hospitalier au Togo avec le soutien de l'AFD
- Devenir des enfants issus de la PTME au Togo avec le soutien de la fondation GSK
- Evaluation des traitements ARV: étude de cohorte rétrospective des patients sous traitement antirétroviral au Togo 2001 - 2008

3.1.6 Problème et approches de solutions

Difficultés	Proposition de solution
La complétude et la promptitude du reporting n'est satisfaisant	Renforcement des capacités du personnel Mettre un mécanisme de communication plus approprié
Faible appropriation des outils de PEC dans le cadre du projet ESOPE par les prescripteurs	Sensibiliser et former les prestataires
La quantification des besoins en médicaments et réactifs n'est pas satisfaisante	Elargir le comité de quantification en incluant tous les partenaires intervenant dans l'approvisionnement des médicaments et réactifs
Faible couverture en structure de dispensation des ARV	Accélérer le processus de décentralisation de la dispensation

Le processus du renforcement de notre système de suivi évaluation commencé en 2008 s'est poursuivi en 2009, par la mise en place de tous les outils de SE à tous les niveaux et la formation des personnes cibles

Le processus de décentralisation de la dispensation des ARV s'est accéléré par la mise en place de 21 nouveaux sites de dispensation (42 sites au total en 2009)

La gestion des médicaments et réactifs s'est améliorée avec le dynamisme du comité de gestion des médicaments et réactifs

Les résultats de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en 2009 ont confirmé la stabilisation de l'épidémie dans cette population cible le taux de prévalence de 3,9 %, (4,2 % en 2006) avec un taux de 6,5 % à Lomé et 2 % dans la région des savanes. La surveillance du VIH dans la population cible du projet corridor a montré une prévalence de 20% chez les travailleurs de sexe et les patients IST

Des efforts ont été faits pour évaluer les interventions du programme afin de tirer les leçons pour accélérer le passage à échelle.



4. Coordination

4.1 COORDINATION

Grâce au soutien du Ministère de la Santé et des partenaires en développement, en dehors de la coordination des activités techniques mises en œuvre par les acteurs au niveau opérationnel, l'équipe du PNLS s'est engagé en 2009 dans le processus de négociation avec le fonds Mondial pour la mise en œuvre du projet VIH round8 et la mobilisation de ressources dans le cadre de la PTME et de la prise en charge des PVVIH.

4.1.1 Activités de mobilisation de ressources et élaboration des documents

L'équipe du PNLS s'est fortement impliquée dans l'élaboration des documents pour la négociation avec le Fonds Mondial en vue du démarrage effectif du projet round 8 (Plan de suivi évaluation, plan GAS, manuel de procédure, processus de recrutement et de mise en place de l'équipe de l'Unité de Gestion du Projet du Ministère de la Santé). Le processus de négociation a aboutit à la signature le 16 juillet 2009 d'un accord entre le Ministère de la santé le Fonds Mondial avec la présence effective de son Directeur Exécutif

En dehors des activités liées au Round 8, le PNLS/IST a élaboré un projet sur la PTME approuvé par la fondation GSK en mai 2009

Les documents suivants ont été réalisés

- Elaboration des documents de politiques normes et procédures en Conseil et Dépistage ;
- Elaboration du guide du formateur et du participant en Conseil Dépistage ;
- Elaboration du guide de supervision des interventions du PNLS ;
- Elaboration du guide pour le diagnostic précoce et pour la prise en charge de l'enfant.

4.1.2 Participation aux réunions stratégiques sur le plan national

Le PNLS a participé aux réunions du CCM.

Le PNLS a participé à l'organisation des premières journées nationales de recherche sur le VIH/SIDA du 8 au 10 décembre 2009

Le PNLS a pris part à la deuxième session du CNLS le 15 décembre 2009 dont le but était de faire le point sur la mise en œuvre des interventions.

4.1.3 Groupes thématiques, activités de coordination de TB/VIH, Évaluation du programme

Au cours de l'année 2009, le PNLS a organisé 7 réunions du groupe thématique PTME, 6 réunions du groupe thématique de prise en charge, et trois réunions du groupe thématique Conseil Dépistage

Le fonctionnement des groupes thématiques PTME et PEC sont satisfaisants contrairement au groupe thématique Conseil Dépistage dont les résultats ne sont pas satisfaisants.

Les interventions de Conseil Dépistage, de PTME, et de prise en charge ont été évaluées avec l'appui des partenaires d'appui

Le PNLS a été évalué en 2009 dans le cadre de la mise en œuvre du round 8.

