

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE**

-----  
C A B I N E T

-----  
S E C R É T A R I A T G É N É R A L

-----  
D I R E C T I O N G É N É R A L E D E L ' A C T I O N  
S A N I T A I R E

-----  
D I R E C T I O N D E L U T T E C O N T R E L A M A L A D I E  
**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE  
LE SIDA ET LES IST**

Notre mission

- Informer
- Conseiller
- Servir



**RÉPUBLIQUE TOGOLAISE**

Travail – Liberté – Patrie



Notre devise

- Abstinence
- Fidélité
- Préservatif

**RAPPORT ANNUEL 2017 DES ACTIVITES DU PNLS-IST**

## REMERCIEMENTS

Le contenu de ce rapport d'activités 2017 du secteur santé de la riposte au VIH/Sida et des infections sexuellement transmissibles est le résultat de la collaboration des différents acteurs impliqués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

C'est donc l'occasion pour nous de présenter nos félicitations à tout le personnel du secteur de la santé (public, associatif, privé et confessionnel) qui se déploie dans des conditions qui ne sont toujours pas faciles pour offrir leur service à la population.

Nous tenons à adresser nos sincères gratitudee au personnel technique et de soutien du Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-IST) qui s'est investi chacun dans son unité dans la coordination des interventions tout au long de l'année 2017. Nous remercions également les responsables et cadres des régions, et des districts sanitaires qui coordonnent et supervisent les prestations de service offertes à la population dans leurs aires sanitaires respectives.

Nos remerciements vont également aux Partenaires Techniques et Financiers, bilatéraux et multilatéraux, à la société civile ainsi qu'aux partenaires de mise en œuvre pour leur appui et accompagnement constant.

Le Coordonnateur du PNLS-IST

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dagnra' followed by a stylized flourish.

Professeur Anoumou DAGNRA

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	1
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<i>Focus sur quelques indicateurs clés des interventions du PNLS-IST</i> .....	2
<b>A. PREMIERE PARTIE : GENERALITES</b> .....	4
<b>1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE GENERAL DE L'INFECTION A VIH</b> .....	4
<b>2. Cadre organisationnel du PNLS-IST</b> .....	4
<b>2.1. Ressources du programme</b> .....	5
<b>2.2. Interventions du PNLS-IST</b> .....	5
<b>3. Résumé du PSN</b> .....	5
<b>B. DEUXIEME PARTIE : RESULTATS CLES PAR DOMAINE D'INTERVENTION</b> .....	7
<b>1. Prévention</b> .....	7
<b>1.1. Conseil dépistage</b> .....	7
<b>1.1.1. Campagne nationale de dépistage de l'infection à VIH</b> .....	8
<b>1.1.2. Conseil dépistage dans les CDT</b> .....	8
<b>1.1.3. Conseil dépistage dans les SA</b> .....	9
<b>1.2. Infections sexuellement transmissible (IST)</b> .....	10
<b>1.2.1. Dépistage et traitement des IST dans la population générale</b> .....	10
<b>1.2.2. Dépistage et traitement des IST auprès des populations clés dans les SA</b> .....	12
<b>1.3. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant</b> .....	12
<b>1.3.1. Couverture géographique des sites PTME</b> .....	13
<b>1.3.2. Prévention primaire de l'infection à VIH</b> .....	13
<b>1.3.3. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives</b> .....	14
<b>1.3.4. Interventions spécifiques visant à réduire la TME</b> .....	14
<b>1.3.5. Diagnostic de l'infection à VIH chez les enfants exposés</b> .....	15
<b>1.4. Sécurité transfusionnelle</b> .....	17
<b>1.5. Prophylaxie post exposition (AES)</b> .....	17
<b>2. Soins Soutien et Traitement</b> .....	17
<b>2.1 Couverture géographique des structures de PEC</b> .....	18
<b>2.2. Inscription dans les soins</b> .....	18
<b>2.3. Prise en charge des IO</b> .....	19
<b>2.3.1. Diagnostic et traitement des IO</b> .....	19
<b>2.3.2. Prophylaxie au cotrimoxazole</b> .....	20
<b>2.4. Inclusion des PVVIH sous TARV</b> .....	20
<b>2.5. Suivi des patients sous TARV<sup>2</sup></b> .....	20

2.6. Rétention sous ARV des PVVIH.....	23
2.7. Prise en charge des co-infectés VIH/TB .....	24
2.9. Suivi biologique des PVVIH .....	25
2.9.1. Bilans du suivi biologique .....	25
2.9.2. Mesure de la charge virale.....	27
2.10. Cascade de dépistage et de traitement et les résultats des 3x90 .....	28
2.11. Prise en charge psychosociale des PVVIH .....	30
2.12. Activités de renforcement de capacité .....	30
3. Activités de laboratoires : contrôle qualité des tests VIH.....	31
4. Suivi-évaluation et recherches.....	35
4.1. Activités de suivi et évaluation .....	35
4.1.1. Revues des activités : PTA et activités de PECM .....	35
4.1.2. Activités de planification.....	35
4.1.3. Gestion des données programmatiques .....	35
4.2. Activités de recherches.....	36
4.2.3. <i>Etude sur la cartographie programmatique chez les populations clés du Togo (PS, HSH, UDI et détenus)</i> .....	37
4.2.4. <i>Etude séro-comportementale chez les PS et leurs clients au Togo en 2017</i> .....	37
4.2.5. <i>Etude séro-comportementale chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes</i> .....	37
4.2.6. <i>Etude séro comportementale du VIH réalisée à l'échelle nationale chez les consommateurs de drogues au Togo en 2017</i> .....	37
5. Gestion du programme .....	38
5.4.1. Quantification et approvisionnement .....	39
5.4.2. Dispensation des ARV .....	39
5.4.3. Disponibilité des ARV en 2017.....	40
5.4.4. Disponibilité des ARV sur les sites de dispensation.....	40
5.4.5. Activités de renforcement de capacités.....	40
5.4.6. Difficultés liées à la mise en œuvre des activités .....	41
5.5. Gestion administrative financière et logistique.....	41
5.5.1. Présentation du budget de l'année 2017 .....	41
5.5.2. Répartition du budget reçu par source de financement.....	42
5.5.3. Présentation des dépenses gestion 2017 par domaine d'intervention .....	42
C. Troisième partie : défis, leçons apprises et perspectives .....	44
ANNEXES.....	47

## Liste des tableaux

Tableau I : Résultats clés des interventions du PNLS-IST en 2017 .....	2
Tableau II: Répartition par région du nombre de personnes dépistées, séropositives et du taux de séropositivité .....	7
Tableau III: Répartition par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées .....	8
Tableau IV: Répartition régionale des enfants exposés ayant réalisé le diagnostic .....	16
Tableau V : Répartition des cas d'AES par région en 2017 .....	17
Tableau VI: Répartition des sites de PECM par type de formations sanitaires.....	18
Tableau VII : répartition par région des PVVIH enregistrées en 2017 .....	19
Tableau VIII : Répartition par âge du nombre de cas d'IO diagnostiqué.....	19
Tableau IX : Répartition des inclusions par région .....	20
Tableau X: Répartition des PVVIH sous TARV par région en 2017.....	21
Tableau XI: Répartition des PVVIH sous ARV par ligne thérapeutique .....	23
Tableau XI : Normes de la performance de la rétention des PVVIH sous TAR selon l'OMS.....	24
Tableau XIV: Répartition par région de la couverture de la charge virale.....	27
Tableau XIX: Présentation du budget gestion 2017 par domaine d'intervention .....	43

## Liste des figures

Figure 1 : Evolution du dépistage du VIH chez les malades TB de 2008 à 2017 .....	9
Figure 2 : Dépistage du VIH chez les populations clés .....	9
Figure 3 : Répartition des cas d'IST par tranches d'âge et par sexe .....	10
Figure 4 : Répartition des cas d'IST dépistées par syndrome en 2017.....	11
Figure 5 : répartition des cas d'IST et des partenaires traités par région .....	11
Figure 6 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé .....	12
Figure 7 : Répartition du nombre de sites de PTME par région.....	13
Figure 8 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2017 .....	15
Figure 9 : Evolution par année du nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV .....	21
Figure 10 : Répartition par sexe des PVVIH sous ARV .....	22
Figure 11 : répartition par tranches d'âge des PVVIH sous ARV.....	22
Figure 12 : Répartition des PVVIH sous ARV par type de population clé .....	23
Figure 13 : Résultats de la rétention des PVVIH sous ARV .....	24
Figure 14: Répartition par tranches d'âge la proportion des PVVIH ayant CV supprimée .....	28
Figure 15 : Cascade de dépistage et de traitement chez les PVVIH.....	29
Figure 16 : Cascade de dépistage et de traitement chez les enfants VIH+ .....	29
Figure 17:Résultats des 3x90 en 2017 au Togo.....	30
Figure 18 : Couverture des sites de PECM en dispensation des ARV .....	40

## **Sigles et abréviations**

<b>ARV</b>	:	Antirétroviraux (Médicaments)
<b>ASC</b>	:	Agents de Santé Communautaire
<b>AZT</b>	:	Zidovudine
<b>CAMEG</b>	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
<b>CD4</b>	:	Lymphocytes TCD4+
<b>CDV</b>	:	Centre de Dépistage Volontaire
<b>CCD</b>	:	Centre de Conseil et de Documentation
<b>CCM</b>	:	Country Coordination Mechanism
<b>CDT</b>	:	Centre de Dépistage et de Traitement (de la tuberculose)
<b>CHR</b>	:	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CMS</b>	:	Centre Médico-social
<b>CNLS</b>	:	Conseil National de Lutte contre le Sida
<b>CNTS</b>	:	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CPN</b>	:	Consultation Périnatale
<b>CRTS</b>	:	Centre Régional de Transfusion Sanguine
<b>CV</b>	:	Charge virale
<b>DQS</b>	:	Data Quality Service
<b>DSRP</b>	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
<b>ESOPE</b>	:	Evaluation et Suivi Opérationnel des Programmes d'ESTHER
<b>FM</b>	:	Fonds Mondial
<b>GSK</b>	:	Glaxo Smith Kline
<b>INAM</b>	:	Institut National d'Assurance Maladie
<b>IST</b>	:	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MEG</b>	:	Médicaments Essentiels et Génériques
<b>MESST</b>	:	Monitoring and Evaluation Systems Strengthening Tool
<b>NRTI</b>	:	Nucléoside Reverse Transcriptase Inhibitor
<b>NNRTI</b>	:	Non Nucléoside Reverse Transcriptase Inhibitor
<b>NVP</b>	:	Névirapine
<b>OCAL</b>	:	Organisation du Corridor Abidjan Lagos
<b>OEV</b>	:	Orphelins et Enfants Vulnérables
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	:	Organisation Non Gouvernementale
<b>OSC</b>	:	Organisation de la Société Civile
<b>OSDV</b>	:	On Site Data Verification
<b>PCR</b>	:	Polymerase Chain Reaction (Réaction en Chaîne par Polymérase)
<b>PEC</b>	:	Prise en Charge
<b>PF</b>	:	Planification Familiale
<b>PMI</b>	:	Protection Maternelle et Infantile
<b>PNDS</b>	:	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLS</b>	:	Programme National de Lutte contre le Sida

<b>PTME</b>	:	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère a l'Enfant
<b>PS</b>	:	Professionnelles de sexe
<b>PVVIH</b>	:	Personne Vivant avec le VIH
<b>RDQA</b>	:	Routine Data Quality Assessment
<b>SA</b>	:	Services Adaptés
<b>SCAPE</b>	:	Stratégie de Croissance Accélérée et de la Promotion de l'Emploi
<b>Sida</b>	:	Syndrome d'immunodéficience Acquise
<b>TAR</b>	:	Thérapie Antirétrovirale
<b>TDF</b>	:	Ténofovir
<b>TME</b>	:	Transmission Mère Enfant
<b>UBRAF</b>	:	Unified Budget Results Accountability Framework
<b>UNFPA</b>	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNGASS</b>	:	United Nations General Assembly Special Session on HIV (Session
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VAD</b>	:	Visite A Domicile
<b>VHB</b>	:	Virus de l'Hépatite B
<b>VHC</b>	:	Virus de l'Hépatite C
<b>VIH</b>	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine



## INTRODUCTION

Face à l'épidémie du VIH/SIDA, le Togo a opté depuis 2001 pour une réponse multisectorielle, sous la coordination du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST). Les orientations de la riposte sont déclinées dans des plans stratégiques pluriannuels à partir desquels sont élaborés des plans sectoriels.

Le Plan de Travail Annuel (PTA) 2017 du PNLS-IST reflète les orientations stratégiques de la riposte du secteur santé du PSN 2016-2020.

L'année 2017 a été la deuxième année de mise en œuvre dudit plan qui se fonde sur la nouvelle stratégie d'accélération de la riposte (90-90-90) de l'ONUSIDA et de l'objectif 3 de développement durable qui prévoit la fin de l'épidémie de sida à l'horizon 2030.

Le présent rapport fait le point de la mise en œuvre du PTA 2017 du PNLS-IST et présente les résultats obtenus de cette mise en œuvre au cours de cette période.

*Focus sur quelques indicateurs clés des interventions du PNLS-IST*

*Tableau I : Résultats clés des interventions du PNLS-IST en 2017*

Indicateurs	Résultats	Observations
<b>Diagnostic et traitement des IST</b>		
Nombre de Services Adaptés (SA)	41	
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités chez les populations clés	PS	5 224
	HSH	346
	UD	27
	DETENUS	76
	TOTAL	5673
Nombre total de cas d'IST diagnostiqués	78 194	
Séroprévalence de la syphilis chez les femmes enceintes venues en CPN	0,6%	Résultat de l'enquête sentinelle 2016 chez 8535 femmes enceintes
<b>Conseil dépistage</b>		
Nombre de personnes conseillées et dépistées	441 395	
Taux de séropositivité	2,9%	12 829 dépistés séropositifs
Proportion par type de VIH	VIH1	99,2%
	VIH2	0,3%
	VIH1&2	0,5%
<b>Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME)</b>		
Nombre et % de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dépistées	307 103 (16,6%)	Nombre de femmes en âge de procréer = 1 852 475
Taux de séropositivité chez les femmes en âge de procréer	2,7%	
Nombre et % de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	181 974 (55.7%)	Dénominateur = 326 938 (Nombre de femmes enceintes attendues : 4.5*pop 2017)
Nombre de femmes enceintes séropositives	3988	
Taux de séropositivité chez les femmes enceintes en CPN	2,19%	Dénominateur = 182236
Nombre et pourcentage de partenaires de femmes enceintes dépistés	24 417 (7,5%)	Dénominateur = 326 938 (Nombre de femmes enceintes attendues : 4.5*pop 2017)
Proportion des femmes enceintes VIH+ ayant reçu les ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	3899 (66%)	Dénominateur : 5900 obtenu à partir du logiciel Spectrum, Version 5.65
Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	3074	

Indicateurs	Résultats	Observations
Proportion de nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	98%	
Nombre et % de nourrissons né de mères séropositives en 2017 ayant bénéficié du diagnostic précoce à 2 mois	2118 (36%)	Le dénominateur (5900) utilisé est le nombre d'enfants attendus des mères séropositives.
Taux de transmission final du VIH de la mère à l'enfant incluant la période d'allaitement	19,48%	Modélisation avec Spectrum (V 5.56)
<b>Prise en charge médicale</b>		
Nombre de centres de PEC qui dispensent les ARV	126	
Nombre de centres de PEC des PVVIH	453	
Nombre de sites CD4	73	Rapport CNR 2017
Nombre de sites offrant la charge virale	4	
Nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV en fin 2017	59 752	
Couverture thérapeutique des PVVIH (adultes et enfants) sous traitement ARV	57%	(59 752 /105 000)
Nombre d'enfants sous TAR	3 663	
Couverture thérapeutique chez les enfants	30%	(3 663 /12 000)
Taux de couverture des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la charge Virale	14%	(7355/51 320) Dénominateur = file active 2016
Pourcentage des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la CV qui présente une suppression de la charge virale (CV < 1000 copies)	79%	(5801/7355)
Proportion des PVVIH Co-infectés TB/VIH sous traitement antituberculeux et antirétroviral	98%	
Taux de rétention des PVVIH après 12 mois de début de traitement antirétroviral	91%	Source étude IAP 2017
<b>Résultats des 3X90</b>		
Pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	<b>66%</b>	(69 466/105000)
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH recevant un TAR	<b>86%</b>	(59752/69 466)
Pourcentage réajusté de personnes sous TAR qui ont une Charge virale (CV) supprimée	<b>79%</b>	<b>(47127/59752)<sup>1</sup></b>

<sup>1</sup> Vu que tous les patients sous traitement ARV n'ont pas bénéficié de la charge virale, une extrapolation a été faite pour le calcul de la cascade sur la suppression de la charge virale. Connaissant le nombre de PVVIH sous ARV ayant bénéficié de la CV (7355) et celui de ceux ayant supprimé (5801), le pourcentage obtenu 79% (5801/7355) a été appliqué sur l'ensemble des PVVIH sous ARV qui devraient bénéficier de la CV.

## A. PREMIERE PARTIE : GENERALITES

### 1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE GENERAL DE L'INFECTION A VIH

L'analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida au Togo a montré le caractère généralisé de l'épidémie avec une prévalence moyenne qui est passée de 2,5% dans la population générale âgée de 15 – 49 ans en 2014 (EDST III 2013-2014) à 2,1% en 2017 (Estimation, Spectrum, 2017).

