

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

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 2018 DES ACTIVITES DU PNLS-IST

REMERCIEMENTS

Le rapport d'activité 2018 du secteur santé de la riposte au VIH/Sida et des infections sexuellement transmissibles (PNLS-IST) est le fruit d'une franche 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 parfois difficiles pour offrir leur service aux bénéficiaires.

Nous adressons nos sincères gratitudes 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 dans la coordination des interventions tout au long de cette année. 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 sans cesse renouvelé.

Le Coordonnateur du PNLS-IST

Professeur Anoumou DAGNRA

Sommaire

REMERCIEMENTS	1
<i>Focus sur quelques indicateurs clés des interventions du PNLS-IST</i>	8
A. PREMIERE PARTIE : GENERALITES	10
1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE GENERAL DE L'INFECTION A VIH	10
2. Cadre organisationnel du PNLS-IST	10
2.1. Ressources du programme	10
2.2. Interventions du PNLS-IST	11
3. Résumé du PSN	11
B. DEUXIEME PARTIE : RESULTATS CLES PAR DOMAINE D'INTERVENTION	12
1. Prévention	12
1.1. Communication	12
1.2. Conseil dépistage	14
1.2.1. Campagne nationale de dépistage de l'infection à VIH	15
1.2.2. Conseil dépistage dans les CDT	17
1.2.3. Conseil dépistage dans les SA	17
1.3. Infections sexuellement transmissibles (IST) et Intervention Ciblée (IC)	18
1.3.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)	18
1.3.2. Les interventions ciblées auprès des populations clés dans les SA	20
1.3.2.1. Dépistage et traitement des IST auprès des populations clés dans les SA	20
1.3.2.2. Synthèse de résultats de paquet d'activités offert dans les SA	21
1.4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	22
1.4.1. Couverture géographique des sites de PTME	23
1.4.2. Prévention primaire de l'infection à VIH et de syphilis	23
1.4.3. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives	24
1.4.4. Interventions spécifiques visant à réduire la TME	25
1.4.5. Diagnostic de l'infection à VIH chez les enfants exposés	26
1.5. Sécurité transfusionnelle	28
2. Soins Soutien et Traitement	29
2.1. Couverture géographique des structures de PECM	29
2.2. Inscription dans les soins	29
2.3. Prise en charge des IO	30
2.3.1. Diagnostic et traitement des IO	30
2.3.2. Prophylaxie au cotrimoxazole	30
2.4. Inclusion des PVVIH sous TARV	31

2.5. Suivi des patients sous TARV	31
2.6. Répartition des PVVIH sous ARV par région	32
2.7. Répartition par sexe du nombre de PVVIH sous ARV	33
2.8. La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2018 :.....	34
2.9. Prise en charge des coinfectés VIH/TB	35
2.10. Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée	36
2.11. Suivi biologique des PVVIH	37
2.12. Mesure de la charge virale	37
2.13. Cascade de dépistage et de traitement et les résultats des 3x90	40
2.14. Prise en charge nutritionnelle et psychosociale des PVVIH	42
3. Activités de laboratoires : contrôle qualité des tests VIH	45
6. Gestion du programme	51
6.1. Coordination	51
6.2. Activités de renforcement des capacités	51
6.3. Comités thérapeutiques	52
6.4. Gestion administrative financière et logistique	53
6.4.1. Présentation du budget de l'année 2017 et 2018	53
4.1.1. Répartition du budget reçu par source de financement	54
4.1.2. Présentation des dépenses gestion 2018 par domaine d'intervention	54
4 Troisième partie : Difficultés, défis, leçons apprises et perspectives	56
ANNEXES	58

Liste des tableaux

Tableau I : Résultats clés des interventions du PNLS-IST en 2018.....	8
Tableau II : Activités de communication réalisées en 2018	13
Tableau III : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH	14
Tableau IV : Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées	15
Tableau V : Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées lors de la JMS	16
Tableau VI : Nombre de cas d'IST par tranche d'âge.....	18
Tableau VII : Répartition régionale et par tranche d'âge des résultats de PCR	27
Tableau VIII: Répartition des sites de PECM par type de formations sanitaires	29
Tableau IX : Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2018.....	30
Tableau X : Répartition par âge du nombre de cas d'IO diagnostiqué.....	30
Tableau XI : Répartition de la prophylaxie au cotrimoxazole par région	31
Tableau XII : Répartition des inclusions par région.....	31