4.1.4 Missions à l'extérieur

Les cadres nationaux ont participé au cours de l'année 2009

Tableau 17 : Principales missions effectuées en 2009

Titre de la mission	Lieu	Date
Atelier d'Introduction des guides/directives en santé Maternelle et néonatale, planification familiale et infections sexuellement transmissibles	Dakar	12 au 17 janvier
Atelier pour l'analyse et l'interprétation des données sur les Indicateurs précoces dans le cadre des surveillances des Résistance au VIH	Abidjan	28-30 janvier
Stage Technique International des Archives	Paris	30 mars au 03 juin
Participation au Festival Soliday's à Paris	Paris	13 au 30 juin
Formation DIU de Ouagadougou à la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Afrique Sub-Saharienne	Ouagadougou	01 au 27 juin
Atelier conjoint OMS/ONUSIDA pour le passage à l'échelle des activités de collaboration tuberculose et VIH/SIDA dans les pays d'Afrique Francophone	Dakar, Sénégal	29 juin au 03 juillet
Atelier conjoint OMS/ONUSIDA pour le passage à l'échelle des activités de collaboration tuberculose et VIH/SIDA dans les pays d'Afrique Francophone	Dakar, Sénégal	01-03 juillet
Rapport de l'atelier Inter pays sur le « Guide Régional de Passage à l'échelle du CDV dans la région africaine »	Ouagadougou	08 au 10 septembre
Atelier de formation de formateurs pour les pays francophone sur La PCIMMA et la PCIMA	Ouagadougou	17 au 30 septembre
Atelier de formation de formateurs pour les pays francophone sur La PCIMMA et la PTME	Ouagadougou	21 sept – 03 octobre
Atelier « Amélioration l'accès aux médicaments essentiels en particulier les ARV dans les pays de la CEDEAO »	Ouagadougou	10 – 12 novembre
Conférence régionale de consensus sur la vision et les priorités WAHO et AWARE II	Dakar	07 – 08 décembre
Consultation régionale sur la prévention et le traitement du VIH chez les Usagers de drogue par injection et les prisonniers en Afrique de l'Ouest et du Centre	Cote d'Ivoire	15 au 18 décembre
Réunion annuelle des gestionnaires de Programme Nationaux de Lutte contre le VIH et des Points Focaux VIH/Sida de l'OMS de l'Afrique De l'Ouest	Ouagadougou	15 – 17 décembre



5. Financement des activités

5.1 RESSOURCES FINANCIERES

5.1.1. Sources de financement des interventions

Les appuis financiers aux interventions du PNLS s'élèvent en 2009 à **1 767 047 039** FCFA. Grâce à la collaboration de tous les partenaires nous avons pu disposer des données sur les montants et les domaines de leurs appuis en 2009.

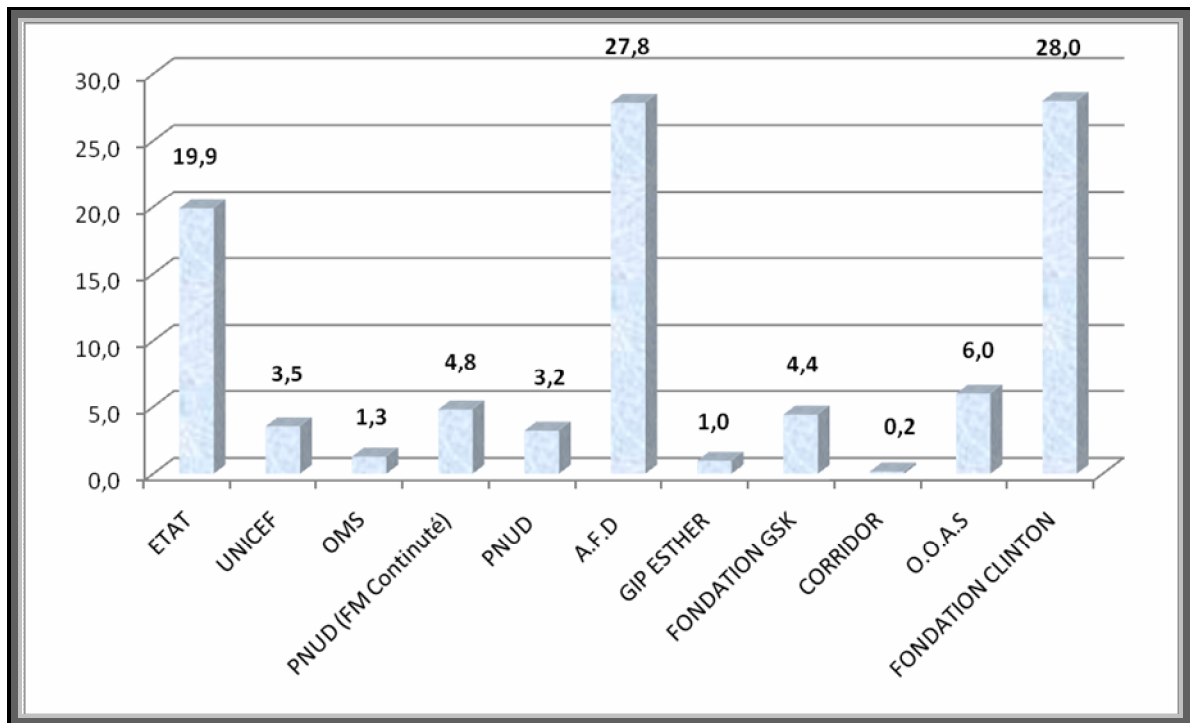


Figure 34 : répartition des montants selon les sources de financement

Les principales sources de financement des interventions coordonnées par le PNLS sont dominées en 2009 respectivement par la fondation Clinton/UNITAIDS (28 %), l'Agence Française de Développement (27.8%) et le gouvernement (20 %).

Les appuis de la fondation Clinton/UNITAID et de l'AFD ont consisté à l'achat des médicaments ARV et des intrants médicaux. Le Gouvernement assure l'achat des médicaments ARV pour la prise en charge des PVVIH depuis 2003.

L'Unicef, la fondation GSK interviennent essentiellement dans le cadre de la PTME.

L'appui du PNUD en 2009 a permis d'accélérer le processus de décentralisation de la dispensation des ARV par le renforcement des capacités des sites (recrutement du personnel, formation, appui en matériel).