Elle a aussi montré une prédominance féminine avec respectivement des prévalences de 3,1% vs 2,7% chez les femmes et 1,7% vs 1,5% chez les hommes. Selon les estimations de Spectrum 2017, la prévalence chez les jeunes âgés de 15 –24 ans est de 0,56%.

Le profil épidémiologique spatial du VIH au Togo est marqué par des disparités au niveau des régions et au niveau des milieux de résidence. En effet, la prévalence du VIH est plus élevée dans les régions méridionales (Lomé commune et Maritime : 2,82%) que dans les régions septentrionales (Kara : 1,73%, Savanes : 0,35%). La prévalence du VIH en milieu urbain (3,5%) représentait le double de celle du milieu rural (1,5%) en 2014.

Sur le plan national, les groupes les plus exposés restent les hommes ayant les rapports sexuels avec d'autres hommes, les professionnels de sexe, les usagers de drogues injectables et les détenus. Ainsi selon une enquête bio-comportementale réalisée en 2017, la prévalence du VIH est de 21,98% chez les HSH (20% en 2011), de 13,1% chez les PS (13% en 2011) et 3,9% chez les UDI.

### 2. Cadre organisationnel du PNLS-IST

Dans le nouvel organigramme du ministère de la santé et de la protection sociale (MSPS), le PNLS-IST est rattaché à la Direction de lutte contre la maladie et des programmes de santé publique (DLM/PSP) elle-même rattachée à la Direction générale de l'action sanitaire (DGAS).

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

Le Programme National de Lutte contre le SIDA et les infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-IST) est placé sous la direction d'un Coordonnateur National.

Le PNLS-IST comprend huit (8) unités fonctionnelles :

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

## 2.1. Ressources du programme

L'effectif du personnel du PNLS-IST a régulièrement augmenté depuis les cinq dernières années afin de répondre aux exigences de qualité et de promptitude dans les interventions à mettre en œuvre. En 2017, le PNLS-IST disposait de 73 agents toutes catégories confondues répartis en fonction du budget d'émargement comme suit : budget général de l'Etat 55% contractuels toutes sources confondues 42% (Etat 14% ; FM 25% ; Autres 3%) et stagiaires 3%.

Les principaux partenaires techniques et financiers (PTF) qui travaillent avec le PNLS-IST sont : le Fonds mondial, l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, CHAI, USAID, OOAS et FHI360.

## 2.2. Interventions du PNLS-IST

Le PNLS/IST est l'organe technique du Ministère de la santé chargée de la mise en œuvre des interventions spécifiques de la santé liée au VIH dans tout le pays.

Ces interventions sont essentiellement de deux ordres :

- (1) Préventif : prise en charge des IST, conseil dépistage et prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- (2) Thérapeutique : qui peut se résumer en une offre des soins et traitement et qui comprend la prise en charge des infections opportunistes, la prise en charge par les ARV, la prise en charge psychosociale, le suivi biologique ainsi que la prise en charge des accidents liés à l'exposition au sang et aux liquides biologiques.

## 3. Résumé du PSN

Le Plan stratégique national de la riposte au Sida 2016-2020 s'articule autour de trois axes stratégiques qui prennent en compte de façon transversale les questions des droits humains et des violences basées sur le genre :

Axe 1 : Amplification de la réduction de nouvelles infections à VIH

Axe 2 : Accélération de la prise en charge globale

Axe 3 : Amélioration de la gouvernance

Les interventions retenues dans ce plan stratégique sont :

- Réduction de nouvelles infections à VIH à travers :
  - La communication pour le changement de comportement (CCC),
  - La promotion et distribution des préservatifs ;
  - L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (e-TME) ;
  - Le dépistage du VIH ;
- Traitement et Soins aux ARV et soutien
  - Focus sur l'efficacité des traitements (extension de la charge virale et mise en place d'un programme d'observance et recherche active de perdues de vue)
  - Renforcement de la prise en charge des coinfections (Tuberculose et hépatites virales B et C)
- Bonne gestion du Programme.

Les aspects liés à l'environnement favorable, droits humains et genre ont été pris en compte de manière transversale dans les trois axes stratégiques

## B. DEUXIEME PARTIE : RESULTATS CLES PAR DOMAINE D'INTERVENTION

### 1. Prévention

Il sera développé dans cette partie toutes les activités liées à la prévention (conseil dépistage, PEC des infections sexuellement transmissible, Prévention de la transmission mère-enfant, sécurité transfusionnelle, prophylaxie des accidents d'exposition au sang).

#### 1.1. Conseil dépistage

Le dépistage de l'infection à VIH constitue la porte d'entrée dans la cascade de soins et de prise en charge. Au total pour toutes les stratégies et cibles confondues, 441 395 personnes ont été dépistées en 2017. La contribution de la JMS 2017 était de 7.4%.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des personnes dépistées et le taux de séropositivité selon les régions sanitaires du Togo.

*Tableau II: Répartition par région du nombre de personnes dépistées, séropositives et du taux de séropositivité*

	Nombre dépistés	Nombre positifs	Taux de séropositivité
LOME COMMUNE	70675	2980	4,22%
MARITIME	100450	4675	4,65%
PLATEAUX	92972	2110	2,27%
CENTRALE	63713	1490	2,34%
KARA	55892	1129	2,02%
SAVANES	57693	445	0,77%
TOTAL	441395	12829	2,91%

Le dépistage en stratégie fixe a été réalisé dans les différents Centres de Dépistage Volontaire (CDV), PTME, SA et Centre de Dépistage et de Traitement de tuberculose (CDT). Près de 77% des personnes dépistées sont dans la tranche d'âge de 15 à 34 ans. Les personnes dépistées séropositives représentaient 2,9% comparé à 3,3% en 2016. La majorité des cas (99,2%, n= 12729) étaient positifs au VIH1 ; 0,3% (n=38) étaient positifs au VIH2 et 0,5% (n=62) étaient positifs au VIH1&2.

La séropositivité est plus concentrée dans les régions Lomé commune et Maritime avec des taux supérieurs à la moyenne nationale.

La proportion des cas positifs par rapport aux dépistés décroît du Sud vers le Nord. *On note des taux élevés chez les personnes appartenant aux tranches d'âge de 0-14 ans et 35 ans au-delà comme l'indique les résultats du tableau ci-dessous. La même tendance a été retrouvée en 2016.*

Tableau III: Répartition par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées

Tranches d'âges	Effectif testé	Nombre de résultats reçus	Sexe masculin		Sexe Féminin	
			Positif	%	Positif	%
<1	1484	1484	46	3,1%	42	2,8%
[1-4]	4970	4968	124	2,5%	114	2,3%
[5-9]	3650	3648	63	1,7%	68	1,9%
[10-14]	12185	12185	122	1,0%	143	1,2%
[15-19]	79316	79287	58	0,1%	305	0,4%
[20-24]	99602	99579	151	0,2%	1222	1,2%
[25-34]	160888	160854	888	0,6%	3936	2,4%
[35-49]	66281	66237	1523	2,3%	2693	4,1%
[50 et+ [	13159	13153	529	4,0%	802	6,1%
<b>Total</b>	<b>441535</b>	<b>441395</b>	<b>3504</b>	<b>0,8%</b>	<b>9325</b>	<b>2,1%</b>

### 1.1.1. Campagne nationale de dépistage de l'infection à VIH

La Journée Mondiale de lutte contre le Sida (JMS) est célébrée chaque 1<sup>er</sup> décembre de l'année et est traditionnellement choisie comme évènement servant à l'organisation d'une campagne nationale de dépistage volontaire gratuit et anonyme sur toute l'étendue du territoire au Togo.

Grâce à l'appui financier et technique des différents partenaires, en 2017, cette activité a couvert l'ensemble des six régions sanitaires du pays avec un ciblage important des populations clés. Au cours de la dernière campagne 32500 personnes ont été dépistées. La séropositivité a été de 0,6% comparée à 0,9% en 2016 dans la population ciblée. La région Lomé commune a le plus fort taux de séropositivité (1,0%), suivie de la région des Plateaux (0,6%) et la majorité des séropositifs était de sexe féminin, entre 20 et 49 ans. Cette même tendance a été remarquée en 2016.

### 1.1.2. Conseil dépistage dans les CDT

La proportion des patients tuberculeux enregistrés dans les sites CDT et ayant bénéficié du test de dépistage au VIH est de 99% (2623/2633).

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



proportion de patients tuberculeux dépistés au VIH et une baisse progressive de la séropositivité.

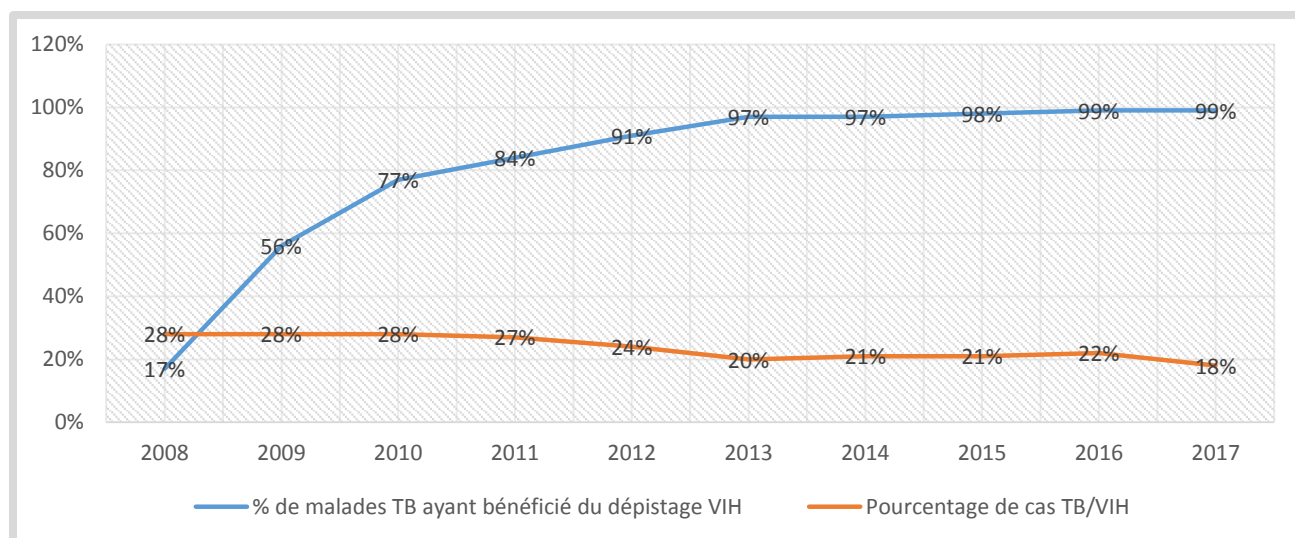


Figure 1 : Evolution du dépistage du VIH chez les malades TB de 2008 à 2017

### 1.1.3. Conseil dépistage dans les SA

Le conseil et dépistage du VIH a été offert aux populations clés dans les services adaptés en stratégie fixe, en stratégie mobile, au cours des différentes campagnes festives et lors de la Journée Mondiale du SIDA (JMS). Il a touché 15040 populations clés.

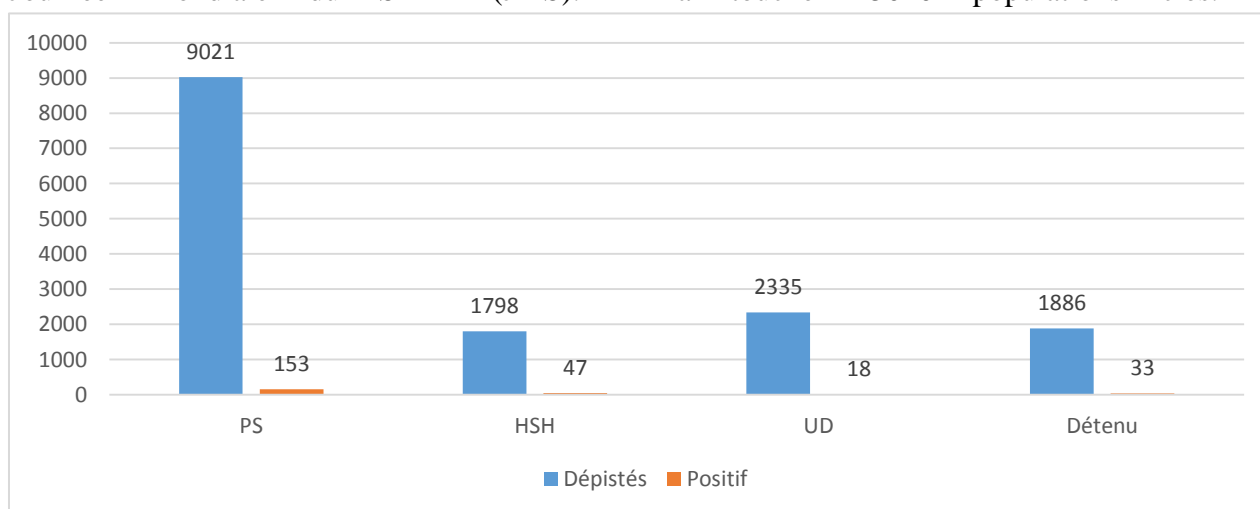


Figure 2 : Dépistage du VIH chez les populations clés

L'utilisation systématique d'un identifiant unique dans l'offre de service de dépistage auprès des populations en routine doit être amélioré pour éviter le double comptage des populations clés.

## 1.2. Infections sexuellement transmissible (IST)

La prise en charge des IST se fait par l'approche syndromique selon les recommandations de l'OMS. Des services adaptés (SA) publics ou organisations de la société civile (OSC) sont mis en place à l'endroit des populations clés qui constituent « le groupe noyau » de transmissions du VIH. Ces services adaptés offrent le paquet minimum d'activités à savoir :

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

### 1.2.1. Dépistage et traitement des IST dans la population générale

Au total 78 194 cas d'IST ont été traités en 2017 dans les structures sanitaires contre 55 522 en 2016. Les patients de sexe féminin représentaient plus de 85% des cas d'IST traités contre 84% en 2016. Les adolescents (15-24 ans) représentent 41,9% (27944/66769) de tous les cas d'IST enregistrés contre 40% en 2016.

Dans l'ensemble, les résultats montrent l'augmentation de la fréquence des IST chez les sujets sexuellement actifs (15-49 ans). La même tendance a été remarquée en 2016.

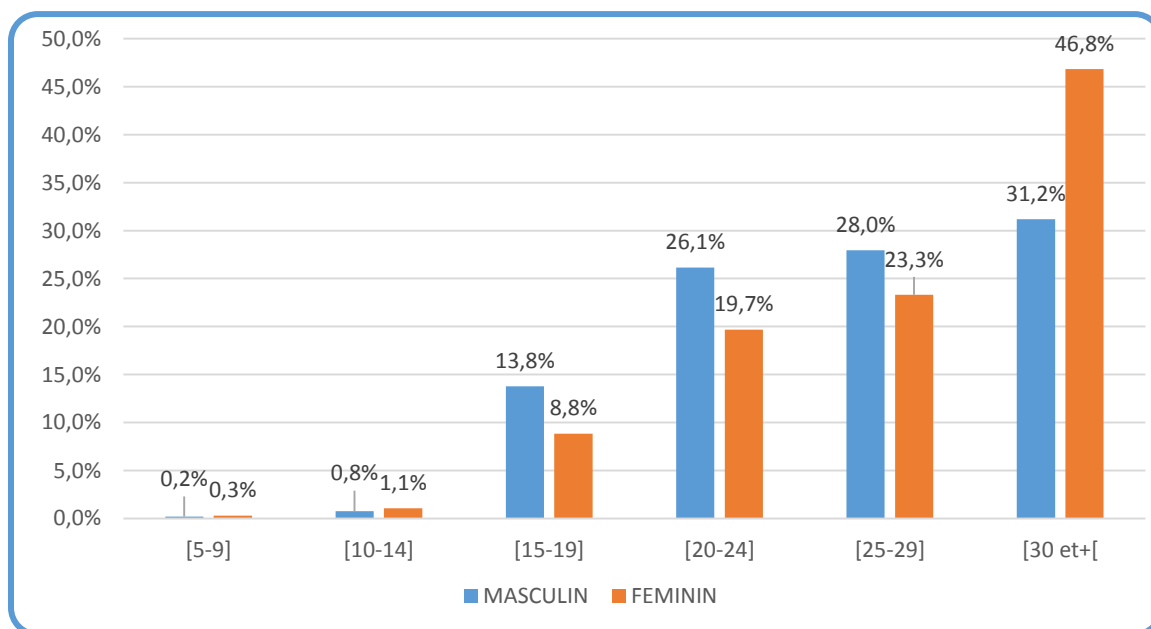


Figure 3 : Répartition des cas d'IST par tranches d'âge et par sexe

Tout comme les années précédentes, le syndrome le plus fréquent constitue les écoulements vaginaux (65,9%), suivies des douleurs abdominales basses et des écoulements urétraux comme le montre la figure ci-dessous.