Tableau XIII : répartition des PVVIH sous ARV par région en 2018	32
Tableau XIV : répartition des PVVIH sous ARV populations clés par région	34
Tableau XV : La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2018.....	34
Tableau XVI : Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques	35
Tableau XVII : Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la recherche active de la tuberculose a été faite	36
Tableau XVIII : Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée	36
Tableau XIX : Répartition par région du nombre de PVVIH ayant bénéficié du comptage des lymphocytes TCD4	37
Tableau XX : Répartition par région de la couverture de la charge virale	37
Tableau XXI ; Répartition des PVVIH ayant leur charge virale supprimée par région	38
Tableau XXII : répartition par tranches d'âge et sexe de la proportion des PVVIH ayant CV supprimée...	39
Tableau XXIII : Répartition des cas de consultations nutritionnelles effectués par les prestataires selon le type de maladie par région	43
Tableau XXIV : Nombre et pourcentage des cas de malnutrition chez les PVVIH toute catégories confondues	44
Tableau XXV : Nombre et pourcentage des cas de malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 59 affectés ou infectés par le VIH mois par région	44
Tableau XXVI : Nombre et pourcentage des cas de maigreur chez les femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH.....	45
Tableau XXVII : Répartition par site du nombre d'échantillons collectés	45
Tableau XXVIII : résultats du contrôle de qualité	46
Tableau XXIX : sensibilité et spécificité des tests utilisées en 2018	47
Tableau XXX : Performances en matière de Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles (VIH/Sida) (Indicateurs PNDS)	49
Tableau XXXI : Activités de formation	51
Tableau XXXII : Activités de supervision.....	52
Tableau XXXIII : Présentation du budget de l'Etat comparatif des dépenses de l'année 2018 et celui de 2017.....	53
Tableau XXXIV : Présentation du budget gestion 2018 par partenaires et domaine d'intervention	54

Liste des figures

Figure 1 : répartition par type de populations dépistées lors de la JMS	16
Figure 2: Evolution du dépistage du VIH chez les malades TB de 2008 à 2018	17
Figure 3 : Conseil dépistage dans les SA	18
Figure 4 : Répartition des cas d'IST dépistées par syndrome en 2018.....	19
Figure 5 : répartition des cas d'IST par région en 2018.....	20
Figure 6 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé en 2018.....	21
Figure 7 : Paquet d'activités offert dans les SA.....	22
Figure 8 : Comparaison du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région.....	23
Figure 9 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2018	26
Figure 10 : Couverture de la PCR1 et la séropositivité par année chez les enfants nés de mères VIH+....	28
Figure 11 : Evolution par année du nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV	32
Figure 12 : Répartition par sexe du nombre de PVVIH sous ARV	33
Figure 13 : Répartition des PVVIH sous ARV par type de population clé	34
Figure 14 : Répartition par région du nombre de PVVIH sous ARV ayant bénéficié de la CV par rapport à l'ensemble des PVVIH sous ARV	38
Figure 15 : Répartition par tranches d'âge des PVVIH ayant bénéficié de la Charge Virale	40
Figure 16 : Cascade de dépistage et de traitement en 2018.....	41
Figure 17 : Cascade des 3X90 en 2018	41
Figure 18: Cascade des 3x90 chez les adultes en 2018	42
Figure 19: Cascade de dépistage et de traitement chez les adultes	42
Figure 20: Cascade des 3X90 chez les enfants en 2018	42
Figure 21: Cascade de dépistage et de traitement chez les enfants.....	42
Figure 22 : Couverture des sites de PECM accrédités en dispensation des ARV par région.....	48
Figure 23 : taux de réalisation physique des activités du PTA 2018 en fonction des domaines d'intervention	49