L'OOAS a appuyé le pays avec 04 lecteurs CD4 et en médicaments

5.1.2. Répartition des coûts par interventions

Les montants consacrés au domaine de soins et traitement des PVVIH représentent 68% du budget suivi par la prévention (20%), l'appui institutionnel 4%. Le suivi & évaluation et la recherche représentent 5%

Les ressources humaines sont celles recrutées par les partenaires (PNUD, GIP ESTHER, Fondation Clinton) ; les salaires des fonctionnaires de l'Etat ne sont pas pris en compte dans ce rapport.

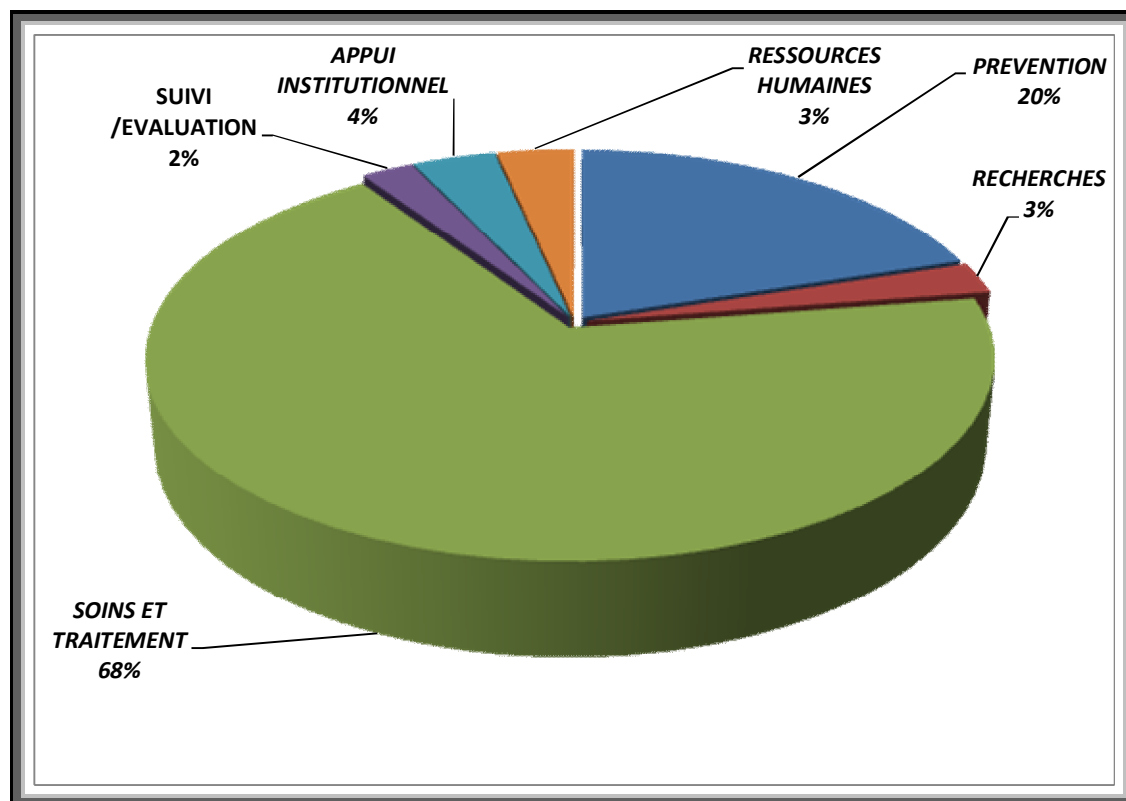


Figure 35 : répartition des dépenses par domaine d'intervention en 2009

Par rapport à l'année 2008, nous avons noté une progression des ressources consacrées à la prévention en 2009 (**20% 2009 vs 6% en 2008**). Cette progression importante des ressources dans les interventions de la prévention coordonnées par le PNLs est due essentiellement aux ressources consacrées à la PTME. En effet dans les interventions de prévention le budget consacré à la PTME représente 64% des ressources en 2009. Cela s'explique les efforts effectués cette année en matière de PTME, nous sommes passés de 48 sites en 2008 à 128 sites en 2009 (mise en place de nouveaux 80 sites) ce qui correspond à une progression 166% en 1 an. Cet effort a été rendu possible avec le soutien important de l'UNICEF, gouvernement (à travers le CNLS) et de la fondation GSK, AlterSanté. Le diagnostic et traitement des IST est une intervention très peu financée.

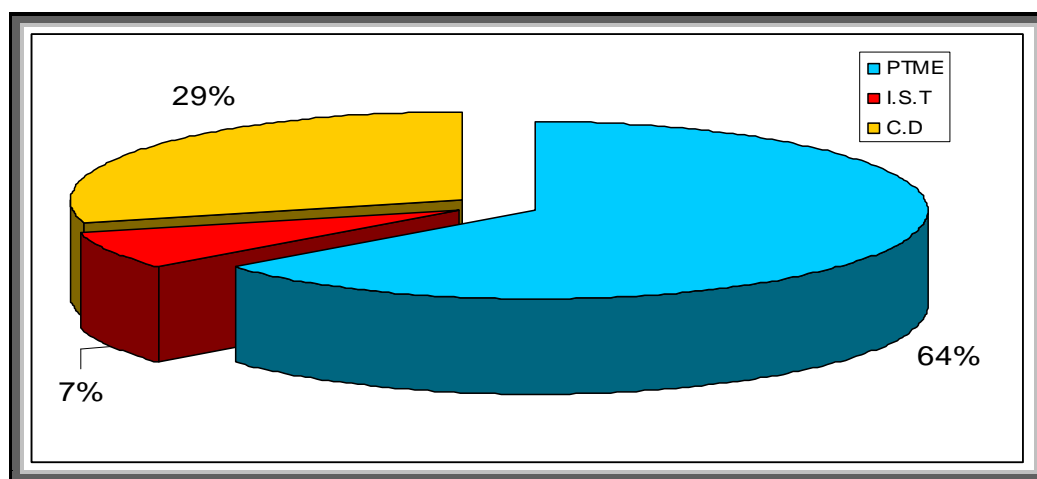


Figure 36 : Répartition des financements par type d'intervention dans le domaine de la prévention au PNLs