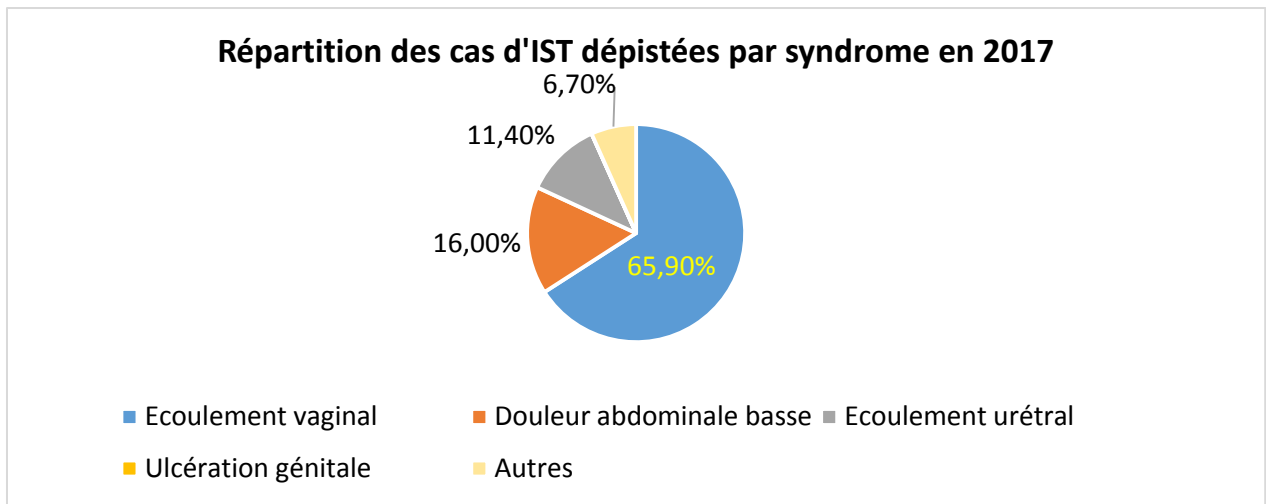


Figure 4 : Répartition des cas d'IST dépistées par syndrome en 2017

La région maritime (29983 cas) venait en tête des cas d'IST diagnostiqués et traités. Cette même tendance a été observée chez les partenaires sexuels traités et notifiés dans cette région comme l'illustre le graphique ci-dessous. Les mêmes tendances ont été trouvées en 2016.

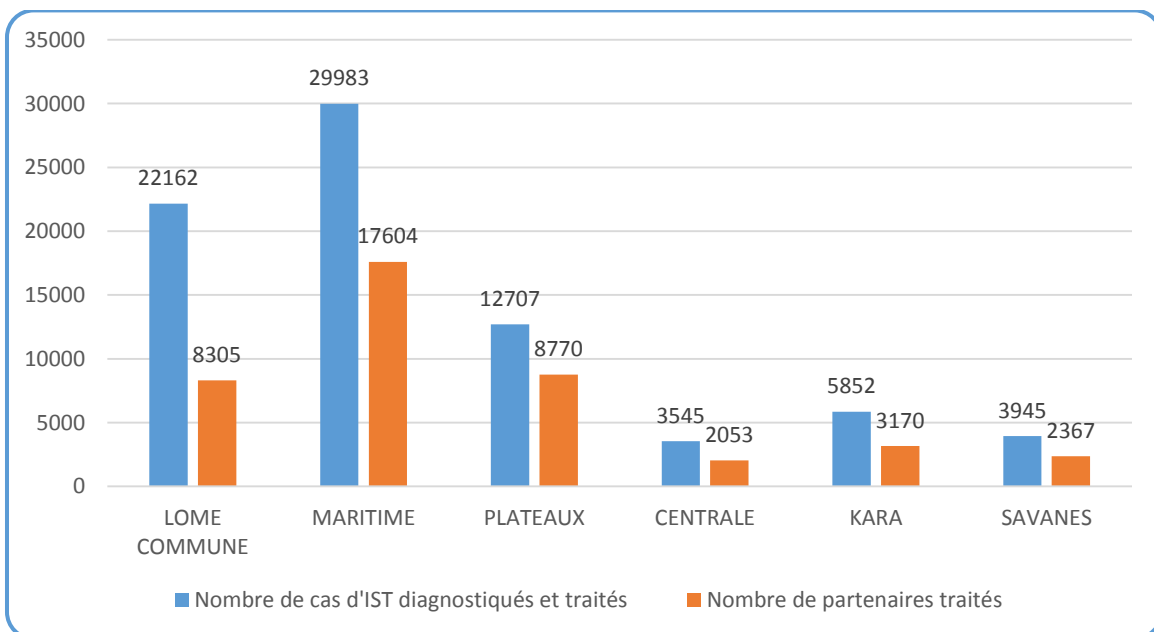


Figure 5 : répartition des cas d'IST et des partenaires traités par région

### 1.2.2. Dépistage et traitement des IST auprès des populations clés dans les SA

La prise en charge des IST chez les populations clés se fait dans les services adaptés (SA). En 2017, quarante (40) sur quarante un (41) sites ont rapporté au moins une fois au cours de l'année. Il y a également les prisons civiles qui ont offert des services aux Détenus.

Le graphique ci-dessous illustre les cas d'IST diagnostiqués et traités en 2017 au sein des différentes populations clés.

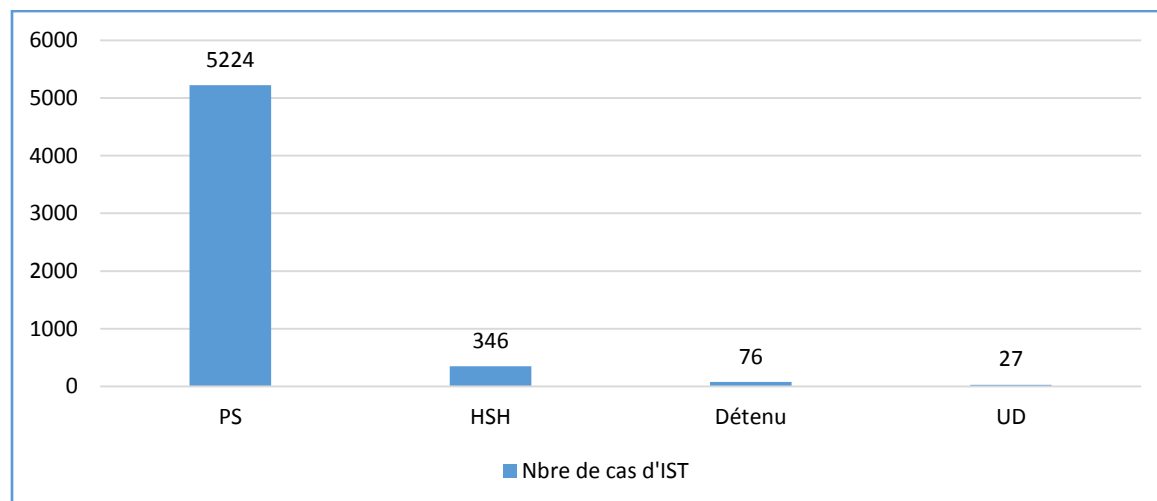


Figure 6 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé

D'après ce graphique, les PS constituent la population clé chez qui les IST ont été plus notifiées. La même tendance a été observée en 2016

### 1.3. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est l'une des interventions prioritaires de la réponse nationale à l'infection à VIH. La mise en œuvre des interventions s'est faite selon les quatre composantes recommandées que sont :

- La prévention primaire de l'infection à VIH ;
- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ;
- Les interventions spécifiques pour réduire le risque TME ;
- Les soins soutien et traitement des femmes enceintes séropositives de leurs enfants et de leurs familles.

Le paquet de services offerts comporte :

- Le conseil-dépistage des femmes enceintes, de leurs partenaires et de leurs enfants ;
- Le conseil-dépistage des femmes en âge de procréer ;
- L'éducation thérapeutique ;
- Le Traitement ARV des femmes enceintes/ mères séropositives ;

- Le suivi médical et biologique des femmes enceintes /mères séropositives ;
- La prophylaxie antirétrovirale et au Cotrimoxazole chez les enfants exposés ;
- Le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés ;
- La confirmation du statut sérologique de l'enfant.

### 1.3.1. Couverture géographique des sites PTME

L'intégration de la PTME a été faite en 2017 essentiellement dans les structures privées des régions Lomé commune, Maritime et Plateaux. Ainsi le nombre de sites PTME est passé de 746 à 783 portant la couverture géographique à 75,8% (d= 1038<sup>2</sup>) comme l'indique le graphique ci-dessous.

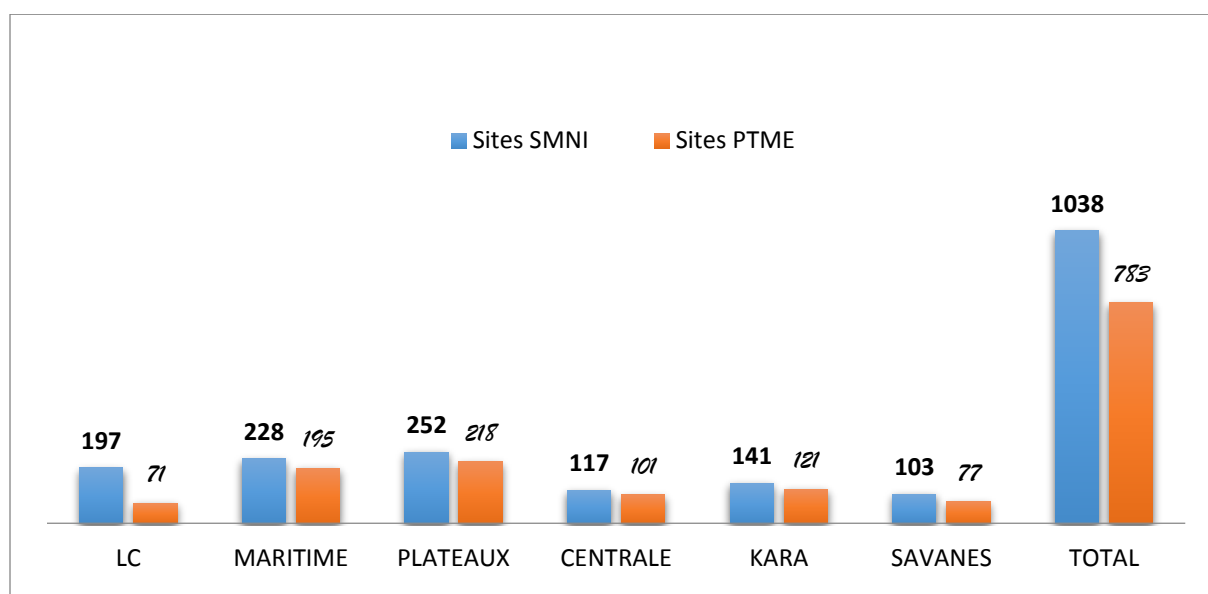


Figure 7 : Répartition du nombre de sites de PTME par région

En dépit de la création de nouveaux sites PTME surtout privé (37) en 2017, la couverture géographique des sites de PTME reste toujours très faible dans la région Lomé commune qui a le grand nombre de structures privées installées de façon officielle ou pas. D'où la nécessité de poursuivre les efforts d'intégration des services PTME dans ces structures.

### 1.3.2. Prévention primaire de l'infection à VIH

En matière de prévention primaire, il a été mise en œuvre essentiellement des activités de conseil dépistage du VIH et de communication.

Le conseil dépistage a été offert aux femmes enceintes et leurs partenaires sexuels, aux autres femmes en âge de procréer et aux enfants de 0 à 5 ans. Cette offre a permis de dépister 17% (307103/ 1 852 475) des femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont 182 236 femmes

<sup>2</sup> Source : cartographie des formations sanitaires du Togo en 2016, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

enceintes. Parmi ces dernières, 181 974 soit 56% ont connu leur statut sérologique à l'égard du VIH à l'échelle nationale.

Cette situation est due en partie aux occasions manquées et la réticence de certaines femmes. Il s'avère nécessaire d'améliorer d'une part le système d'approvisionnement des sites en convoyant les intrants au niveau des districts et d'autre part en renforçant la couverture géographique des sites de PTME surtout privés et le partenariat secteur public et secteur privé pour la compilation de toutes les données sanitaires du secteur privé.

Concernant les partenaires des femmes enceintes, 24 417 ont réalisé leur test de dépistage du VIH soit une proportion de 13,4% des femmes enceintes dépistées et 7,4% des femmes enceintes attendues. La majorité de ces partenaires (96%) sont ceux des femmes séronégatives avec une séropositivité de 1,4% (349/23 523). Ce résultat traduit l'existence du risque de transmission du VIH aux femmes enceintes séronégatives par leurs partenaires infectés. Ainsi, le renforcement du conseil de soutien et le renouvellement du test de dépistage à ces femmes doivent constituer nos moyens de protection pour l'éviction d'une transmission mère enfant.

Le dépistage des enfants de 0 à 5 ans a permis de tester 6377 enfants de femmes aussi bien positives que négatives au VIH avec une séropositivité de 3.6%.

En vue d'améliorer l'utilisation des services de consultation prénatale qui constituent la porte d'entrée pour la PTME au premier trimestre de grossesse, des T-Shirts et Sacs vecteurs de message de sensibilisation ont été confectionnés pour les femmes enceintes et leurs partenaires. Au Total 4 140 T-shirts et Sacs ont été mise à la disposition des sites. Mais seulement 1 828 T-shirts et 732 sacs ont pu être distribués de Mai 2017 à Mars 2018. Ceci n'est que le reflet de la faible proportion de femmes enceintes consultant au premier trimestre de grossesses (28% EDST III).

### **1.3.3. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives**

Dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées, 5161 mères séropositives ont bénéficié des conseils sur la Planification Familiale et 760 ont adopté une méthode contraceptive. Pour la double protection, 7183 préservatifs ont été distribués aux femmes accouchées séropositives.

Les ONG de PEC des PVVIH formées pour l'offre des prestations de PF sont toutes fonctionnelles. Leurs activités ont permis à 648 femmes séropositives d'adopter une méthode contraceptive pour éviter les grossesses non désirées soit un total de 1408 femmes ayant prévenu les grossesses non désirées sur le plan national. Toutefois, la traçabilité des femmes séropositives n'est pas encore effective dans toutes les unités de PF des formations sanitaires.

### **1.3.4. Interventions spécifiques visant à réduire la TME**

Les interventions spécifiques regroupent le traitement et la prophylaxie ARV, les mesures obstétricales à moindre risque et l'alimentation du nourrisson exposé.

Il a été enregistré dans les 783 sites de PTME, 3 988 femmes enceintes séropositives dont 2 872 nouvellement dépistées. Parmi les femmes enceintes séropositives 1 116 étaient sous traitement

ARV avant la grossesse et 2783 ont fait leur initiation pendant la grossesse soit un total de 3899 femmes enceintes ayant reçu les ARV pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

La proportion de femmes enceintes ayant reçu les TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2017 est de 66% (3899 /5900).

Parmi les 3 988 femmes enceintes séropositives enregistrées, 2 981 soit 75% ont accouché sur les sites donnant naissance à 3 138 nourrissons exposés vivants. Des actions doivent être menées dans la communauté pour tracer ce gap de femmes séropositives dépistées. Par ailleurs la majorité des accouchements ont été faits par voie basse et l'allaitement maternel a été l'option d'alimentation choisie chez plus de 90% des femmes. L'écart entre ces deux chiffres peut s'expliquer par les gémellités.

Pour réduire les infections pédiatriques, la prophylaxie ARV a été administré à 3 074 nourrissons exposés soit une proportion de 98%.

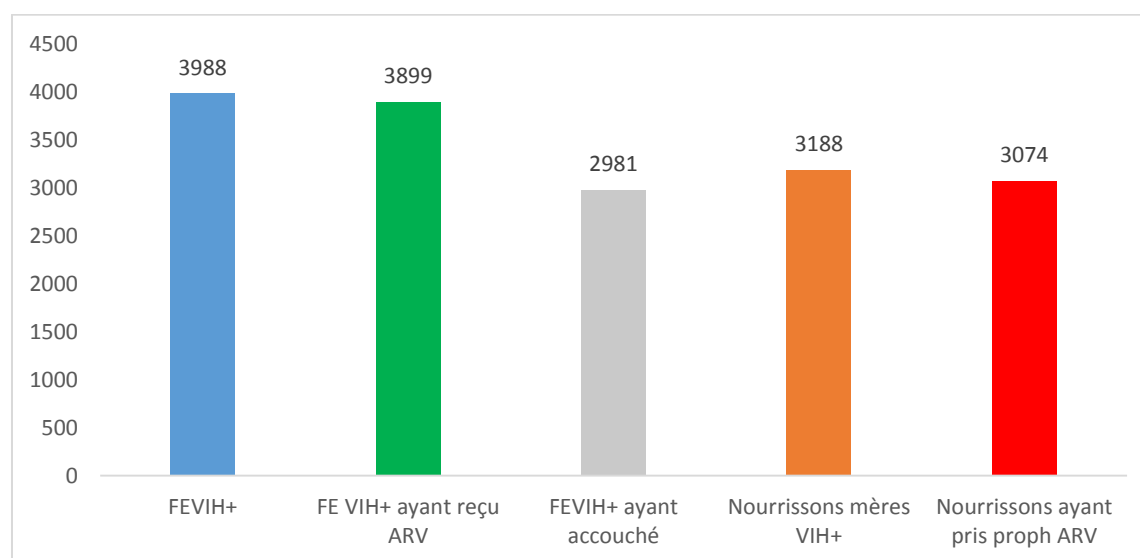


Figure 8 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2017

### 1.3.5. Diagnostic de l'infection à VIH chez les enfants exposés

Les enfants exposés au VIH bénéficient obligatoirement de trois types de diagnostic : le diagnostic précoce, le diagnostic intermédiaire à 9 mois et le diagnostic de confirmation à 18 mois qui permettent de déterminer leur statut face au VIH.