Sigles et abréviations

ARV	:	Antirétroviraux (Médicaments)
ASC	:	Agents de Santé Communautaire
AZT	:	Zidovudine
CAMEG	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CD4	:	Lymphocytes TCD4+
CDV	:	Centre de Dépistage Volontaire
CCD	:	Centre de Conseil et de Documentation
CCM	:	Country Coordination Mechanism
CDT	:	Centre de Dépistage et de Traitement (de la tuberculose)
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	:	Centre Médico-social
CNLS	:	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	:	Consultation Périnatale
CRTS	:	Centre Régional de Transfusion Sanguine

CV	:	Charge virale
DQS	:	Data Quality Service
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ESOPE	:	Evaluation et Suivi Opérationnel des Programmes d'ESTHER
FM	:	Fonds Mondial
GSK	:	Glaxo Smith Kline
INAM	:	Institut National d'Assurance Maladie
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MEG	:	Médicaments Essentiels et Génériques
MESST	:	Monitoring and Evaluation Systems Strengthening Tool
NRTI	:	Nucléoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NNRTI	:	Non Nucléoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NVP	:	Névirapine
OCAL	:	Organisation du Corridor Abidjan Lagos
OEV	:	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OSC	:	Organisation de la Société Civile
OSDV	:	On Site Data Verification
PCR	:	Polymerase Chain Reaction (Réaction en Chaîne par Polymérase)
PEC	:	Prise en Charge
PF	:	Planification Familiale
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PTME	:	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PS	:	Professionnelles de sexe
PVVIH	:	Personne Vivant avec le VIH
RDQA	:	Routine Data Quality Assessment
SA	:	Services Adaptés
SCAPE	:	Stratégie de Croissance Accélérée et de la Promotion de l'Emploi
Sida	:	Syndrome d'immunodéficience Acquise
TAR	:	Thérapie Antirétrovirale
TDF	:	Ténofovir
TME	:	Transmission Mère Enfant
UBRAF	:	Unified Budget Results Accountability Framework
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	:	United Nations General Assembly Special Session on HIV (Session
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	:	Visite A Domicile
VHB	:	Virus de l'Hépatite B
VHC	:	Virus de l'Hépatite C
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

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) 2018 du PNLS-IST reflète les orientations stratégiques de la riposte du secteur santé du PSN 2016-2020.

L'année 2018 a été la troisième 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 2018 du PNLS-IST et présente les résultats obtenus et leur analyse pour le compte de de cette période.

Focus sur quelques indicateurs clés des interventions du PNLS-IST

Tableau I : Résultats clés des interventions du PNLS-IST en 2018

Indicateurs	Résultats	Observations
Diagnostic et traitement des IST		
Nombre de Services Adaptés (SA)	46	
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités chez les populations clés	PS	4366
	HSH	762
	UD	38
	DETENUS	134
TOTAL	5300	
Nombre total de cas d'IST diagnostiqués	80 185	
Séropositivité de la syphilis chez les femmes enceintes venues en CPN	1,49%	(1093/73 547)
Conseil dépistage		
Nombre de tests au VIH réalisés	652 753	
Nombre de personnes conseillées et dépistées	491263	
Taux de séropositivité	2,83%	(13933/491 263)
Répartition des cas positifs par type de VIH	VIH1	1 729
	VIH2	54
	VIH1&2	60
Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME)		
Nombre et % de centres de SMNI offrant la PTME	76,78% (797)	Dénominateur : 1038
Nombre et % de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dépistées	216 059 (11,30%)	Dénominateur : 1 911 487
Taux de séropositivité chez les femmes en âge de procréer	1,46%	Numérateur : 3169
Nombre et % de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	207 514 (75,38%)	Dénominateur : 275 293
Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH	4 627	
Taux de séropositivité au VIH chez les femmes enceintes en CPN	2,23%	Dénominateur : 207 514
Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant initié le TARV	4331	
% des femmes enceintes VIH+ ayant initié le TARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	80,26%	Dénominateur : 5396
Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	3 613	
Proportion de nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	96,99%	3725
Nombre et % de nourrissons né de mères séropositives ayant bénéficié du diagnostic précoce à 2 mois après leur naissance	2483 (46,02%)	Dénominateur : 5396
Prise en charge médicale		
Nombre de centres de PEC qui dispensent les ARV	125	
Nombre de centres de PEC des PVVIH*	586	*Sites de PEC disposant au moins de file active de PVVIH
Nombre de sites CD4	73	
Nombre de sites offrant la charge virale	7	
Nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV en fin 2018	64 842	
Couverture thérapeutique des PVVIH (adultes et enfants) sous traitement ARV	58,95%	Dénominateur : 110 000
Nombre d'enfants sous TAR	4 194	
Couverture thérapeutique chez les enfants	34,95%	Dénominateur : 12000