6. Problèmes, Conclusion et Perspectives

6.1. PROBLEMES

6.1.1. Difficultés et approches de solutions

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

Tableau 28 : *Problèmes rencontrés et approches de solutions*

Problèmes identifiés	Approches de solutions
1. Faible appropriation des activités de PTME au niveau des acteurs de districts sanitaires	Développer l'approche district
2. Faiblesse du système de suivi & évaluation	Renforcer les capacités des acteurs au niveau décentralisé
3. Faible couverture de la prise en charge thérapeutique des enfants	Mettre en place la technique de papier buvard pour étendre le diagnostic précoce du VIH Renforcer les capacités des prestataires de soins
4. Faible couverture de la prise en charge thérapeutique de la co-infection TB/VIH	Renforcer les capacités des acteurs Mettre en place un mécanisme de référence et contre référence entre les structures de prise en charge du VIH et celles de la tuberculose
5. Rupture des médicaments et réactif par la non maîtrise des besoins nationaux en médicaments et réactifs et du calendrier d'approvisionnement des partenaires	Mettre en place un comité national de quantification et de gestion des médicaments et intrants afin de mieux évaluer les besoins et faire un plaidoyer pour la mobilisation conséquente des ressources
6. Insuffisance des ressources financières et logistiques pour la mise en œuvre des activités	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources au niveau du Gouvernement et des partenaires

6.2 CONCLUSION

A un an des objectifs fixés pour l'accès universel en 2010, le rapport annuel a permis de voir le niveau d'atteinte des objectifs. Ainsi la majorité des indicateurs ont été améliorés par rapport à 2008

En matière de prévention :

- Le nombre de structures effectuant la prise en charge syndromique des IST est passé de 514 à 641 et a permis de notifier plus de 87000 cas d'IST.
- La couverture géographique en sites de Conseil Dépistage est passé de 59 à 95 en 2009, ce qui a permis de dépistés 133986 cas.
- Le nombre de site PTME est passé de 47 à 128 avec le dépistage de 42101 femmes enceintes. Ce qui a permis d'offrir une prophylaxie ARV à 1986 femmes enceintes séropositives (soit un taux de couverture la cible de 31.5%). Cette année 1451 femmes séropositives ont accouchés sous ARV,

Le taux de séropositivité VIH chez les enfants issus de la PTME est de 9.5% en 2009 contre 20% en 2008

En matière de prise en charge des PVVIH

- Le nombre de structures accréditées est passé de 70 en 2008 à 115 en 2009.
- Le nombre de PVVIH est passé de 11211 en 2008 à 16710 en décembre 2009 ; La couverture nationale en thérapie ARV est passée de 24 % en 2006 à 41 % en 2008, puis à 54% en 2009
- Le programme a accéléré le processus de décentralisation des ARV, en portant le nombre de site de 21 en 2008 à 42 en 2009 (6 sites en 2007).
- Le pays dispose de 23 compteurs de CD4

La gratuité des ARV décrétée en novembre 2008 est une grande opportunité pour augmenter sensiblement le nombre de PVVIH sous traitement : en effet en un an le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 8750 à plus de 16700.

En matière de suivi évaluation, des progrès ont été réalisés en matière d'élaboration des outils et de renforcement des capacités des structures et des prestataires de soins.

L'amélioration des interventions du programme a été possible depuis deux (2) ans grâce aux soutiens du gouvernement togolais, du Fonds Mondial et certains partenaires en développement qui ont concrétisé leurs engagements pris au cours de la table ronde en avril 2008.

Malgré ces progrès importants, en tenant compte de notre contexte depuis 2006, le chemin à parcourir pour atteindre les objectifs fixés pour l'accès universel en 2010 (à savoir offrir les services de préventions de soins et traitements à 80% de la cible). Cependant des perspectives meilleures sont en vue pour le programme dans les cinq prochaines années par la mise en œuvre du projet VIH round 8 et le fort engagement du gouvernement.

6.3 PERSPECTIVES

- L'engagement de haut niveau du gouvernement confirmé lors de la 3^e session du CNLS est un gage de pérennité et d'extension des actions qui sont menées.
- Le démarrage du projet VIH round 8 est une opportunité importante pour consolider les acquis et augmenter les taux de couverture de nos interventions en 2010.
- La décentralisation des activités de dispensation couplée au processus de l'approche district dans le cadre de la PTME permettront de régler en partie la centralisation de la gestion des médicaments et intrants médicaux.
- La révision des directives en matière de prise en charge de la PTME permettront d'augmenter et la qualité et l'efficacité des interventions.