#### 1.3.5.1. Diagnostic précoce

Deux types de diagnostic précoce sont réalisés : le premier entre 6 et 8 semaines d'âge (PCR1) et le second à 9 mois d'âge en cas de sérologie positive (PCR2).

Tableau IV: Répartition régionale des enfants exposés ayant réalisé le diagnostic

*Précoce et ceux dont les résultats sont positifs*

	≤2 mois	]2 - 4 mois]	]4 - 6 mois]	]6 - 12 mois]	>12 mois	NR	Total général
<b>Lomé commune</b>	<b>593</b>	<b>113</b>	<b>14</b>	<b>34</b>	<b>4</b>	<b>27</b>	<b>785</b>
<b>Positif</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>		<b>2</b>	<b>38</b>
<b>%</b>	<b>4,4%</b>	<b>3,5%</b>	<b>7,1%</b>	<b>14,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>7,4%</b>	<b>4,8%</b>
<b>Maritime</b>	<b>710</b>	<b>104</b>	<b>29</b>	<b>55</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>940</b>
<b>Positif</b>	<b>26</b>	<b>5</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>37</b>
<b>%</b>	<b>3,7%</b>	<b>4,8%</b>	<b>0,0%</b>	<b>1,8%</b>	<b>7,1%</b>	<b>14,3 %</b>	<b>3,9%</b>
<b>Plateaux</b>	<b>288</b>	<b>42</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>365</b>
<b>Positif</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>			<b>16</b>
<b>%</b>	<b>2,8%</b>	<b>7,1%</b>	<b>18,2%</b>	<b>27,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>4,4%</b>
<b>Centrale</b>	<b>215</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>287</b>
<b>Positif</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>3</b>	<b>16</b>
<b>%</b>	<b>4,2%</b>	<b>7,7%</b>	<b>11,1%</b>	<b>11,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>13,0 %</b>	<b>5,6%</b>
<b>Kara</b>	<b>234</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>294</b>
<b>Positif</b>	<b>6</b>				<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>%</b>	<b>2,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>20,0%</b>	<b>6,7%</b>	<b>2,7%</b>
<b>Savanes</b>	<b>78</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>96</b>
<b>Positif</b>	<b>5</b>						<b>5</b>
<b>%</b>	<b>6,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>#DIV/0 !</b>	<b>0,0%</b>	<b>5,2%</b>
<b>Total général</b>	<b>2118</b>	<b>323</b>	<b>68</b>	<b>121</b>	<b>36</b>	<b>101</b>	<b>2767</b>
<b>Positif</b>	<b>80</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>120</b>
<b>%</b>	<b>3,8%</b>	<b>4,3%</b>	<b>5,9%</b>	<b>8,3%</b>	<b>5,6%</b>	<b>9,9%</b>	<b>4,3%</b>

La couverture des enfants nés de mères séropositives tout âge confondu est de 47% (2767/5900). Celle des enfants l'ayant bénéficié à deux mois après leur naissance est de 36% (2118/5900). Sur l'ensemble des enfants ayant bénéficié de la PCR1, certains ne l'ont pas fait dans les délais requis. Les raisons peuvent être, d'une part l'insuffisance dans l'organisation des sites, la qualité du conseil post test et du suivi et les ruptures d'intrants, d'autre part les barrières socio-économiques.

La proportion de séropositivité des enfants ayant bénéficié de la PCR1 dans les 2 mois de leur naissance est de 3,8% (d= 2118) contre 4,4% (d=2767) pour l'ensemble des enfants ayant bénéficié de la PCR1. Ce résultat est supérieur à la norme de moins de 2% recommandée. Sur



le plan régional, la séropositivité est plus élevée dans la région Lomé Commune suivie de la région Maritime puis la région Centrale.

La séropositivité chez les enfants ayant bénéficié de la PCR entre 7 mois et plus est de 7,6%. Ceci confirme l'existence du risque de contamination des enfants exposés après une PCR 1 négative surtout en cas d'allaitement maternel. D'où la nécessité de renforcer le conseil de soutien et l'observance thérapeutique des mères dans ces situations.

### 1.3.5.2. Diagnostic de confirmation

Le diagnostic de confirmation qui se fait à 18 mois d'âge chez les enfants exposés a été offert à 1234 sur les 2954 nés en 2015 soit 41,7%. Cette faible proportion de réalisation du diagnostic de confirmation s'expliquerait par l'insuffisance dans la qualité du suivi.

## 1.4. Sécurité transfusionnelle

En 2017, 42 906 poches de sang ont été collectées réparties en 30747 pour le CNTS de Lomé et 12159 pour le CRTS de Sokodé. La recherche des marqueurs viraux liés au VIH a donné respectivement un taux de 0.91% de résultat positif ou douteux au CNTS de Lomé et 1.69% pour le CRTS de Sokodé.

## 1.5. Prophylaxie post exposition (AES)

La prévention de ces accidents rentre dans le cadre d'un programme de prévention globale des infections dans les structures de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En 2017, un total de 256 personnes cas d'AES ont été rapportées dont la répartition par région est la suivante.

*Tableau V : Répartition des cas d'AES par région en 2017*

	Nombre de cas d'AES
Lomé commune	159
Maritime	50
Plateaux	16
Centrale	8
Kara	14
Savanes	9
<b>National</b>	<b>265</b>

Plus de 60% des personnes victimes ont été notifiées dans la région Lomé Commune suivie de la région Maritime (20%).

## 2. Soins Soutien et Traitement

La prise en charge de l'infection à VIH constitue un des axes prioritaires du plan stratégique national de lutte contre le VIH 2016-2020. Cette prise en charge est globale et passe par des offres de soins, soutien et traitements des PVVIH à travers la prise en charge des infections opportunistes, la prise en charge par les ARV, la prise en charge psychosociale, le suivi biologique ainsi que la prise en charge des coïnfections et comorbidité.

## 2.1 Couverture géographique des structures de PEC

La mise sur pied du processus d'évaluation et d'accréditation des structures de soins pour la prise en charge médicale des PVVIH a permis d'assurer une meilleure coordination des activités et d'améliorer la qualité des services offerts. La formation des prestataires en délégation de tâches a permis l'extension des services de TAR dans les structures de soins de santé maternelle et infantile (SMNI) portant le nombre de sites de 313 en 2016 à 453 en 2017.

La répartition des sites par région selon les profils est présentée dans le tableau ci-dessous.

*Tableau VI: Répartition des sites de PECM par type de formations sanitaires*

	Publique	ONG/Association	Privée /Confessionnelle	Armée	Total général
Lomé commune	13	16	12	1	42
Maritime	88	10	16		114
Plateaux	83	6	8	1	98
Centrale	80	4	7		91
Kara	72	3	3	1	79
Savanes	23	4	1	1	29
<b>Total général</b>	<b>359</b>	<b>43</b>	<b>47</b>	<b>4</b>	<b>453</b>

La délégation de tâche est effective dans 245 structures. La stratégie prend en compte tous les aspects opérationnels de la délégation de tâches avec le paquet minimum de services selon le personnel et le type de structure. Les structures de soins de santé maternelle et infantile (SMNI) ont été progressivement accrédités en sites de Traitement antirétroviral (TAR) à vie.

## 2.2. Inscription dans les soins

En 2017, 69 466 PVVIH sont inscrites aux soins et régulièrement suivies dans les structures de prise en charge. Le tableau ci-après montre la répartition par région selon l'âge et le sexe.

Tableau VII : répartition par région des PVVIH enregistrées en 2017

	Enfants Masculin	Enfants Féminin	Adultes Masculin	Adultes Féminin	Total	%
Lomé commune	839	863	7952	18475	28129	40%
Maritime	641	676	4833	13688	19838	29%
Plateaux	259	258	2098	5330	7945	11%
Centrale	146	166	1085	3536	4933	7%
Kara	173	192	1280	3847	5492	8%
Savanes	102	122	754	2151	3129	5%
<b>National</b>	<b>2160</b>	<b>2277</b>	<b>18002</b>	<b>47027</b>	<b>69466</b>	<b>100%</b>

Suivant la répartition des PVVIH par région, environ 70% sont enregistrées dans les régions Lomé commune et Maritime. Pour espérer parvenir à l'élimination de l'infection à VIH au Togo à l'horizon 2030, les interventions à haut impact doivent être concentrées dans ces deux régions.

### 2.3. Prise en charge des IO

#### 2.3.1. Diagnostic et traitement des IO

Le diagnostic et le traitement des infections opportunistes sont essentiellement basées sur l'approche syndromique à l'aide d'algorithme et du guide de prise en charge médicale des PVVIH. Les différents cas d'infections opportunistes fréquemment enregistrés chez les PVVIH adultes et enfants sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau VIII : Répartition par âge du nombre de cas d'IO diagnostiqué

	Nombre de cas		Total
	Enfants (0 à 14 ans	15 ans et +	
Candidose (œsophagienne, buccale,...)	395	2 058	2 453
Zona	29	281	310
Toxoplasme	25	142	167
Tuberculose	16	170	186
Cryptococcose (neuro-méningée,...)	5	41	46
Kaposi	0	19	19
Autres IO	405	2 596	3 001
<b>Total des cas d'infections opportunistes</b>	<b>875</b>	<b>5 307</b>	<b>6 182</b>

### 2.3.2. Prophylaxie au cotrimoxazole

La prévention des infections opportunistes comme la toxoplasmose, la pneumocystose, l'isosporese est assurée par l'administration du cotrimoxazole. En 2017, 26 006 patients sous ARV ont bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole.

### 2.4. Inclusion des PVVIH sous TARV

Comme l'indique les données du tableau ci-dessous, le nombre de PVVIH ayant démarré le traitement antirétroviral en 2017 est de 9866 soit une inclusion mensuelle de 800 patients.

Tableau IX : Répartition des inclusions par région

	Enfants Masculin	Enfants Féminin	Adultes Masculin	Adultes Féminin	PTME	Total	%
Lomé commune	87	83	765	1452	596	2983	30%
Maritime	111	112	655	1278	1154	3310	34%
Plateaux	47	66	313	731	472	1629	17%
Centrale	22	33	151	364	253	823	8%
Kara	25	31	164	393	211	824	8%
Savanes	4	3	60	133	97	297	3%
<b>National</b>	<b>296</b>	<b>328</b>	<b>2108</b>	<b>4351</b>	<b>2783</b>	<b>9866</b>	<b>100%</b>

### 2.5. Suivi des patients sous TARV<sup>2</sup>

- Evolution du nombre de PVVIH sous ARV

L'augmentation du nombre de patients sous thérapie antirétroviral a été effective grâce à la gratuité des médicaments ARV décrétée en 2008 par le gouvernement soutenu par les partenaires techniques et financiers, la décentralisation de la dispensation ARV et l'extension des services de PTME.

Le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 7622 à 59752 entre 2007 et 2017 comme l'indique la figure ci-dessous :

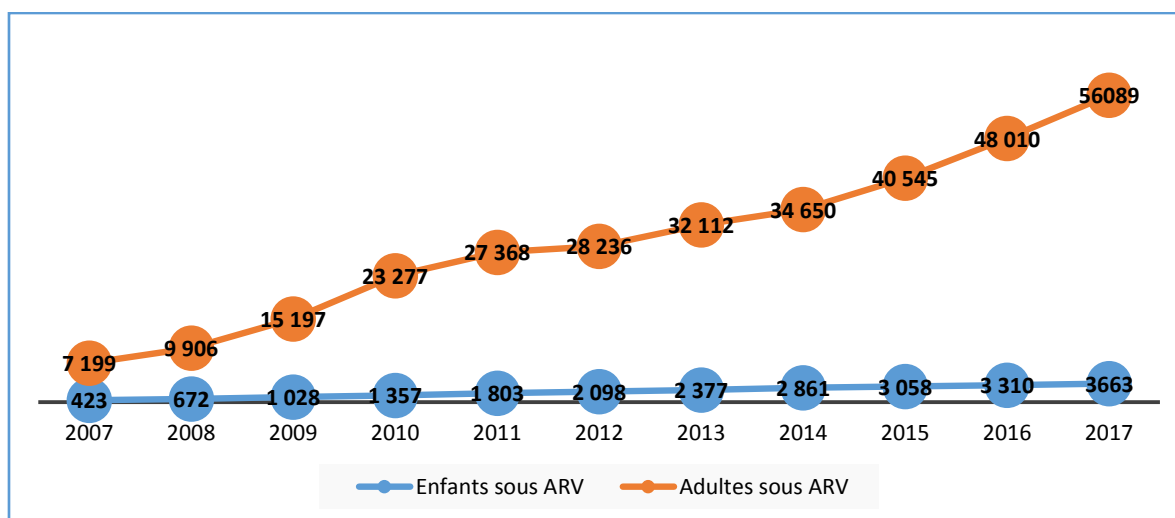


Figure 9 : Evolution par année du nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV

Suivant la répartition des PVVIH sous ARV par région, plus des 2/3 sont suivies dans Lomé commune et Maritime. Le tableau ci-dessous montre la répartition des PVVIH par région.

Tableau X: Répartition des PVVIH sous TARV par région en 2017

	Enfants		Adulte		File active PVVIH sous ARV	%
	M	F	M	F		
Lomé Commune	668	771	6 350	18 175	25 964	44%
Maritime	494	625	3 443	10 926	15 488	26%
Plateaux	212	289	1 638	5 442	7 581	13%
Centrale	82	129	741	2 810	3 762	6%
Kara	137	172	937	3 665	4 911	8%
Savanes	49	35	420	1 542	2 046	3%
<b>Total</b>	<b>1642</b>	<b>2021</b>	<b>13529</b>	<b>42560</b>	<b>59752</b>	<b>100%</b>

Suivant la répartition par sexe des PVVIH sous traitement antirétroviral, le sexe féminin représente environ 75% comme l'indique la figure ci-dessous.

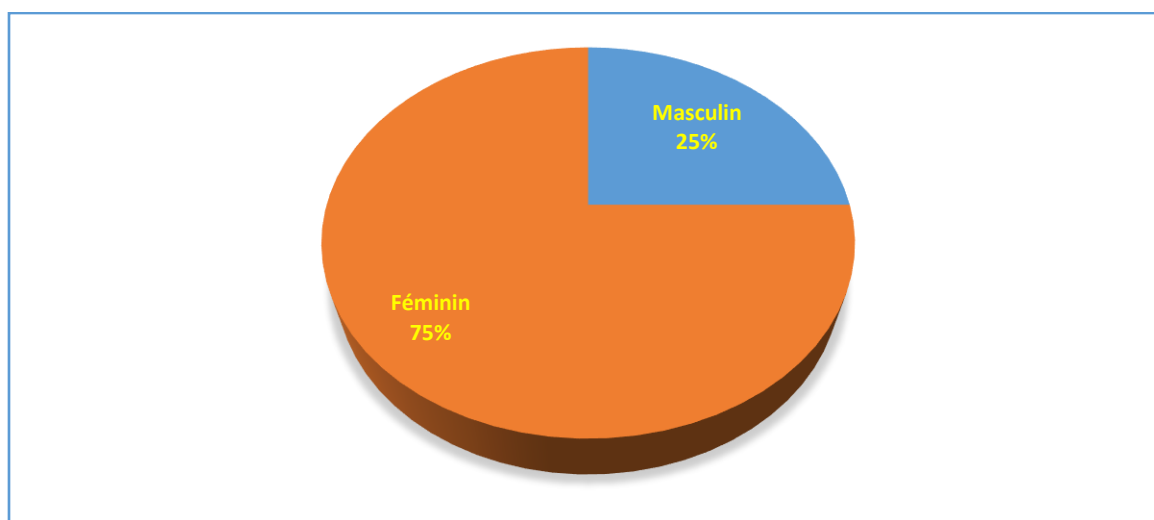


Figure 10 : Répartition par sexe des PVVIH sous ARV

La prise en charge pédiatrique est l'une des priorités dans la thérapeutique antirétrovirale. Plusieurs initiatives ont été mises sur pieds dont l'élaboration du plan d'accélération de la prise en charge du VIH chez l'enfant, l'extension des services PTME et celle du dépistage précoce du VIH à 6 semaines couplé au traitement précoce ; l'acquisition de cartes posologiques pour optimiser, le système de tutorat clinique.

Concernant la répartition par tranches d'âge des PVVIH sous ARV, les enfants (0-14 ans) représentent environ 6%.