Indicateurs	Résultats	Observations
Taux de couverture des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la charge Virale	31,70%	(20554/64842)
Pourcentage des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la CV qui présente une suppression de la charge virale (CV < 1000 copies)	79,16%	(16271/20554)
Pourcentage des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la CV qui présente une suppression de la charge virale (CV < 1000 copies) 12 mois après l'initiation de leur traitement	78,22%	(833/1065)
Proportion des patients coinfectés TB/VIH sous traitement antituberculeux et antirétroviral	95%	461/483
Taux de rétention des PVVIH après 12 mois de début de traitement antirétroviral	91%	Etude les Indicateurs d'Alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH au TOGO, 2017
Résultats des 3X90		
Pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	66,13%	(72745/110000)
Pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique au VIH recevant un TAR	89,14%	(64842/72745)
Pourcentage réajusté des PVVIH sous TAR qui ont une Charge virale (CV) supprimée	79,16%	(51330/64842)¹

¹ 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 (20554) et celui de ceux ayant supprimé (16271), le pourcentage obtenu 79,16% (16271/20554) 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'épidémie du VIH est de type généralisé avec une prévalence de 2,3% (Estimation Spectrum, v5.756 2018). Le contexte épidémiologique est marqué par une féminisation de l'épidémie. Sur un total de 110000 PVVIH estimées en 2018, plus de 60% sont de sexe féminin.

Selon les résultats des estimations Spectrum 2018, le profil épidémiologique spatial du VIH au Togo est marqué par des disparités au niveau des régions. En effet, la prévalence du VIH est plus élevée dans les régions méridionales (Lomé commune, Maritime et Plateaux respectivement 2,5%, 3,2% et 2,1%) que dans les régions septentrionales (Kara : 1,8%, Savanes : 0,5%). Il est à noter une augmentation de la prévalence dans la région centrale (2,1%).

Les nouvelles infections au VIH sont estimées à l'ordre de 5000 dont 1200 chez les enfants de 0 à 14 ans.

On note en outre une forte prévalence de l'infection parmi les populations clés telles que les Professionnelles de Sexe (PS), les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH) et les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI). La prévalence du VIH est estimée d'après les dernières études bio comportementales de 2017 dans ces groupes respectivement à 13,2% ; 21,98% et 3,9%.

2. Cadre organisationnel du PNLS-IST

Dans le nouvel organigramme du ministère de la santé et de l'Hygiène publique (MSHP), 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 PNLS-IST est placé sous la direction d'un Coordonnateur National.

Il 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 revanche, en 2018, l'on note une diminution de l'effectif du personnel passant de 73 agents en 2017 à 53 en 2018, toutes catégories confondues répartis en fonction du budget d'émargement comme suit : budget général de l'Etat 79% contractuels 21%.

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, PNUD.

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 (PSN) 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 pertues de vue)
 - Renforcement de la prise en charge des coïnfections (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

La prévention est la toute première intervention en matière de la lutte contre le sida. Cette prévention comporte : (i) la communication, (ii) le conseil dépistage du VIH, (iii) la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et les interventions ciblées (IC) auprès des populations clés, (iv) la Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, (v) la sécurité transfusionnelle, (vi) et la prophylaxie des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques.