7. Annexes

Tableau 29 : Principaux indicateurs du PNLS

	2007	2008	2009
Diagnostic et traitement des IST			
Nombre de structures ayant notifié les IST	325	523	614
Nombre de service adaptés pour le suivi des travailleurs de sexe(TS)	62915	80024	87251
Nombre de cas d'IST traités chez les TS			
Conseil & dépistage			
Nombre de centre de conseil dépistage	51	59	97
Nombre de personnes dépistées	88938	150897	133909
Proportion des TPM+ (TB) dépistés	ND	23%	63%
Sécurité transfusionnelle			
<i>Prévalence des marqueurs viraux CNTS Lomé</i>			
VIH	1.5%	1.2%	1.2%
VHB	5.1%	4.6%	4.5%
VHC	2%	2%	3.4%
<i>Prévalence des marqueurs viraux CRTS Sokodé</i>			
VIH	3.8%	3.1%	0.8%
VHB	14.8%	19.7%	12.4%
VHC	4.2%	4.3%	4.9%
Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)			
Nombres de sites PTME	41	47	128
Proportion de structures de soins offrant les services PTME	6.5%	7.5%	20.4%
Nombres de femmes enceintes dépistés	20553	30709	42101
Proportion de femmes enceintes dans les sites PTME dépistées et connaissant leur statut	59%	76,3%	89,5%
Nombres de femmes enceintes ayant reçu la prophylaxie ARV	910	1699	1986
Proportion des femmes séropositives ayant pris la prophylaxie ARV pour réduire la transmission du VIH	13.3%	26.1%	31%
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché sous prophylaxie ARV	705	1127	1451
Pourcentage des nouveaux nés, nés des mères séropositives ayant pris ARV dans les 72 heures selon le protocole en vigueur	94,5%	96,4%	96,2%
Proportion de nourrisson ayant bénéficié d'un diagnostic précoce	ND	ND	39,2%
Proportion de nourrissons séropositifs à 18 mois	13,2%	20,5%	9,5%

Soins et traitement			
Nombre de structures de prise en charge	70	70	115
Nombre de structures de dispensation des ARV	5	21	42
Nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV	7980	11211	16740
Nombre d'enfants sous ARV	542	672	1028
Taux de couverture thérapeutique (adultes et enfants)	28.5%	41%	53.9%
Taux de survie des PVVIH sous ARV	ND	ND	
12 mois			95.1%
24 mois			92.1%
36 mois			91.4%
Suivi Evaluation et recherches			
Taux de complétudes des rapports du PNLs	ND	92%	96%
Prévalence du VIH chez les femmes en consultations prénatales	ND	3.4%	3.9%
Prévalence de la syphilis chez les femmes en consultations prénatales	ND	1.3%	1.1%

Notes : ND= non disponible

Tableau 29 : Liste des sites de Conseil dépistage, PTME, PEC, dispensation des ARV et comptage des CD4 au 31 décembre 2009

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact	
LOME COMMUNE	D1	CHR LOME	CHR Lomé Commune	CHR Lomé Commune	CHR Lomé Commune		222 93 96/9388 926	
		POLY Lomé		Polyclinique de Lomé			221 37 31	
		Centre de Santé Lomé	Centre de Santé Lomé	Centre de Santé de Lomé			221 27 31	
	D2	Centre Santé Adakpame	CMS Adakpamé	CMS ADAKPAME	CMS Adakpamé			227 04 79/9210 475
				LOLONYO				998 86 74 / 946 99 71
		CACIEJ		CACIEJ				234 39 02 / 910 77 23
				Horizon Nouvel				227 08 51 /903 83 13
				CRIPS	CRIPS			234 27 97/9838 058
				Cabinet Médical Péd. "La VIE"				226 21 73
				Clinique le Coeur				226 84 81
					Polyclinique St JOSEPH	CLINIQUE St Joseph		226 94 42/2267 232 / 335 18 48
		D3	HOPITAL DE BE	Hôpital Bè		Hôpital de BE	Hôpital de Bè	Hôpital de Bè
	CMS AMOUTIVE		CMS Amoutiévé	CMS AMOUTIVE				946 37 55
				SA +				220 31 84 / 993 18 35
	CMS CATALUNY A			CRT CMS CATALUNY A				221 21 10 / 221 12 96/
	CDVA LA CONFIANC E							Tél : 220737 0
	ACS				ACS			

ACS

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact
							Augustin o, 221 21 97
		ATBEF/Jeunes		Clinique BARRUET	CLINIQUE BARRUET		Béniglato tel 221 05 83
	D4	CMS Kodjoviaké	CMS Kodjoviaké	CMS Kodjoviaké	CS Kodjoviaké		220 68 45/ 930375 4/221 74 37
		JADE POUR LA VIE		JADE	JADE POUR LA VIE		221 49 14/9219 591/
				JMAH	JMAH		338082 6 / 920398 6
				CMS "Mère Alphonse Cavin"	CLINIQUE Ste MARIE REINE		221259 3 / 904464 5
				Clinique ALPIA			221 63 95 / 910 79 43
		Institut National d'hygiène				Institut National d'hygiène	Tel 221 06 33
				Clinique Ste Marie Reine			221 25 93
		D5	CHU TOKOIN	CHU Tokoin	CHU Tokoin	CHU Tokoin	CHU Tokoin (CNR)
	CHU CAMPUS		CHU Campus	CHU Campus		CHU Campus (BIOLIM)	
	UNIVERSITE DE LOME			EVT	EVT		251465 6 / 901096 0
	AMC			AMC	AMC		251264 7 / 913859 8
			Clinique ATBEF	ATBEF	ATBEF		221 41 93 /909500 4
	ATBEF Siège						Tokoin Soted Tél :221 41 93
	SNSJA						Ggbossim é tel : 221211 7