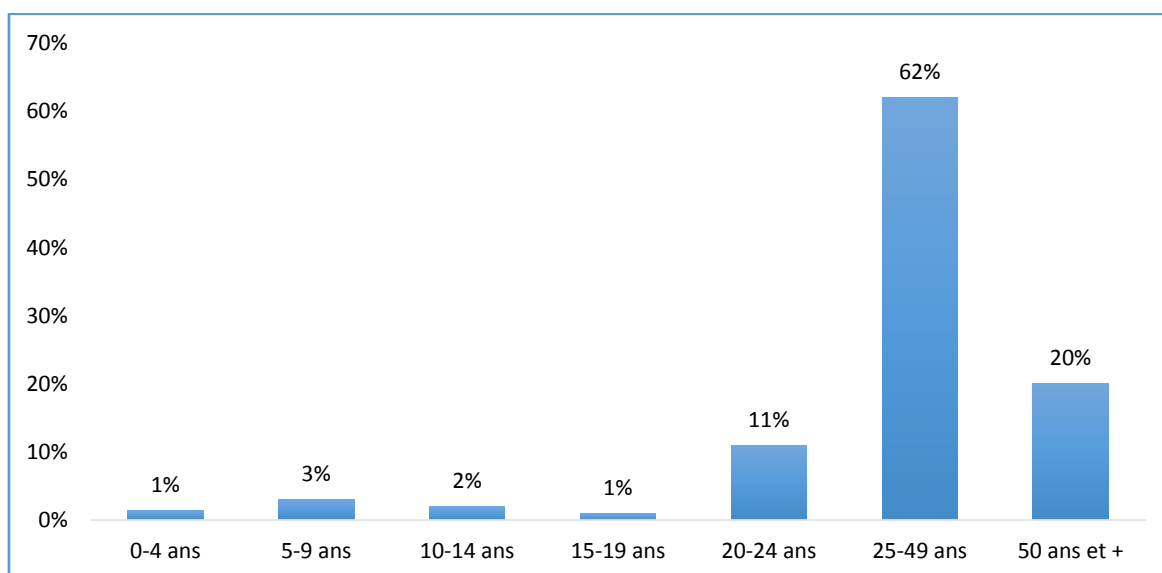


Figure 11 : répartition par tranches d'âge des PVVIH sous ARV

Sur les 59752 PVVIH sous traitement antirétroviral, on note 608 populations clés sous traitement antirétroviral. Comme l'indique les résultats de la figure ci-dessous, sur les 608 sous traitement antirétroviral, les PS représentent 66% et les HSH 31%.

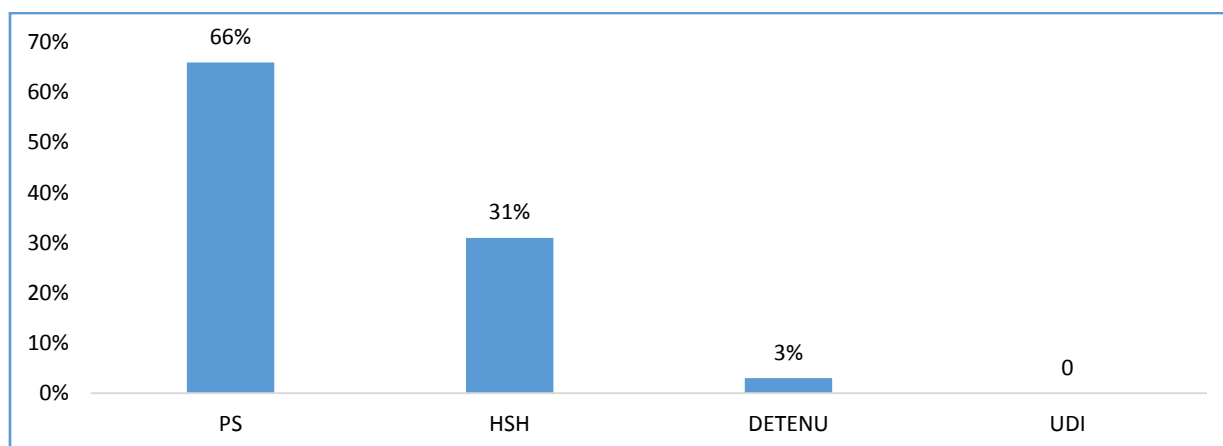


Figure 12 : Répartition des PVVIH sous ARV par type de population clé

La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV est montrée par le tableau suivant :

Tableau XI: Répartition des PVVIH sous ARV par ligne thérapeutique

	Effectif	Pourcentage
<b>1ère ligne</b>	<b>54428</b>	<b>91,1</b>
<b>2ème ligne</b>	<b>5 282</b>	<b>8,8</b>
<b>3ème ligne</b>	<b>42</b>	<b>0,0</b>
<b>Total</b>	<b>59 752</b>	<b>100,0</b>

Le protocole le plus prescrit en 1<sup>ère</sup> ligne chez les adultes est le Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz qui représente 83% (48133/56089) suivi de Duovir/Névirapine 4% (2316/56089)

Quant à la 2<sup>ème</sup> ligne, le Tenofovir/Lamivudine+Atazanavir/Ritonavir représente 64% (3386/5282).

Le protocole de 3<sup>ème</sup> ligne est le Tenofovir/Lamivudine+Darunavir+Raltégravir+Ritonavir qui représente 71.42% (30/42).

## 2.6. Rétention sous ARV des PVVIH

Suivant les résultats de l'étude sur les indicateurs d'alerte précoce (IAP) réalisée en 2017, la rétention des PVVIH sous traitement antirétroviral 12 mois après l'initiation du traitement est de 91%. La réalisation des séances d'éducation thérapeutique, des visites à domicile et autres activités psychosociales réalisées par les médiateurs sont à l'actif de ce résultat.

Par rapport à la norme requise par l'OMS, la performance pour cet indicateur est excellente dans toutes les régions sanitaires comme on peut le constater sur les figures ci-dessous :

Tableau XII : Normes de la performance de la rétention des PVVIH sous TAR selon l'OMS

Rouge	<75% de rétention après 12 mois de TAR ;
Jaune	75–85% de rétention après 12 mois de TAR ;
Vert	>85% de rétention après 12 mois de TAR

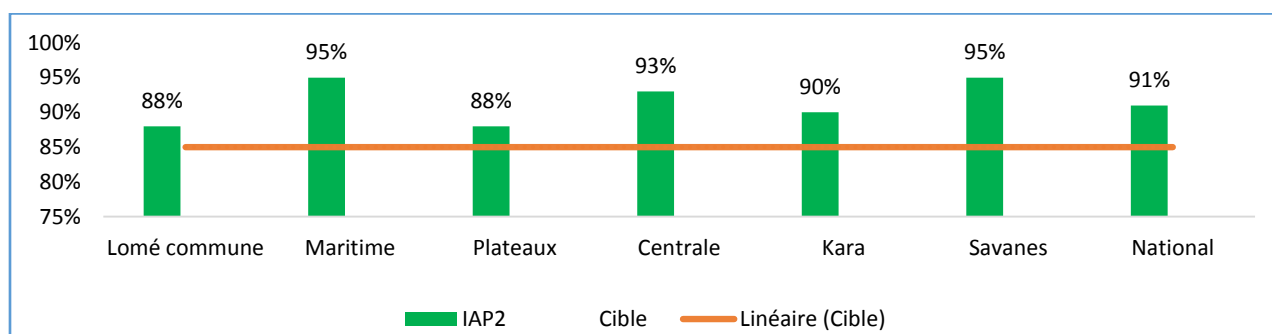


Figure 13 : Résultats de la rétention des PVVIH sous ARV

## 2.7. Prise en charge des co-infectés VIH/TB

Les cas de co-infection TB/VIH sont notifiés aussi bien par les centres de prise en charge médicale des PVVIH que par les Centres de Diagnostic et Traitement de la Tuberculose (CDT). Les patients sont référés des CDT vers les centres de PECM des PVVIH pour la mise sous ARV et vice-versa. Il faut noter que les CDT sont pour la plupart au sein des hôpitaux de district. Par conséquent pour faciliter l'accès au diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH et améliorer le suivi des patients co-infectés, l'identification des cas de notification est documentée à travers la notification systématique à chaque page de visite du dossier de prise en charge médicale du PVVIH. Ce qui permet d'identifier les cas suspects pour une confirmation par des examens bactériologiques.

En 2017, au total, 37 983 PVVIH enregistrées et suivies sur 69466 soit 55% ont bénéficié de la recherche active de la TB. Parmi ces PVVIH, 241 étaient diagnostiquées co-infectées dont la répartition par région est la suivante :



Tableau XII: Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée

	Enfants	Adultes
Lomé Commune	5	91
Maritime	4	48
Plateaux	4	25
Centrale	0	32
Kara	1	24
Savanes	0	7
<b>National</b>	<b>14</b>	<b>227</b>

En terme de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH, il existe un cadre de collaboration formalisé entre les deux programmes par un arrêté ministériel depuis 2007 (N° 0061/2007/MS/DGS/DSSP) avec mise en place d'un comité national et ses démembrements régionaux. Une convention de collaboration a été également signée entre les deux programmes au cours de la même année.

En 2017, 2623 tuberculeux toutes formes confondues ont bénéficiés du test de dépistage sur 2633 tuberculeux toute forme confondues soit 99% des patients tuberculeux ont bénéficié du dépistage du VIH et le taux de séropositivité au VIH chez ces patients tuberculeux était de 18%.

#### ✓ Résultats de traitement

Au cours de l'année 2017, 98% des patients co-infectés TB/VIH ont été mis sous Cotrimoxazole (cohorte 2016) contre 99% pour la cohorte 2015. S'agissant de la mise sous ARV, 98 % des patients co-infectés TB-VIH ont été mis sous ARV tant en 2017 (cohorte 2016) qu'en 2016 (cohorte 2015).

## 2.8. Prise en charge de la co-infection VIH/Hépatites et autre comorbidités

En dehors de la co-infection VIH/TB, on note une insuffisance de mécanisme de prévention et de prise en charge des autres comorbidités notamment pour les co-infections VIH/VHB ou VHC. Des données parcellaires montrent une prévalence de 10 % de co-infection VIH/VHB dans la région à forte prévalence du VIH (Lomé commune). Il n'existe pas de données sur la prévalence nationale des Hépatites en général et plus particulièrement chez les PVVIH. On note également l'absence d'un cadre légal de plaidoyer tel qu'un programme spécifique de lutte contre les hépatites virales.

## 2.9. Suivi biologique des PVVIH

### 2.9.1. Bilans du suivi biologique

Dans le cadre de la subvention du Fonds mondial, la réalisation des bilans de suivi biologique a été rendue gratuite à tous les patients sous ARV. Au total 22 nouveaux laboratoires ont été accrédités en 2017 portant le nombre à 61 pour la réalisation des examens de suivi biologique.

Au total, 31835 PVVIH ont bénéficié des bilans biologiques gratuits dont 4667 pour le bilan pré thérapeutique et 27168 pour le bilan de suivi biologique sur 59752 sous traitement antirétroviral.

Le bilan pré thérapeutique réalisé chez les 4667 PVVIH a permis aux prescripteurs d'ARV de savoir quelle association thérapeutique irait le mieux à ces patients. Une analyse a été faite à partir de cette base de données après apurement.

Les résultats du dosage du taux d'hémoglobine ont permis de classer les PVVIH en patients :

- Sans anémie chaque fois que ce taux est supérieur ou égal à 12g/ dl chez les femmes et 13g/dl chez les hommes
- Anémie pouvant prendre AZT chaque fois quand ce taux est compris entre 12g/ dl et 7,5 g/dl chez les femmes puis entre 13g/dl et 7,5 g/dl chez les hommes
- Anémie avec contre-indication de l'AZT inférieur ou égal à 7,5 g/dl

Les résultats du dosage de l'alanine amino-transférase (ALAT) en UI ont permis de classer les PVVIH en patients :

- ALAT normales si  $ALAT \leq 35$  UI
- ALAT anormale  $> 35$  UI
- Probable hépatite active  $> 4$  fois 35 UI

Les résultats du dosage Créatininémie en mg/ L ont permis de classer les PVVIH en patients :

- Absence d'insuffisance rénale si la créatininémie  $\leq 13$  mg/ L
- Insuffisance rénale contre-indiquant TDF créatininémie  $> 13$  mg/ L

L'analyse des résultats du bilan pré thérapeutique a montré que plus de 80% des patients ne présentaient pas de contre-indications à l'utilisation des molécules d'AZT et TDF. Par ailleurs, environ 2% de patients avaient une contre-indication à la fois AZT et TDF comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau XIII: Répartition des PVVIH selon les résultats de leur bilan pré thérapeutique

	Effectif (n= 4548 )	Pourcentage (%)
<b>Taux d'hémoglobine</b>		
Anémie AZT possible (TH<12 pour F et 13 pour M)	3231	71,00
Anémie contre-indiquant AZT (TH≤ 7,5)	375	8,20
Pas d'anémie	942	21,50
<b>Alanine amino-transférase (ALAT)</b>		
ALAT normale	3496	76,9%
ALAT anormale	1032	22,7%
Probable Hépatite active (ALAT≥ fois la normale)	20	0,4%
<b>Créatininémie</b>		
Absence d'insuffisance rénale (créat ≤ 13)	4116	90,50%
Insuffisance rénale contre-indiquant TDF (créat >13)	432	9,50%
<b>Synthèse</b>		
Anémie contre indiquant AZT seul	297	6,53%
Hépatite active possible et IR	2	0,04%
IR uniquement	352	7,74%
Peut tout prendre	3801	83,58%
Probable HA active seul	18	0,40%
Probable IRC AZT ET TDF NON	78	1,71%

Concernant le comptage des lymphocytes T-CD4, 24 955 PVVIH ont bénéficié de cet examen dont 20372 sous ARV. **L'annexe 1** présente la cartographie des équipements de comptage des LTCD4+.

### 2.9.2. Mesure de la charge virale

. En 2017, 7355 PVVIH ont bénéficié de la charge virale soit une couverture de 14% (D = 51320).

En 2017, deux nouveaux laboratoires de mesure de la charge virale ont été installés à Dapaong et Kpalimé portant à quatre (4) le total de laboratoires opérationnels offrant cet examen dans le pays.

Tableau XIII: Répartition par région de la couverture de la charge virale

	PVVIH ayant bénéficié CV	File active sous ARV	Couverture charge virale
Lomé Commune	4799	23 769	20%
Maritime	1150	13 284	9%
Plateaux	449	5 787	8%
Centrale	118	2 957	4%
Kara	797	3 992	20%
Savanes	42	1 531	3%
<b>National</b>	<b>7355</b>	<b>51 320</b>	<b>14%</b>

Le taux de succès thérapeutique chez les PVVIH ayant bénéficié de la charge virale c'est-à-dire la proportion de patients dont la charge virale est inférieure à 1000 copies/ml est de 79% (n= 5801).

La figure ci-dessous illustre les résultats par tranche d'âge des PVVIH ayant une CV supprimée.

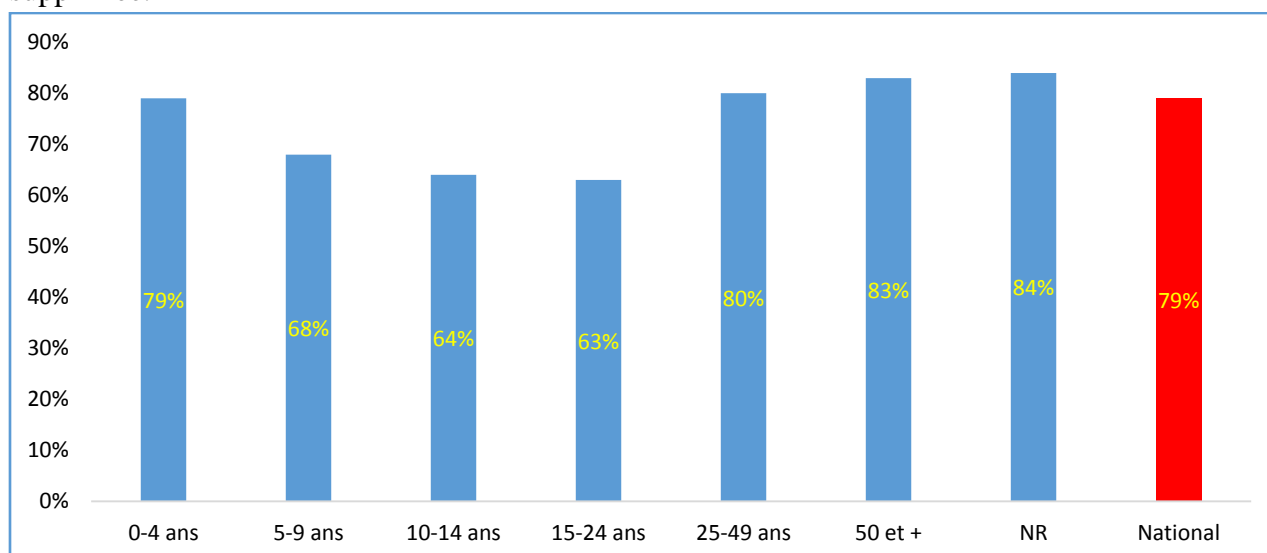


Figure 14: Répartition par tranches d'âge la proportion des PVVIH ayant CV supprimée

L'annexe 2 du présent rapport présente la cartographie de mesure de la charge virale.

### 2.10. Cascade de dépistage et de traitement et les résultats des 3x90

Les différents résultats obtenus en 2017 concernant le nombre de PVVIH estimé (105000), le nombre de PVVIH suivies dans les centres de prise en charge (69466, le nombre de PVVIH sous ARV (59752) et celui des PVVIH ayant une charge virale supprimée (5801) ont permis de faire l'analyse de la cascade de dépistage, de traitement et par la même occasion le niveau d'atteinte avec les gaps à combler par rapports à l'ensemble des PVVIH et aux cibles des 3X90 à l'horizon 2020.

Vu que tous les patients sous traitement ARV n'ont pas bénéficié de la charge virale, une extrapolation a été faite pour le calcul de la cascade sur la suppression de la charge virale. Connaissant le nombre de PVVIH sous ARV ayant bénéficié de la CV (7355) et celui de ceux

ayant supprimé (**5801**), le pourcentage obtenu 79% (**5801/7355**) a été appliqué sur l'ensemble des PVVIH sous ARV qui devraient bénéficier de la CV.