1.1. Communication

La communication pour le développement est une condition et un complément indispensable au succès de tout programme de santé. Elle doit devancer, accompagner et prolonger toute activité de santé en vue du changement de comportement des populations. En effet, l'unité UCD/Prévention a réalisé dans le courant de l'année 2018 certaines activités pertinentes dans le domaine de la communication. Ceci permettra à nos populations d'adopter des comportements à moindre risque.

Les activités de communications réalisées sont entre autres : Les sensibilisations, l'élaboration des messages et des supports de communication pour la prévention et la prise en charge psychosocial du VIH chez l'adolescent et le couple mère enfant, l'élaboration du plan de communication sur le VIH, la formation des relais sur les PFE (Pratiques familiales essentiels) intégrant le VIH, Elaboration des articles et la supervision des activités de communication dans le domaine du VIH. Les résultats sont contenus dans le tableau ci-dessous :

Tableau II : Activités de communication réalisées en 2018

Activités	Date et lieux	Partenaires	Résultats obtenu
Atelier d'élaboration du contenu des supports de communication pour la prévention et la prise en charge chez l'adolescent et le couple mère-enfant	15 au 19 janvier 2018 à Kpalimé	UNICEF	-54 messages sur la PTME, Femmes allaitantes et mères séropositives sont élaborés -41 messages pour la prévention et la prise en charge des jeunes et adolescents sont élaborés
Activités de sensibilisation et de dépistage	9 au 11 Février 2018 à TOGO 2000	ONUSIDA	<ul style="list-style-type: none"> - 150 personnes dépistées dont 11 déclarés séropositifs - 2000 personnes sensibilisées sur le VIH - 1000 dépliants distribués - 5000 préservatifs masculins distribués - 1000 préservatifs féminins distribués - 100 bracelet VIH distribué
Formation des relais communautaires sur les PFE (Pratiques familiale essentielle) intégrant le VIH	26 au 02 Mars 2018 à Tabligbo	UNICEF	26 relais communautaires sont formés sur Les PFE (Pratiques familial essentiels) et sur la CIP (Communication interpersonnelle) pour renforcer l'engagement de la communauté dans : -la promotion du test de dépistage du VIH chez l'enfant et les couples et – La – La promotion de l'utilisation correct du préservatif masculin et féminin - ainsi que d'autres pratiques familiales essentielles pour la survie de l'enfant. Un manuel sur les PFE et les cartes conseils élaboré par le ministère avec tous les programmes ont servi de support pour l'animation de la formation. Ces mêmes supports serviront outils de travail pour les relais sur le terrain
Pré-Validation du plan de communication pour la prévention et la prise en charge du VIH chez l'adolescent et couple mère enfant.	Du 28 au 30 mars 2018	UNICEF	Le plan de communication est pré-validé
Finalisation des messages et élaboration d'un guide de message sur la prévention et la prise en	Du 26 au 28 novembre	UNICEF	Le guide de message comportant 92 messages sur les mesures de prévention des IST VIH/SIDA et les

charge du VIH chez l'ado et le couple mère enfant	2018 au PNLIS		comportements à moindre risque à l'endroit de ce groupe cible est élaboré
Elaboration des scripts pour la production des supports (Spots audio et TV) +Cahier de charge de l'agence de communication à l'endroit des Adolescents pour leur changement de comportement en matière de connaissance du VIH	Du 15 au 18 Décembre 2018)	UNICEF	Les scripts sont élaborés à l'endroit des Adolescents pour leur changement de comportement en matière de connaissance du VIH
Conception des algorithmes sur la prise en charge des IST chez les populations clés et population générale	Mois de d'avril	Corridor	Les algorithmes sur la prise en charge des IST chez les populations clés et les populations générales sont produits.
Supervision des activités des activités de communication sur les PFE en particulier sur le VIH dans le district de Yoto	Du 17 au 20 Décembre 2018	UNICEF	Les activités de communication sur le VIH sont réalisées dans Yoto

1.2. Conseil dépistage

Le dépistage de l'infection à VIH est la porte d'entrée pour la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

En 2018, pour toutes les stratégies et cibles confondues, 491 263 personnes ont été dépistées et qui connaissent leur résultat sérologique à l'égard du VIH. La contribution de la JMS 2018 est de 4,9 % contre 7,4 % en 2017. Cette différence du taux de dépistage en baisse entre 2017 et 2018 est due au fait que la campagne nationale de dépistage du VIH ne s'est déroulée que dans trois régions sanitaires en 2018.