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact
		CCD					Cebevito Tel : 222 62 43
		CNTS LOME					
				AIDSS			251 72 64 / 912 54 90
				ASDEB			251 46 37
		ASPROFEM		ASPROFEM	ASPROFEM		250 72 66 / 985 35 82 /062984 0
				ASMENE			222 66 44/ 934 12 09
				AIDER	AIDER		909500 4 / 946035 0
				MEDES			336 79 36 / 913 29 78
		CAMP Gal Eyadema		CHAL	CHAL		222 93 96/9026 820
				CMPA Jean Paul II			220 20 01
				CMS Cacavéli			233 45 94
				Clinique Mawubedzro			225 04 21
MARITIME	GOLFE	CMS Adidogomé	CMS Adidogomé	CMS ADIDOGOME			234 23 69/ 225734 2
		CMS AGOENYIV E	CMS Agoè	CMS AGOE	CMS AGOE		250 26 02/9200 531
			CMS ADAMAVO	CMS ADAMAVO			271 02 93/ 226 39 59
				GCCST			234 17 50 / 913 15 67
			CMS TOGBLE KOPE				
			USP SANGUERA				
		CENTRE LOYOLA AGOE				CENTRE LOYOLA AGOE	Rue du Cp FIR, Tél : 336 26 46
		MILLENIUM					

Millénium

225 12

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact
		FRIENDS		Friends			73 / 901 92 66
				Espoir Vie Vue			251 35 19 / 338 27 80
				AST Baguida			338303 5/ 271 12 73
		CMS BAGUIDA	CMS BAGUIDA				
				Hôpital Regina Pacis			222 19 27
		HOP BAKHITA		CMS Ste JOSEPHINE BAKHITA	CMS BAKHITA		320 20 23/0808 371
				Clinique Immaculée Conception			251 89 87 / 902 85 95
	AVE	CHP ASSAHOUN		Hôpital de ASSAHOUN	CHP ASSAHOUN		337 10 39/0901 362
		CMS NOEPE	USP NOEPE				990 79 99
		CMS KEVE	USP TOVEGAN				
	LACS	CHP ANEHO	Centre hospitalier Aného	Hôpital Aného	CHP Aného	CHP Aného	331 00 17/3350 004
		POLY ANEHO	Polyclinique Kpota Aného				331 02 35
			USP AGBODRAFO	CMS Agbodrafo			331 01 04/912 81 37
		HOP AFAGNAN	Hôpital d'Afagnan	Hôpital Afagnan	Hôpital d'AFAGNAN	Hôpital d'AFAGNA N	332 10 02/9166 462
		SNTP KPEME					335 30 28 / 338 21 42
			USP ATTITONGON CMS AKLAKOU				
	ZIO	POLY TSEVIE	Polyclinique Tsévié	Polyclinique Tsévié			330 40 18
		CHR TSEVIE	CHR Tsévié	CHR TSEVIE	CHR Tsévié	CHR Tsévié	330 41 34/9202 063
				AMC Tsévié			235 24 31
			USP MISSION TOVE				
			USP GAPE KPODJI				
				AIDSS Tsévié			335 24

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact	
							57 / 905 12 62	
	YOTO	CHP TABLIGBO	CHP TABLIGBO	Hôpital Tabligbo			334 03 05	
		CMS St Luigi Scrosoppi de Kouvé LIVE	CMS St Luigi Scrosoppi de Kouvé	CMS St Luigi Scrosoppi de Kouvé	CMS St Luigi Scrosoppi de Kouvé		334 90 27 / 900 40 76	
			CMS AHEPE					
	VO	CHP VOGAN	Hôpital Vogan	Hôpital VOGAN	CHP VOGAN		333 10 25	
				CMS ANYRONK OPE			997 16 17	
				CMS SNPT Hahotoé			221 39 01/905 37 44	
				USP TOGOVILLE				
				CMS AKOUMAPE				
			CMS GAME SEVA					
PLATEAU X	AGOU	Hôpital de AGOU	CHP Agou Gare	Hôpital de AGOU GARE			447 10 16	
		HOP AGOUNYO GBO	Hôpital Béthesda				447 10 24	
	EST-MONO	CDVA ELAVAGNON		Hôpital d'Elavagnon			444 60 10	
	HAHO	Hôpital de NOTSE	Hôpital de NOTSE	Hôpital de NOTSE	CHP Notsé	CHP Notsé	442 00 10	
				CMS Bien Etre/ABE			442 01 67	
	MOYEN MONO	CHP TOHOUN	Hôpital de Tohoun	Hôpital de Tohoun			448 50 42	
			Hôpital ordre de malte			Hôpital ordre de malte	449-98- 05	
	KLOTO	CHP KPALIME			Hôpital KPALIME	CHP Kpalimé	CHP Kpalimé	441 10 20/ 441 09 31/9940 292
					Polyclinique Kloto			441 00 81
					AMC Kpalimé			441 13 22
				PMI Kpalimé				441-00- 81
				CMS Goudévé				Sage

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact
							Femme 914-07-19
			CMS Adéta				449-70-21
			USP Kpadapé				Ass. Médical 911-84-51
			USP Nokpogandji				441-03-60
	OGOU	CHR ATAKPAME	CHR Atakpamé	CHR ATAKPAME	CHR Atakpamé	CHR Atakpamé	440 12 85/9179 844
		POLY ATAKPAME	Polyclinique Atakpamé	Polyclinique Atakpamé(A gbonou)			440 10 35
				APAS			920 39 25
				CREJe			440 15 07 / 335 88 57
				AKARALE			440 15 08 / 911 52 65
		CMS ONA					997 49 36
		CMS AGBONOU	CMS Agbonou				449-36-31
		CMS GLEI	CMS Gléi				449-34-25
		CMS ANIE	CMS Anié				440-80-89
			USP Akparé				449-15-35
	WAWA	CHP BADOU	CHP BADOU	CHP BADOU	CHP Badou	CHP Badou	443 00 19
		CMS KOUGNOOU		CMS kougnohou			916 65 09
	AMOUI			CMS Santé et Vie/ATBEDC			336 75 15 / 921 87 29
		FAT TEMEDJA	CMS Témédja				440 04 75 / 440 04 76 /440 09 60
		CMS St Gothard de Dedomé		CMS St Gothard de Dedomé			335 82 49
		Hôpital d'Amlamé		Hôpital d'Amlamé			442 60 09
		CMS AMOU-OBLO					
	DANYI	CHP DANYI	CHP Danyi	Hôpital de			447 50