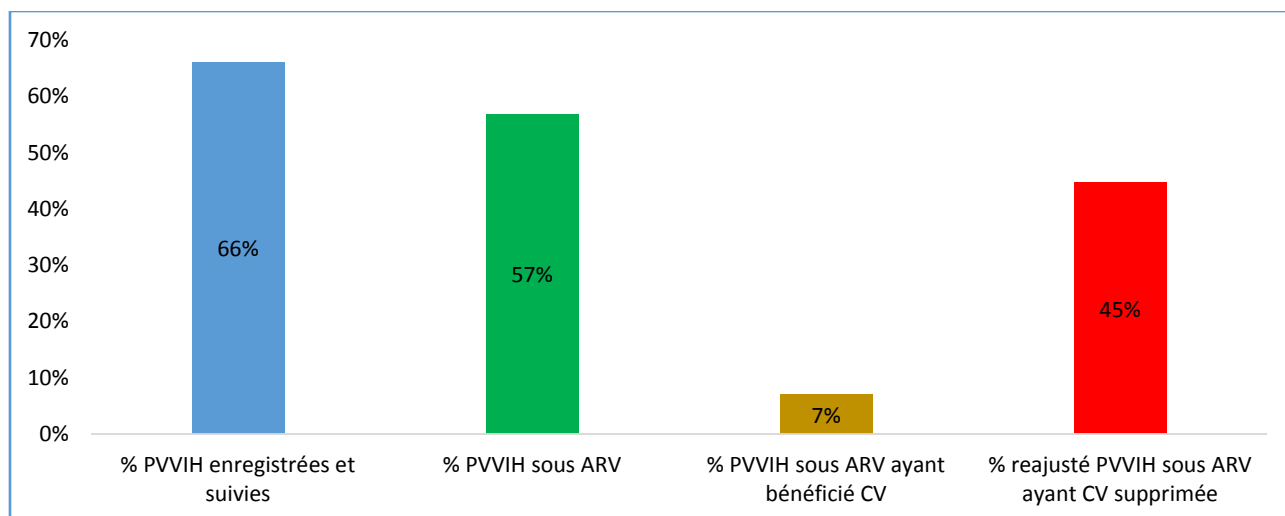


Figure 15 : Cascade de dépistage et de traitement chez les PVVIH

#### Cascade de dépistage et de traitement chez les enfants

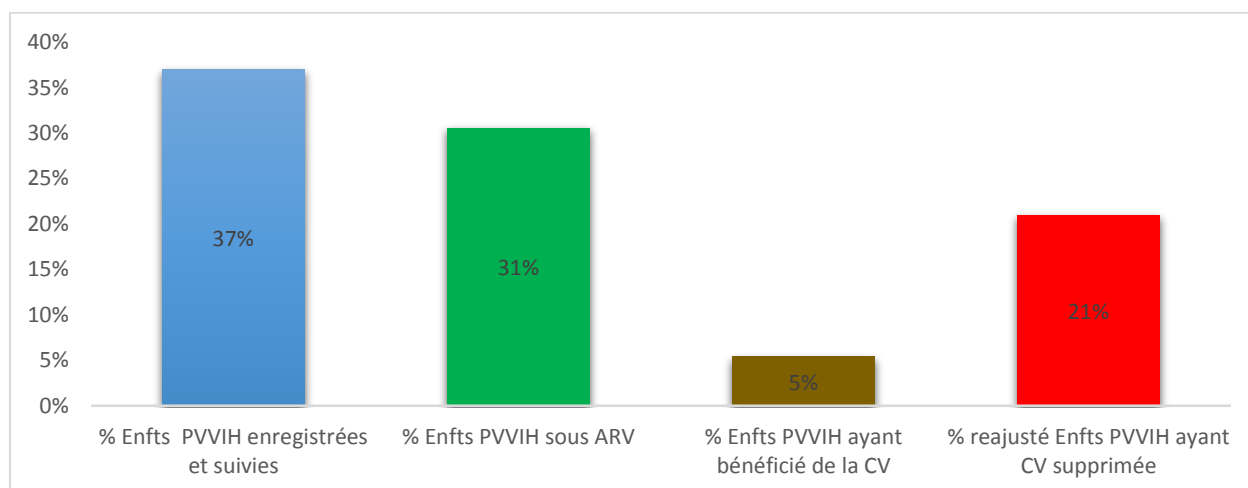


Figure 16 : Cascade de dépistage et de traitement chez les enfants VIH+

Le graphique ci-dessous montre les résultats des 3X90 au Togo en 2017.

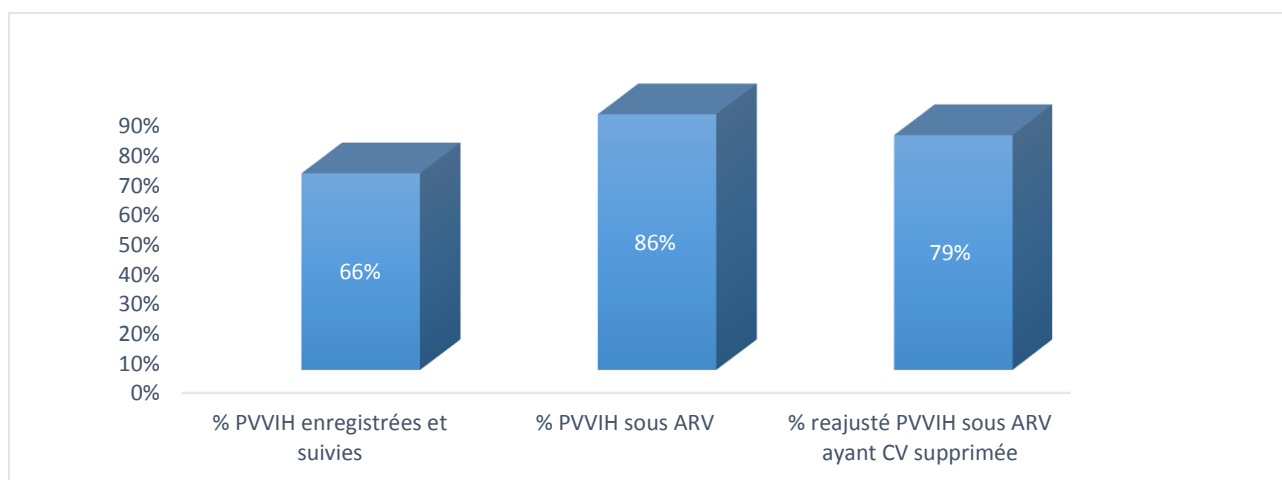


Figure 17: Résultats des 3x90 en 2017 au Togo

### 2.11. Prise en charge psychosociale des PVVIH

Les activités de soutien et d'appui aux PVVIH sont organisées par les structures associatives, ONG et les structures confessionnelles. Certaines d'entre elles offrent tout le paquet intégré à savoir : la prise en charge psychosociale, la prise en charge nutritionnelle, le soutien pour les activités économiques et d'indépendance, la prise en charge des OEV et des veuves grâce à l'appui des partenaires. L'organisation pratique des activités se résume à : des consultations psychologiques, les groupes de parole, des VAD, des groupes d'entraide, de médiations familiales etc. Ces activités sont réalisées par le personnel du centre, les volontaires communautaires et même les PVVIH.

La faiblesse de la Prise en charge psychosociale dans les structures sanitaires publiques est due le plus souvent à l'absence de psychologue ou de conseillers psychosociaux. Lorsqu'un psychologue est disponible, ce dernier a la charge de tous les patients souffrant de troubles psychologiques et pas seulement de PVVIH.

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

### 2.12. Activités de renforcement de capacité

#### 2.12.1. Formation et ateliers de coordination des activités

En matière de prise en charge médicale, les activités de renforcement de capacités menées par le programme en 2017 ont été entre autres ; (i) la formation des prestataires en délégation de tâches ; (ii) la formation des points focaux sur le coaching dans le cadre de la délégation de tâche (iii) la tenue de l'atelier de coordination des activités pour le suivi sous TAR du couple mère et enfant avec les points focaux.

#### 2.12.2. Supervision

Les activités de suivi/supervision dans le cadre de la prise en charge et du soutien au traitement ont été essentiellement la mission de supervision des sites CDIPP et la mission d'accréditation

des nouveaux laboratoires pour le bilan biologique prenant en compte la disponibilité des appareils CD4 et l'offre des services TB.

### 3. Activités de laboratoires : contrôle qualité des tests VIH

#### 3.1. Confirmation des résultats discordants

Sept (07) principaux laboratoires du réseau ont été dotés du test 3 (INNOLIA HIVI/II score) pour confirmer les résultats discordants en respect des dispositions de l'algorithme national de dépistage VIH. Ces demandes de confirmation des résultats discordants proviennent des sites offrant le conseil et le dépistage du VIH (CD) surtout des sites PTME des districts. Le tableau suivant résume leur activité.

Tableau XV : Nombres des résultats discordants par centre

	Nombre d'échantillons reçu
CHR Dapaong	08
CHU Kara	14
CHR Sokodé	18
CHR Atakpamé	20
CHP Kpalimé	59
CHR Tsévié	00
CHU- SO	232
<b>Total</b>	<b>351</b>

#### 3.2. Contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale

En 2017, le CNR/VIH avait réalisé deux évaluations de résultats de dépistage VIH. La première lors de la campagne de dépistage de l'infection à VIH dans le cadre de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le sida du 28 novembre au 02 décembre 2017 et la deuxième concerne la mini-campagne organisée par l'ONG Compassion Internationale à l'endroit de 7 églises dans le district de Yoto.

Les objectifs de cette évaluation étaient de déterminer la qualité des résultats livrés aux clients au cours des campagnes de dépistage de l'infection à VIH et d'évaluer la performance des centres/ONG ayant participé à la campagne de dépistage de l'infection à VIH.

D'une manière aléatoire 5% des échantillons étaient collectés sur des sites impliqués dans les campagnes et acheminés au CNR/VIH après les campagnes.

L'évaluation des résultats avait révélé que les prestataires impliqués dans ces activités ont attribué lors des campagnes de dépistage de l'infection à VIH quatre (04) faux résultats aux clients. Les taux de concordance étaient respectivement de 99,8 % pour la campagne de dépistage VIH JMS 2017 et de 99,5% pour la campagne de dépistage VIH organisée par l'ONG Compassion Internationale dans le district de Yoto.

Le tableau ci-dessous synthétise les résultats obtenus.

Tableau XVI : contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale

	<b>Nombre d'échantillons contrôlés</b>	<b>Nombre de faux résultats</b>	<b>Taux de concordance</b>
Campagne de dépistage VIH JMS 2017	1723	02	98.9% [97,3-100]
Campagne de dépistage VIH Compassion Internationale dans le Yoto	441	02	99,5% [98,8-100]

### 3.3. Évaluation des tests VIH

Le CNR/VIH a évalué la performance de 02 tests rapides de dépistage de l'infection à VIH.

Ces demandes d'évaluation viennent des représentants nationaux des laboratoires afin d'obtenir une autorisation de mise sur le marché national.

L'objectif de cette évaluation était de déterminer la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN) des tests. Les performances trouvées pour les 02 tests évalués sont consignées dans le tableau suivant avec leur place dans l'algorithme national de dépistage VIH.

Tableau XVII : valeurs diagnostiques trouvées pour les tests

	<b>Sensibilité</b>	<b>Spécificité</b>	<b>VPP</b>	<b>VPN</b>	<b>Place dans l'algorithme national</b>
STANDARD Q HIV 1 / 2 Ab 3-Line » <i>DE SD BIOSENSOR, KOREA</i>	100%	100%	100%	100%	Test1 et Test2
Alere HIV Combo	100%	98%	98%	100%	Test1

Après ces nouvelles évaluations, le tableau récapitulant la liste actualisée des tests homologués pour le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH pour l'année 2018 se trouve en **annexe 3** du présent rapport.



### **3.4. Activités de renforcement de capacités**

#### **3.4.1. Formation et installation de la plate-forme générique BioCentric**

Dans l'optique d'amélioration de la couverture de la charge virale pour les PVVIH, le PNLS/IST a acquis deux plates-formes génériques BioCentric. Ces équipements ont été installés au CHR Dapaong et au CHP Kpalimé. Du 04 au 12 mai 2017, le CNR/VIH avait renforcé sur ces sites la capacité de 06 Ingénieurs biologistes sur l'utilisation de cette Plate-forme.

#### **3.4.2. Formation des prestataires sur l'utilisation du test SD Bioline HIV/Syphilis Duo**

Pour rendre accessible le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes, le PNLS/IST avec l'appui des partenaires a doté 46 sites pilotes des tests SD HIV-Syphilis Duo. En vue de permettre aux prestataires des sites PTME et des laboratoires concernés de livrer des résultats de qualité le CNR/VIH a renforcé les compétences des prestataires de ces sites PTME pour l'utilisation du test SD HIV-Syphilis Duo et sur les normes de bonnes pratiques de laboratoire.

### **3.5. Activités de coordination**

L'équipe du CNR/VIH a eu à réaliser 4 missions de supervision. Ces missions concernent :

- 02 missions de contrôle et vérification du respect des normes et procédures dans la réalisation des activités relatives aux bilans biologiques en collaboration avec l'unité Suivi-Evaluation et Recherche,
- 02 missions de supervision intégrée de contrôle qualité des laboratoires du réseau et de validation des données de réalisation des bilans biologiques.

### **3.6. Difficultés liées à la mise en œuvre des activités**

- Mesure de la charge virale et le dépistage précoce du VIH par PCR, les laboratoires avaient eu un approvisionnement irrégulier en réactifs et consommables en 2017 occasionnant une rupture des réactifs des plateformes Abbott et BioCentric. Durant la même période, l'extracteur automatique sp 2000 et analyseur m2000 de la plate-forme Abbott de BIOLIM/UL n'étaient pas fonctionnels.

Ces situations avaient impacté sur les activités de dépistage précoce du VIH de BIOLIM-UL (89,8% des échantillons manipulés) et les activités de mesure de la charge virale de l'ensemble des laboratoires (47,4% des échantillons manipulés).

- Comptage des LTCD4+, il a été enregistré également un approvisionnement irrégulier des laboratoires de comptage des LTCD4+ pour les sites disposant des appareils FacsPresto et le Pima point of care. En outre, des pannes fréquentes et les difficultés récurrentes de maintenance curative de ces

équipements ont été observées. Jusqu'à la fin 2017, 26 % des équipements étaient en panne ou fonctionnaient au ralenti.

- Insuffisance de ressources humaines au niveau des laboratoires de biologie moléculaire et certains laboratoires du réseau CNR/VIH.

## 4. Suivi-évaluation et recherches

Les différentes activités relatives au suivi et évaluation réalisées au cours de l'année 2017 ont porté essentiellement sur les revues, la planification, la gestion des données programmatiques et les études.

### 4.1. Activités de suivi et évaluation

#### 4.1.1. Revues des activités : PTA et activités de PECM

La revue du PTA 2017 du PNLIS-IST a montré un taux de réalisation physique des activités de 59%. Cette contre-performance est due à une insuffisance des ressources financières pour la réalisation des activités d'où la nécessité d'être réaliste dans les planifications et de mobiliser des ressources additionnelles pour la mise en œuvre des activités du programme.

Sous la coordination du PNLIS-IST, les six (6) régions sanitaires du pays ont tenu en 2017 leurs revues annuelles des activités de prise en charge médicale des PVVIH. La tenue de ces revues a été l'occasion pour ces acteurs de faire une synthèse des points forts, de relever les difficultés et proposer des approches de solutions pour améliorer la prise en charge des patients.

Les défis majeurs qui étaient ressortis de ces revues sont :

- L'insuffisance en ressources humaines (prescripteurs, dispensateurs, médiateurs) ;
- La dotation des sites en congélateurs et glacières adaptés pour la conservation et le convoyage des échantillons de la charge virale ;
- La faible demande des examens de suivi biologique aux patients.

#### 4.1.2. Activités de planification

L'année 2017 a été marquée par la fin de la mise en œuvre des activités du nouveau modèle de financement (NFM1) du Fonds mondial et la planification des activités couvrant la période 2018-2020 pour le compte de la nouvelle subvention du Fonds mondial (NFM2).

A l'issue de cette planification, il est à noter que les ressources disponibles (Fonds mondial et autres partenaires y compris l'Etat) n'ont pas couvert tous les besoins. Des gaps importants ont été relevés en termes de ressources nécessaires pour acquérir des intrants et assurer la gestion de programme (réduction du personnel recruté sur la subvention Fonds mondial). Cette situation impactera sur la qualité et l'efficacité du programme d'où la nécessité de prendre des dispositions urgentes pour mobiliser des ressources additionnelles afin de pouvoir combler ces gaps.

#### 4.1.3. Gestion des données programmatiques

Dans le souci de disposer des données de qualité pour orienter la prise de décision en matière de la riposte contre le VIH, des activités de contrôle, vérification et validation des données ont été réalisées. Ces activités ont permis de relever quelques insuffisances liées à la gestion des données au niveau des districts et régions. Des mesures correctrices ont été apportées et des

suggestions d'amélioration ont été formulées pour assurer la production des données de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il faut noter qu'en 2017, l'utilisation par tous les districts de la nouvelle application de gestion des données programmatiques du PNLS-IST (AGED) a été très salubre quant à ce qui concerne la compilation des données par les points focaux.