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact	
				Danyi			85	
CENTRAL E	TCHAOUDJ O			EVT Sokodé	EVT SOKODE		551 01 31 / 929 42 72 /817561 3	
		CMS Bon Secours/ADE SCO	CMS Bon Secours/ADESCO	CMS Bon Secours/ADE SCO			445 11 13 / 445 17 17	
				USP Koloware	USP KOLOWARE	USP KOLOWARE	445 10 13/9393 177	
				Clinique ESSOFA			550 06 49/ 934 92 11	
		CHR SOKODE	CHR SOKODE	CHR SOKODE	CHR Sokodé	CHR Sokodè	550 01 78/9853 957	
		Polyclinique Sokodé	Polyclique Sokodé	Polyclique Sokodé			550 00 71	
		CMS Kpangalam						
		ATBEF Sokode					550024 6	
		CMS ALEHERIDE						
	TCHAMBA	Hôpital de TCHAMBA	Hôpital de TCHAMBA	Hôpital de TCHAMBA			552 00 28	
		CMS KAMBOLE	CMS KAMBOLE	CMS KAMBOLE			559 42 01	
	SOTOUBOUA	Hôpital de Sotouboua	Hôpital de Sotouboua	Hôpital de Sotouboua	Hôpital de Sotouboua	Hôpital de Sotouboua	553 00 14 / 994 07 01	
	BLITTA	Hôpital de BLITTA	Hôpital de BLITTA	Hôpital de BLITTA	Hôpital de BLITTA		554 00 19/ 989 90 81	
		Hôpital st Luc de Pagala Gare		Hôpital st Luc de Pagala Gare			554 20 04/ 914 46 84	
		CMS ADJENGRE					445 04 77	
				CMS Agbandi			444 40 16 / 922 52 76	
	KARA	BINAH	Hôpital de PAGOUDA	CHP Pagouda	Hôpital de PAGOUDA			664 00 33
				CMS Kéao				664-50- 24
				CMS SOLLA				
				CMS FARENDE				
			CMS KOUROYIA					
DANKPEN		Hôpital de	Hôpital de Guérin					
			Hôpital de			662 00		

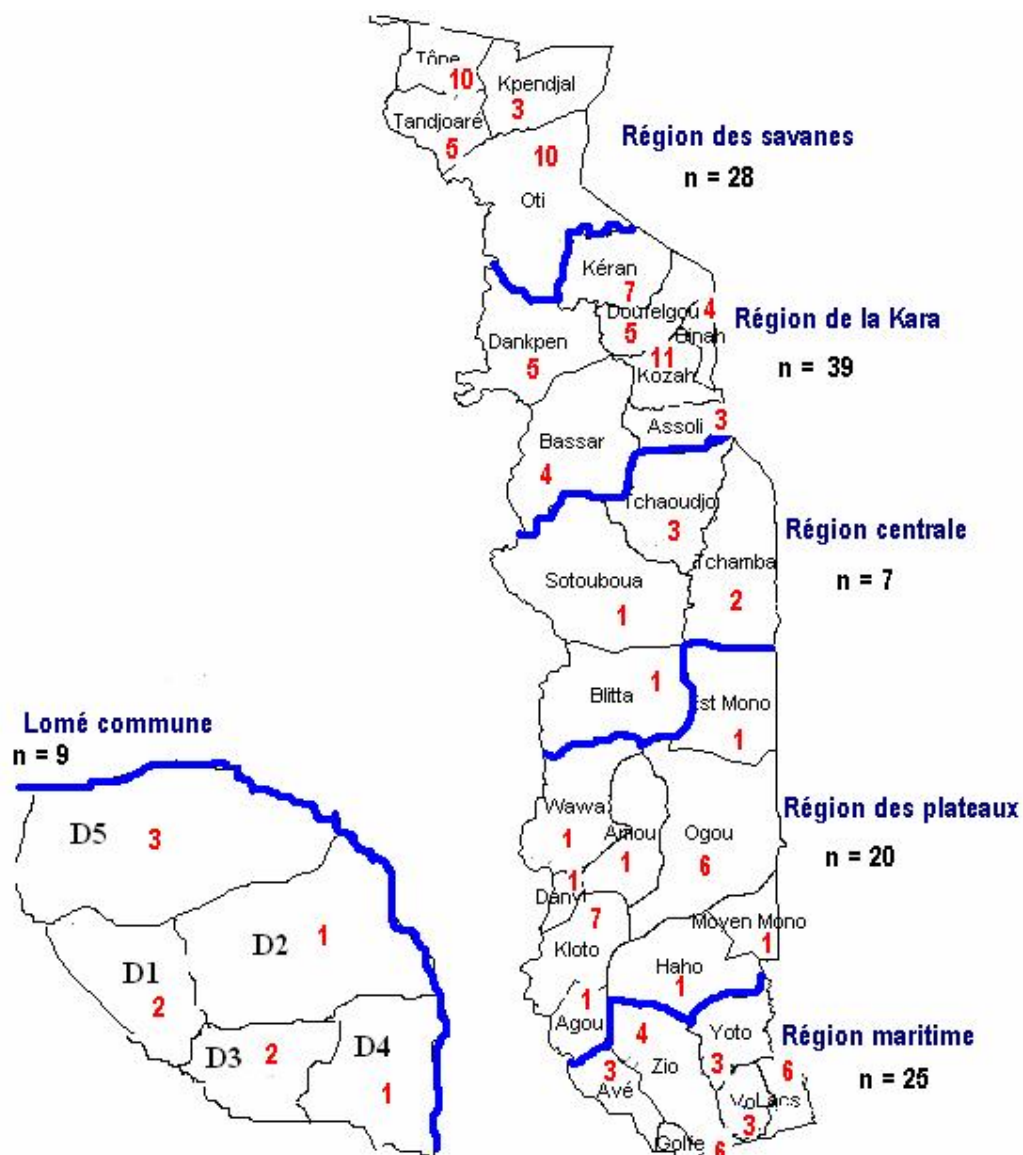
Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact
		GUERIN KOUKA	Kouka	GUERIN KOUKA			16
			USP BAPURE				
			USP NAMON				
			USP SOLIDARITE USP BROUKOU				
		Hôpital de NIAMTOUGOU	Hôpital Niamtougou	Hôpital de NIAMTOUGOU			665 00 31/665- 00-89
			CMS Baga				665-02- 20/59
			CMS DEFALE				
			USP KONFAGA				
	DOUFELGOU		CMS Siou				
		Hôpital de KANTE	CHP Kanté	Hôpital de KANTE			667 00 04/667- 00-89
			USP OSSACRE				
			USP KPESSIDE				
			USP NADOBA				
			USP PANGOUDA				
			USP KOKOU TEMBERMA				
	KERAN						
		CHR TOMDE	CHR TOMDE	CHR TOMDE		CHR Tomdè	660 02 46
			CHU KARA				660 60 48 : 925794 0
		CHU KARA		CHU KARA	CHU Kara	CHU Kara	660611 8
		CEIJA KARA					660611 8
		CMA RPC KARA		CMA RPC KARA		Camp Général Améyi	660 00 91 / 660 04 50
							669 00 45/ 901 34 77 / 919464 8
				AED Kara	AED KARA		668-52- 17
			CMS PYA				668-52- 17
			SOS Kara				

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact
			CMS YADE-BOHOU				
			CMS ATCHANGBADE				
			USP LANDA-POZANDA				
			USP LASSA-BAS				
			USP SOUMDINA-HAUT				
			USP TCHANADE				
			Polyclinique Kara	Polyclinique Kara			660 11 59
		CMS YADE BOHOU					660 60 94
		CMS KETAO					
		CMS BAGA					661 80 68 / 665 0259
		CMS SIOU					665/20/19
		CMS HELOTA					
		JEAN PAUL II					665 00 03
		SOS KARA					
		CABINET MA VIE					
		St LUC					
	ASSOLI	Hôpital Préfectoral d'ASSOLI	CHP Bafilo	Hôpital Préfectoral d'ASSOLI			666 00 81 / 666 00 80
			USP KOUMONDE				
			USP DAKO				
			CHP Bafilo				
			USP KOUMONDE				
	BASSAR	Hôpital de BASSAR	Hôpital de BASSAR	Hôpital de BASSAR	CHP Bassar	CHP Bassar	664 00 10
				AVLS Bassar			663 00 39 / 901 00 69
		CMS KABOU	CMS Kabou				
			CMS SANDA-KAGBANDA				

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact
			USP BANGELI				
	OTI	CDVA MANGO	CHP Mango	Hôpital de MANGO	CHP Mango		771 70 13 / 771 70 12
			TAKPAMBA				
			GANDO				
			BARKOISSI				
			SAGBIEBOU				
			NAGBENI				
			MOGOU				
			KOUMONGOU				
			KOUNTOIARE				
		TONE		CHR Dapaong	CHR DAPAONG	CHR Dapaong	CHR Dapaong
				Polyclinique Dapaong			770 85 31
				MECAP- FR- TOGO			770 88 29 / 904 28 65
				Vivre dans l'espérance	Hôpital Yendoubé de Tantigou	Hôpital de Tantigou	770 87 65
			CMA NIPROUMA	USP Niprouma	CMA NIPROUMA		770 81 92 / 770 84 50
				PMI DAPAONG			
			CDVA CINKASSE	CMS Cinkassé	CMS Cinkassé		779 30 16 / 445 56 36
				PMI Dapaong			770-25- 31
				USP Nadjoundi			Fils du chef canton 933-99- 30
				USP Dalwak			Respon- sable 930-66- 83
			USP Biankouri			Respon- sable 916-88-	

Région	District	Sites CDV	Sites PTME	Sites de PEC	Sites de dispensation des ARV	Sites disposant de lecteur CD4	Contact
							54
			KANTINDI				
			PANA				
			NAKI-OUEST				
	TANDJOAR E	Hôpital Tandjoaré		Hôpital Tandjoaré			775 30 07
					Code Utile Afrique Tandjoaré		779 50 04 / 928 31 99
		CMS Bombouaka	CMS Bombouaka				775 30 17 / 936 62 40
			PMI Tandjouaré				
			DOUKPOLO				
			PLIGOU				
			YEMBOUR				
	KPENDJAL	USP Mandouri					774 00 05
			BORGOU				
			KOUNDJARE				

Répartition géographique des sites de PTME en 2009



Répartition géographique de sites de prise en charge des PVVIH en 2009