Par ailleurs, les activités de contrôle et vérification des données ont permis de noter une insuffisance dans la notification de l'indicateur sur la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH. Il revient ainsi aux différentes équipes (pool SNIS) à tous les niveaux de sensibiliser les prestataires à la notification systématique dudit indicateur dans le rapportage des données de suivi des PVVIH au niveau des différentes structures de prise en charge.

## 4.2. Activités de recherches

En 2017, six (6) études ont été réalisées par le programme :

### 4.2.1. L'évaluation des indicateurs de la pharmaco résistance du VIH aux ARV au Togo

Cette étude a montré que seulement 2/3 environ des patients 67% (N=8160) retiraient leurs médicaments dans les délais (IAP 1) et que 91% (3429/3767) de personnes ayant initié le TARV étaient restées sous traitement douze mois après (IAP 2). Très peu des PVVIH dans le besoin (IAP 5a) ont pu bénéficier de l'examen de mesure de la charge virale 5,2% (178/3429) et 91% de ces dernières ont eu leur charge virale supprimée.

Les résultats obtenus signalent toutefois un risque d'émergence de la pharmaco-résistance du VIH sur le plan national. Les pratiques de dispensation sont conformes aux directives nationales, la rétention sous TARV à 12 mois est excellente, mais le respect des délais de retrait des médicaments ARV et les ruptures de stocks dans l'approvisionnement des ARV constituent des facteurs de risque majeurs dans plusieurs sites, pouvant favoriser l'émergence de la pharmaco-résistance du VIH au Togo. La couverture de l'examen de la charge virale est très faible et nécessite en urgence d'être étendue.

### 4.2.2. Étude de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) initiant un premier traitement antirétroviral,

Il s'était agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique menée auprès des patients infectés par le VIH suivi dans les structures de prise en charge du Togo et qui devaient initier une première ligne de traitement antirétroviral selon les recommandations nationales. Quatre cent dix (N=410) patients ont été inclus dans cette étude entre septembre et octobre 2017. Parmi les 410 patients, 375, (91%) ont été génotypés et la prévalence de la résistance primaire avant traitement était de 15% pour toutes les classes.

#### **4.2.3. Etude sur la cartographie programmatique chez les populations clés du Togo (PS, HSH, UDI et détenus)**

Cette étude avait pour objet d'élaborer la cartographie programmatique des populations clés au Togo afin de disposer d'informations fiables pour renforcer la programmation et l'offre de services santé/VIH aux populations clés. Cette étude était d'envergure nationale couvrant les six (06) régions sanitaires. Elle a ciblé les quatre types de populations clés tels que défini dans la Politique nationale de prévention et de prise en charge globale du VIH des populations clés au Togo. Il s'agit des professionnelles de sexe (PS), des Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), des utilisateurs de drogues injectables (UDI) et des détenus.

#### **4.2.4. Etude séro-comportementale chez les PS et leurs clients au Togo en 2017**

Cette étude a concerné, 1033 PS et 132 clients de PS. Les résultats de cette étude ont montré que la prévalence chez les PS (13,2% en 2017) était environ 6 fois plus élevée que celle de la population générale (2,2% selon les estimations du Spectrum en 2016). La forte prévalence chez les PS reste particulièrement préoccupante dans la ville de Kara avec une prévalence autour de 25%.

Quant aux clients de PS, la prévalence du VIH en 2017 était de 3,2% alors qu'elle était de 2,5% en 2011.

#### **4.2.5. Etude séro-comportementale chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes**

Cette étude a porté sur un échantillon de 678 HSH qui ont accepté d'être dépistés pour le VIH. Les résultats ont montré une prévalence de 21,98% au VIH près de 10 fois plus élevée que celle de la population générale mais également plus importante que celle observée au cours des enquêtes antérieures (13% en 2015 et 19,6% en 2011).

#### **4.2.6. Etude séro comportementale du VIH réalisée à l'échelle nationale chez les consommateurs de drogues au Togo en 2017**

Selon le rapport de l'étude, 593 usagers de drogues ont été inclus dont 59,02% du niveau d'étude secondaire. Parmi les usagers de drogues, 30,52% étaient des usagers de drogues intraveineuses (UDI). La consommation de drogues était quotidienne chez 65,86% des usagers de drogues. Les moyens de prévention de l'infection à VIH étaient bien connus : 80,79% citaient le préservatif comme mode de protection, 71,70% la fidélité et 81,30% savaient qu'une personne paraissant en bonne santé pourrait être infectée par le VIH. Au cours des douze derniers mois, 86,17% des usagers de drogue ont eu des rapports sexuels et 4,72% des hommes ont eu des hommes comme partenaires sexuels. La séroprévalence nationale du VIH était de 3,60%, IC 95% [2,20-5,80%] avec une prévalence significativement plus élevée chez les femmes (20,00%) par rapport aux hommes (2,5%) ( $p \leq 0,0001$ ). La prévalence du VIH chez les UDI était estimée à 3,90% [1,01-11,7%]

## 5. Gestion du programme

### 5.1.Coordination

Le PNLS-IST a assuré la coordination de la mise en œuvre des différentes interventions sur le terrain à travers la réalisation des activités de renforcement (formation et supervision formative) des capacités des prestataires, l'acquisition de nouveaux équipements pour la charge virale, l'acquisition et l'approvisionnement des sites en intrants.

Dans le cadre de la subvention du Fonds mondial pour la période 2018-2020, la coordination a assuré le processus de la reconduction du programme portant sur *l'accélération de la mise en œuvre des services de prévention et de qualité des soins dans la lutte contre les épidémies à VIH/TB*.

Par ailleurs, le PNLS-IST a participé à l'atelier UNICEF sur l'accélération de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre « Côte d'Ivoire, Togo, Tchad et RCA » en Mars 2017 à Abidjan.

On note en outre la participation du PNLS-IST à la 3<sup>ème</sup> journée scientifique sur le VIH et les hépatites, à la 19<sup>ème</sup> conférence internationale sur le VIH en Afrique (ICASA). Comme enseignements tirés ces participations, on peut citer entre autres :

- Engagement soutenu des leaders, des gouvernements, de l'Union Africaine et des partenaires pour atteindre la fin de l'épidémie en 2030,
- Choix des molécules de traitement de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne plus efficaces et renforcement de la surveillance pour éviter la survenue des résistances,
- Promotion de l'autotest pour améliorer la couverture au dépistage des populations.

### 5.2.Groupe thématique

Le groupe thématique constitue un cadre technique de réflexion et de conseil. Il donne des orientations et participe à la définition des stratégies d'interventions VIH relevant du domaine du Ministère de la santé.

Au cours de l'année 2017, les groupes thématiques PECM, PTME, CD et IST ont tenu des réunions. Une des activités primordiales a été l'analyse, l'adaptation et l'adoption des nouvelles recommandations OMS. La principale recommandation a été la mobilisation des ressources pour combler les gaps pour l'atteinte des 3 X 90.

### 5.3.Comités thérapeutiques

Le comité thérapeutique regroupe les différents acteurs intervenant dans le domaine de la prise en charge médicale (PCEM) de l'infection à VIH.

Chaque comité a une zone de responsabilité bien délimitée qui couvre le plus souvent les sites de PECM d'un ou plusieurs districts sanitaires.

Sa mission est de renforcer et améliorer la prise en charge globale des PVVIH à travers :

- L'étude et la validation des dossiers de demande de mise sous ARV pour garantir une prescription de qualité,
- Le renforcement de compétences par des supervisions formatives,

- L'échange et le partage d'expérience au cours des réunions trimestrielles,
- La participation à l'organisation de la gestion des intrants au niveau régional.

Un secrétariat du comité thérapeutique est mis en place dans chaque comité pour organiser et coordonner les activités.

Le comité thérapeutique constitue une instance de discussion des cas cliniques, thérapeutiques et d'échanges d'expériences dans un but de formation permanente pour l'amélioration de la qualité des prestations de soins offerts aux PVVIH.

Vu les besoins d'extension de la PEC des PVVIH, 19 nouveaux comités seront mis en place en 2018 afin de couvrir les 40 districts sanitaires. Ce qui portera le nombre à 41 comités thérapeutiques.

## **5.4. Gestion des intrants**

### **5.4.1. Quantification et approvisionnement**

La quantification des besoins en intrants médicaux pour 2017 a été réalisée et validée par le FM en Aout 2016. Elle a servi de base pour la commande des besoins de Janvier à Décembre 2017 sous le NFM1. Elle a également servi de base pour la commande des besoins de 2017 sous financement du gouvernement Togolais.

Afin d'améliorer le système de quantification, le PNLS-IST participe activement aux réunions de la cellule de coordination des approvisionnements des intrants médicaux piloté par la Direction de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires (DPML).

### **5.4.2. Dispensation des ARV**

Dans le souci de rapprocher au mieux les ARV des patients et permettre aux PVVIH de bénéficier de tout le paquet de service dans leur différent site de prise en charge respectif, le Togo dispose de 126 sites de dispensation soit 28% (126/ 453) de la couverture des sites de PECM.

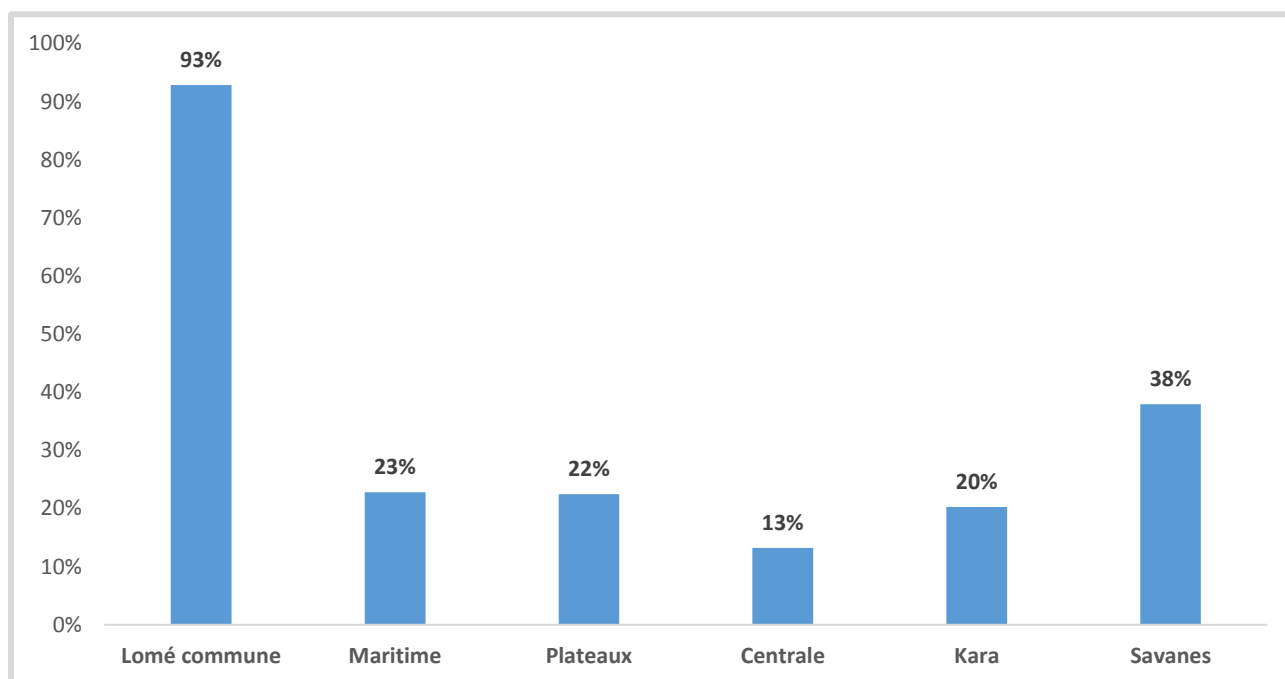


Figure 18 : Couverture des sites de PECM en dispensation des ARV

#### 5.4.3. Disponibilité des ARV en 2017.

Afin d'améliorer l'analyse des stocks et des consommations des ARV pour une meilleure prise de décision, le PNLS-IST a adopté officiellement en Avril 2015 à Accra l'outil de suivi des produits VIH/Sida conçu par SIAPS avec le financement de l'USAID. C'est un outil web ([www.ospsida.org](http://www.ospsida.org)) piloté par le bureau régional ouest africain de SIAPS regroupant 6 pays. Avec cet outil, le PNLS-IST a une meilleure visibilité des données de la gestion des intrants pour les partenaires et décideurs. Cette visibilité a permis au PNLS-IST depuis le mois de septembre 2017 d'identifier les risques de ruptures de stock sur certaines molécules traceuses comme le TDF/3TC/EFV ; NVP 200 ; NVP 50. Ce risque s'explique par des retards de livraison des commandes sur financement Etat.

Des commandes d'urgentes ont été négociées (sur financement FM et l'autre sur Etat) pour éviter des ruptures.

#### 5.4.4. Disponibilité des ARV sur les sites de dispensation

Les améliorations du système d'approvisionnement combinées aux supervisions formatives des mentors ont permis de réduire considérablement le nombre de rupture au niveau des sites. La disponibilité de stock pour les molécules traceuses au niveau des sites en 2017 est de 99,97%. L'annexe 4 présente la tendance des ruptures en 2017.

#### 5.4.5. Activités de renforcement de capacités

##### 5.4.5.1. Formations

En matière de formation, on peut retenir pour le compte de l'année 2017 : (i) l'atelier bilan des activités des mentors (19 au 21 avril 2017). Cet atelier avait pour but d'améliorer la qualité des activités de supervision des mentors ; (ii) la formation initiale des dispensateurs à



l'utilisation de l'outil EDT (Electronic Dispensation Tool) (04 au 23 Décembre 2017). L'objectif était de permettre à ces derniers d'assurer efficacement la dispensation des ARV et médicaments anti-IO à partir du logiciel électronique. Au total 133 dispensateurs ont été formés pour couverture de 76 nouveaux sites ; (iii) la participation à une session de formation sur la gestion des intrants VIH organisée par OCAL en vue de renforcer les capacités des agents sur le terrain en matière de gestion des intrants.

#### **5.4.5.2. Supervisions et ateliers trimestriels des comités régionaux de gestion des intrants**

Les différentes supervisions effectuées à l'endroit des points focaux districts et au besoin à l'endroit des sites (en collaboration des points focaux régionaux et districts) ont permis d'améliorer la gestion des intrants et renforcer la capacité des dispensateurs et des acteurs intervenant dans la prise en charge des PVVIH. Il a été noté lors de ces supervisions, un manque de notions de gestion des intrants (utilisation des outils de gestion, gestion de stocks) tant pour les gestionnaires des sites que pour les points focaux. Outre les supervisions formatives, des ateliers trimestriels des comités régionaux de gestion des intrants ont été organisés dans les six régions sanitaires grâce à l'appui financier du Fonds mondial. Les régions sont désormais responsabilisées sur l'approvisionnement et la gestion des intrants dans leurs structures

#### **5.4.6. Difficultés liées à la mise en œuvre des activités**

On peut retenir par domaine, les difficultés suivantes :

Approvisionnement :

- Insuffisance et mauvaise qualité de certaines données et hypothèses de quantification
- Insuffisance dans l'approvisionnement sur financement Etat,
- Persistance de gap important en ce qui concerne les moyens financiers pour l'approvisionnement des intrants.

Dotation des sites

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

### **5.5. Gestion administrative financière et logistique**

#### **5.5.1. Présentation du budget de l'année 2017**

Le budget prévisionnel et disponible pour la mise en œuvre des activités de toutes les interventions du PNLS-IST au cours de l'année 2017 s'élève à **9 672 453 655 FCFA**.

Tableau XVIII : Présentation du budget de l'Etat comparatif des dépenses de l'année 2016 et celui de 2017

Nature des dépenses	Montant en Francs CFA		Proportion	
	2017	2016	2017	2016
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	8 035 983	8 872 502	7,30	6.74
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	71 038 018	103 753 870	85,35	87.53
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)				
Total fonctionnement (I)	79 074 001	112 626 372	92,65	94.26
Dépenses internes d'investissement	14 300 043	8 941 285	7,35	5.73
Dépenses externes d'investissement				
Total investissement (II)	14 300 043	8 941 285	7,35	5.73
Ressources Propres (III)				
Total général (I+II+III)	93 374 044	121 567 657	100	100

Pour les dépenses du personnel, il s'agit essentiellement du salaire des agents contractuels sur la subvention de l'Etat. Les salaires des agents émergeant sur le budget général ne sont pas pris en compte. Les fonds d'investissement interne portent sur les immobilisations acquises au cours de l'année 2017.

### 5.5.2. Répartition du budget reçu par source de financement

L'analyse de la répartition du budget par source de financement souligne que plus des 4/5 des ressources ont été mobilisées par les différents partenaires techniques et financiers. Parmi ces derniers, le Fonds mondial occupe la première place avec un taux de 82,55% pour un montant de 7 883 756 569 FCFA suivi de la subvention Etat des intrants pour un montant de 1 500 000 000 FCFA soit un taux de 15,71%.

### 5.5.3. Présentation des dépenses gestion 2017 par domaine d'intervention

L'analyse des différentes dépenses consacrées par domaine d'intervention révèle que les soins, soutien et traitement occupent la première position avec un montant total de **9 706 320 761 F CFA** soit un taux de 96,71 %, et en dernière position le suivi évaluation avec un montant de 4 993 877 FCFA pour un taux de 0.06 % comme le retrace le tableau ci-dessous.

Tableau XIV: Présentation du budget gestion 2017 par domaine d'intervention

N°	PARTENAIRES	PREVENTION	SOINS, SOUTIEN ET TRAITEMENT	RECHERCHE	SUIVI EVALUATION	APPUI INSTITUTIONNEL	RESSOURCES HUMAINE	Total
1	CNLS	19 475 000	-	-	-	-	-	19 475 000
2	PASCI	-	1 000 000	-	-	-	-	1 000 000
3	FHI 360	1 377 886	-	-	-	-	-	1 377 886
4	CHAI	-	12 982 736	-	-	-	-	12 982 736
6	ONUSIDA	2 510 050	-	-	574 250	-	-	3 084 300
7	PNUD	20 186 500	-	-	-	-	-	20 186 500
8	UNFPA	12 500 000	-	-	-	-	-	12 500 000
9	UNICEF	5 879 027	41 555 293	2 250 000	4 013 787	-	-	53 698 107
10	FONDS MONDIAL	675 000	8 424 043 061	21 788 126	-	135 108 398	18 337 146	8 599 951 731
11	SUBVENTION ETAT ACTIVITES PROGRAMMATIQUES	31 707 269	8 051 014	-	405 840	47 168 872	6 041 049	93 374 044
12	SUBVENTION ETAT INTRANTS		1 218 688 657					1 218 688 657
<b>Total</b>		<b>94 310 732</b>	<b>9 706 320 761</b>	<b>24 038 126</b>	<b>4 993 877</b>	<b>182 277 270</b>	<b>24 378 195</b>	<b>10 036 318 961</b>
<b>Pourcentage</b>		<b>0,94</b>	<b>96,71</b>	<b>0,24</b>	<b>0,05</b>	<b>1,82</b>	<b>0,24</b>	<b>100,00</b>

## C. Troisième partie : défis, leçons apprises et perspectives

### 1. Défis

Au cours de l'année 2017, les principaux défis relevés ont été :

- Améliorer la qualité des services offerts à travers les remises à niveaux, formation initiales et supervisions des prestataires de soins,
- Approvisionner de façon continue les sites en intrants dans le but d'éviter des ruptures d'intrants sur les sites,
- Assurer le fonctionnement régulier des équipements des laboratoires,
- Assurer régulièrement le Contrôle Qualité et l'évaluation Externe de la Qualité (CQ/EEQ) dans les sites de dépistage de l'infection à VIH,
- Assurer la disponibilité des données individualisées sur le suivi des cas,
- Mettre en œuvre l'approche communautaire de l'e-TME en utilisant les ASC,
- Améliorer la rétention des patients sous TAR y compris les femmes enceintes et les couples mères enfants dans les soins.

### 2. Leçons apprises

Eu égard aux différentes difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des différentes interventions, les enseignements suivants sont tirés :

- Sécurisation des financements domestiques pour l'acquisition des intrants, médicaments et équipements pour les laboratoires,
- Amélioration de la qualité des services offerts aux patients,
- Réalisation régulière des études de surveillance ou de la résistance du VIH aux médicaments ARV dans un contexte d'optimisation de la mise sous traitement antirétroviral aux PVVIH,
- Amélioration de l'accessibilité à la charge virale des PVVIH afin de pouvoir être au rendez-vous des 3X90 à l'horizon 2020,
- Anticipation dans la mise en œuvre des actions préalables liées aux activités de passation de marchés dans le cadre des subventions des différents partenaires.

### 3. Perspectives

Les perspectives du programme pour les prochaines années se résument comme suit :

- Poursuite de la décentralisation de la réalisation de l'examen de mesure de la charge virale dans toutes les régions sanitaires et quelques districts sanitaires,

- Démarrage de la mise en œuvre des activités de la subvention Fonds mondial pour la période 2018-2020,
- Renforcement de l'intégration de la PTME dans les structures sanitaire privées,
- Mise en place d'un système de suivi longitudinal des femmes enceintes et mères VIH+ du dépistage jusqu'à la connaissance du statut définitif de l'enfant.

### **Conclusion**

Avec le soutien de l'Etat et des partenaires en développement notamment le Fonds Mondial, des progrès ont été notés dans la mise en œuvre des interventions du PNLS.

De nombreux gaps restent à couvrir et les ressources se font rares dans un contexte de réduction de l'enveloppe de la subvention du Fonds mondial.

Dans le souci de pérennisation des acquis et des résultats obtenus, il importe d'identifier des stratégies de mobilisation des ressources domestiques.

## ANNEXES

**Annexe 1 : Cartographie des équipements de comptage des LTCD4+**

N°	Régions	Localisation de l'appareil	Marque de l'appareil	Etat de fonctionnement
1	Savanes	Hôp. Tantigou	Cyflow-Partec I	Panne
2		CHR Dapaong	Facscount BD	RAS
3		CHP Mango	PIMA CD4	RAS
4		CHP Cinkassé	FacsPresto BD	RAS
5		Polyclinique Dapaong	FacsPresto BD	RAS
6		CHP Mandouri	PIMA CD4	RAS
7		CMS Gando	FacsPresto BD	RAS
8	Kara	CHR Tomdè	FACSCCount BD	RAS
9		CHU Kara	FACSCCount BD	RAS
10		CHP Bassar	FACSCCount BD	RAS
11		CMS Kabou	PIMA CD4	RAS
12		Camp G <sup>1</sup> AMEYI	Cyflow-Partec II	Panne
13		CHP Guérin Kouka	PIMA CD4	RAS
14		CHP Kantè	PIMA CD4	Panne
15		CHP Pagouda	FacsPresto BD	RAS
16		CHP Niamtougou	PIMA CD4	RAS
17		ONG AED	PIMA CD4	Panne
18	CHP Assoli	FacsPresto BD	RAS	
19	Centrale	CHR Sokodé	FACSCCount BD	RAS
20		CHP Sotouboua	Cyflow-Partec I	Panne
21		CHP Sotouboua	PIMA CD4	RAS
22		CMS Kolowaré	FacsPresto BD	RAS
23		CMS Kolowaré	FacsPresto BD	RAS
24		CHP Blitta	PIMA CD4	RAS
25		USP Pagala Gare	FacsPresto BD	RAS
26		CMS Agbandi	FacsPresto BD	RAS
27		CHP Tchamba	FacsPresto BD	RAS
28	Plateaux	CHR Atakpamé	FACSCCount BD	RAS
29		CHP Kpalimé	FACSCCount BD	RAS
30		CHP Notsé	FACSCCount BD	RAS
31		CHP Danyi	PIMA CD4	Panne
32		CHP Adéta	FacsPresto BD	RAS
33		CMS Kpogandji	FacsPresto BD	RAS
34		CHP Agou-Gare	FacsPresto BD	RAS

35		CHP Elavagnon Est - Mono	PIMA CD4	Panne
36		CHP Anié	PIMA CD4	Panne
37		CHP Tohou	PIMA CD4	RAS
39		Polyclinique Atakpamé	FacsPresto BD	RAS
40		CHP Amlamé	FacsPresto BD	RAS
41		CHP Kougnohou	PIMA CD4	Panne
42		CHP Badou	PIMA CD4	Panne
43		CMS Gleï	FacsPresto BD	RAS
44	<b>Maritime</b>	CHR Tsévié	FACSCCount BD	Panne
45		CHP Assahoun	PIMA CD4	RAS
46		CMS Aképé	FacsPresto BD	RAS
47		CMS Kouvé	Facscount BD	RAS
48		Hôp. Afagnan	Cyflow-Partec II	Panne
49		CHR Aného	Cyflow-Partec II	Panne
50		CHP Vogon	FACSCCount BD	Panne
51		CMS Agoe	FACSCCount BD	Panne
52		Polyclinique Aného	FacsPresto BD	RAS
53		CHP Tabligbo	FACSCCount BD	RAS
54		CMS Adidogomé	FACSCCount BD	Panne
55		Centre Loyola	FacsPresto BD	Panne
56		CMS Baguida	FacsPresto BD	RAS
57		<b>Lomé Commune</b>	CNR/VIH	FACSCalibur BD
58	CNR/VIH		FACSCCount BD	RAS
59	Hôpital de Bè		Cyflow-Partec I	RAS
60	Camp G <sup>1</sup> GNASSINGBE		Cyflow-Partec II	RAS
61	AMC-CISSA		Apogee	RAS
62	CHR LC		FACSCCount BD	RAS
63	CHU Campus		FACSCCount BD	RAS
64	ONG EVT		FACSCCount BD	RAS
65	ONG EVT		PIMA CD4	RAS
66	ONG CRIPS		FacsPresto BD	RAS
67	CMS Bè - Kpota		FacsPresto BD	RAS
68	C S de Lomé		FacsPresto BD	RAS
69	C S de Kodjoviakopé		FacsPresto BD	RAS
70	CMS CACAVELI		FacsPresto BD	RAS
71	CHP Amoutivé		FacsPresto BD	RAS
72	ATBEF		PIMA CD4	RAS
73	Action Contre le sida (ACS)		PIMA CD4	RAS
74	Projet FAMME		PIMA CD4	Panne

49 appareils sont sous contrat de maintenance préventive et curative financé par sur le NFM et 25 sont couverts par la garantie. En fin 2017, 24% de ces équipements de comptage des LTCD4+ sont non fonctionnels.



**Annexe 2 : Cartographie des équipements de mesure de la charge virale**

N°	Région	Localisation de l'appareil	Nom de l'équipement	Marque de chaque appareil	Etat de fonctionnement		
1	LOME – COMMUNE	BIOLIM/FSS/UL	ABBOTT m2000rt	ABBOTT	En panne		
			ABBOTT m2000sp		En panne		
			NucliSens EasyQ Analyzer	BIOMERIEUX	Fonctionnel		
			Easy MAG		Fonctionnel		
			ExiPrep™ 16DX	BIONEER	Fonctionnel		
Exicycler™ 96	Fonctionnel						
2		CNR-VIH CHU-SO	Fluorocycler 96 Hain Life Science	Plateforme BIOCENTRIC	Fonctionnel		
			ARROW Nor- Diag (X2)		Fonctionnel		
3	MARITIME	CHR TSEVIE	ABBOTT m2000rt	ABBOTT	Non installé		
			ABBOTT m2000sp		Non installé		
4	PLATEAUX	CHR ATAKPAME	ABBOTT m2000rt	ABBOTT	Non installé		
5		CHP KPALIME	Fluorocycler 96 Hain Life Science	Plateforme BIOCENTRIC	Fonctionnel		

			ARROW Nor-Diag (X2)		Fonctionnel
6	CENTRALE	CHR Sokodé	AmpliX12	Plateforme BIOSYNEX	<b>Non installé</b>
			Thermocycler DTlite 4S1		<b>Non installé</b>
7	KARA	BIOLIM/FSS/UK CHU KARA	ABBOTT m2000rt	ABBOTT	Fonctionnel
			ABBOTT m2000sp		Fonctionnel
8	SAVANES	CHR Dapaong	Fluorocycler 96 Hain Life Science	Plateforme BIOCENTRIC	Fonctionnel
			ARROW Nor-Diag (X2)		Fonctionnel

Sur les 8 sites décrits dans le tableau, 3 sites sont non fonctionnels car les équipements ne sont pas encore installés.

Les équipements de 2 sites (BIOLIM/FSS/UL, BIOLIM/FSS/UK) sont sous contrat de maintenance préventive et curative financé par sur le NFM et ceux du CHP Kpalimé, CHR Dapaong et CNR/VIH – CHU- SO sont couverts par la garantie.

En fin 2017, seule la plate-forme ABBOTT de BIOLIM/FSS/UL est en panne.

**Annexe 3 : Liste actualisée des tests homologués 2018**

	<b>Technique</b>	<b>Type échantillon</b>	<b>Test discriminant le type de VIH</b>	<b>Place dans l'algorithme national</b>
Murex HIV Ag/Ab Combination	ELISA	Sérum, Plasma	Non	Test1
VIKIA HIV1/2	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Non	Test1
ABON HIV 1/2/0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Oui	Test1 et Test2
WANTAI RAPID TEST HIV	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Non	Test1
STANDARD Q HIV 1 / 2 Ab 3-Line	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Oui	Test1 et Test2
Alere Determine VIH1-2	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Non	Test1
Alere HIV Combo	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Non	Test1
HEXAGON HIV CE	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total		Test1
Genie Fast HIV1-2 CE	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total		Test1
SD Bioline HIV 1.2.3.0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Oui	Test1 et Test2
First Response HIV 1-2.0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Oui	Test1 et Test2

	Technique	Type échantillon	Test discriminant le type de VIH	Place dans l'algorithme national
HIV-SyphilisDuo	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Non	Test1etTest2
HIV TRI-DOT	Rapide/simple	Sérum, Plasma	Oui	Test2
INNOLIA HIV1-2 score	Western Blot	Sérum, Plasma	Oui	Test3

#### Annexe 4 : Tendance des ruptures en 2017

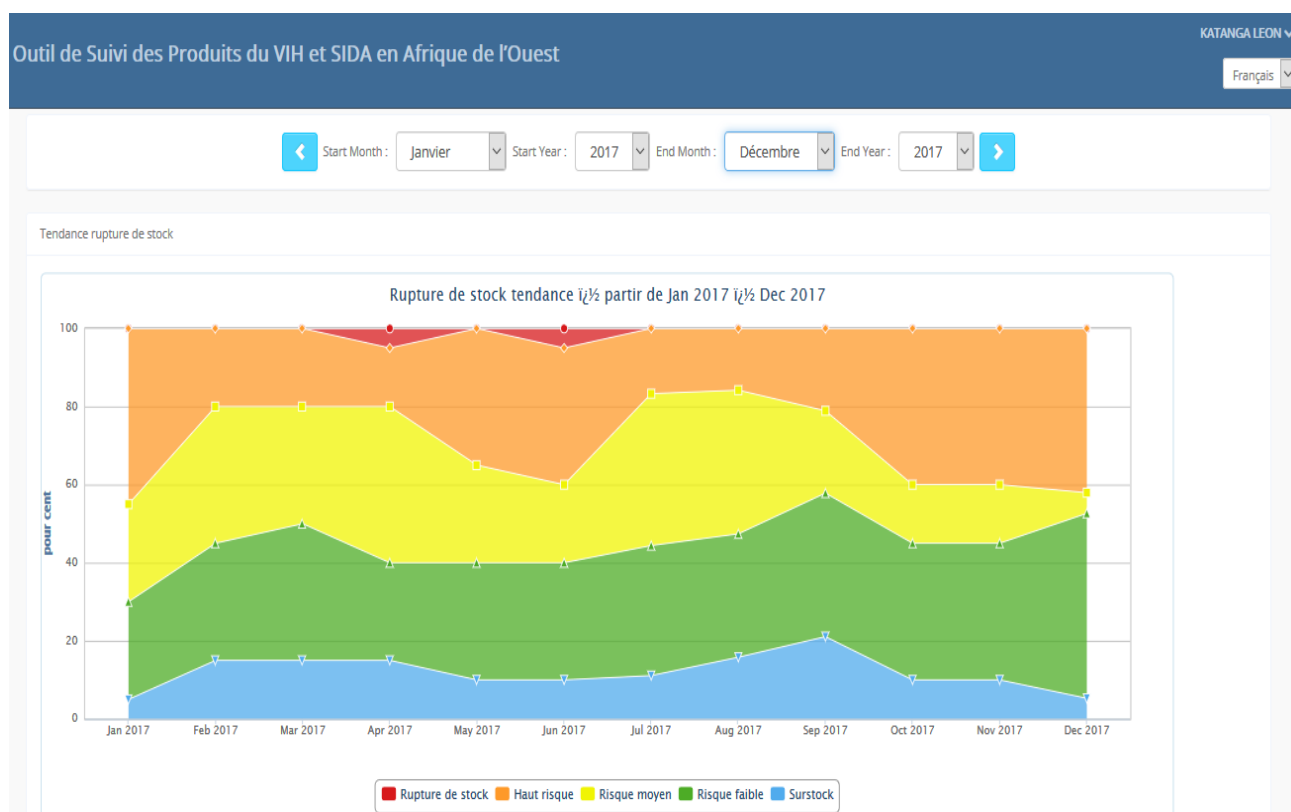


Figure : Tendance des ruptures en 2017

#### Commentaire.

En avril et juin 2017, les sites avaient connu une rupture due à un retard dans le rapportage qui a occasionné un retard d'approvisionnement.

Notons aussi que le Togo a connu une rupture durant le premier semestre 2017 sur les troisièmes lignes due au retard de livraison par le fournisseur.

**Annexe 5 : Résultats du bilan pré-thérapeutique chez les PVVIH adultes**

	Effectif (n= 4197 )	Pourcentage (%)
<b>Taux d'hémoglobine</b>		
Anémie AZT possible (TH<12 pour F et 13 pour M)	2954	70,40
Anémie contre-indiquant AZT (TH≤ 7,5)	340	8,10
Pas d'anémie	903	21,50
<b>alanine amino-transférase (ALAT)</b>		
ALAT anormale	956	22,78
ALAT normale	3226	76,86
Probable Hépatite active (ALAT≥ fois la normale)	15	0,36
<b>créatininémie</b>		
Absence d'insuffisance rénale (créat ≤ 13)	3775	89,95
Insuffisance rénale contre-indiquant TDF (créat >13)	422	10,05
<b>Synthèse</b>		
PVVIH sans contre-indication	3498	83
PVVIH avec contre-indication d'AZT ET TDF	76	2
PVVIH avec contre-indication d'AZT uniquement	264	6
PVVIH avec contre-indication de TDF uniquement	344	9