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

Tableau III : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH

Régions	Nombre dépistés	Nombre positifs	Taux de séropositivité
LOME COMMUNE	74473	3491	4,69%
MARITIME	113076	4409	3,90%
PLATEAUX	126522	2875	2,27%
CENTRALE	53574	1249	2,33%
KARA	62578	1435	2,29%
SAVANES	61040	474	0,78%

TOTAL	491263	13933	2,84%
-------	--------	-------	-------

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). Les personnes dépistées séropositives représentaient 2,84 % contre 2,9% en 2017.

La répartition des dépistés par région démontre une diminution du taux de séropositivité du sud vers le nord.

En ce qui concerne la répartition des dépistés par région et par tranche d'âge, les résultats du tableau ci-dessous montrent que les 25 ans et plus représentent 77,1% des dépistés.

Tableau IV : Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées

Régions	0-9 ans	10-14 ans	15-19ans	20-24ans	25 ans et +	Total dépisté	Total cas positifs	Séropositivité
Lomé commune	2397	928	6574	9522	55052	74473	3491	4,69%
Maritime	3283	1722	9516	11149	87406	113076	4409	3,90%
Plateaux	5337	3348	16050	15724	86063	126522	2875	2,27%
Centrale	3815	1647	6758	5589	35765	53574	1249	2,33%
Kara	2950	1338	6467	7810	44013	62578	1435	2,29%
Savanes	891	982	5657	7578	45932	61040	474	0,78%
National	18673	9965	51022	57372	354231	491263	13933	2,84%

1.2.1. Campagne nationale de dépistage de l'infection à VIH.

Habituellement, il est célébré la Journée Mondiale de lutte contre le Sida (JMS) le 1er décembre de chaque année. A cette occasion, il est organisé une campagne nationale de dépistage volontaire gratuit et anonyme du VIH sur l'ensemble du territoire national.

Au total, 24268 personnes ont été dépistées durant cette campagne 2018. Le taux de séropositivité est le même qu'en 2017, soit 0,61%. La région Lomé Commune a le plus fort taux de séropositivité (1,19%), suivie de la région des Plateaux (0,61%). La région des savanes n'était pas ciblée pour la campagne 2018, néanmoins les activités ont été menées grâce à la mobilisation des ressources locales de la région.

Tableau V : Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées lors de la JMS

Région	[0-14]	[15-19]	[20-24]	[25-34]	[35-49]	[50 et+]	Total général
Lomé Commune	454	1203	1064	1401	790	226	5138
Positif	4	1	3	21	27	5	61
Séropositivité	0,88%	0,08%	0,28%	1,50%	3,42%	2,21%	1,19%
Maritime	641	5286	1639	1189	723	257	9735
Positif	2	4	11	14	22	6	59
Séropositivité	0,31%	0,08%	0,67%	1,18%	3,04%	2,33%	0,61%
Plateaux	434	5274	1683	766	476	251	8884
Positif	0	3	2	3	12	5	25
Séropositivité	0,00%	0,06%	0,12%	0,39%	2,52%	1,99%	0,28%
Savanes	12	91	130	158	87	33	511
Positif	0	0	1	0	1	0	2
Séropositivité	0,00%	0,00%	0,77%	0,00%	1,15%	0,00%	0,39%
Total général	1541	11854	4516	3514	2076	767	24268
Positif	6	8	17	38	62	16	147
Séropositivité	0,39%	0,07%	0,38%	1,08%	2,99%	2,09%	0,61%

En 2018, l'appui financier et technique des différents partenaires, a permis de dérouler la campagne seulement dans trois régions sanitaires du pays avec un ciblage axé sur les populations clés et vulnérables comme en 2017.

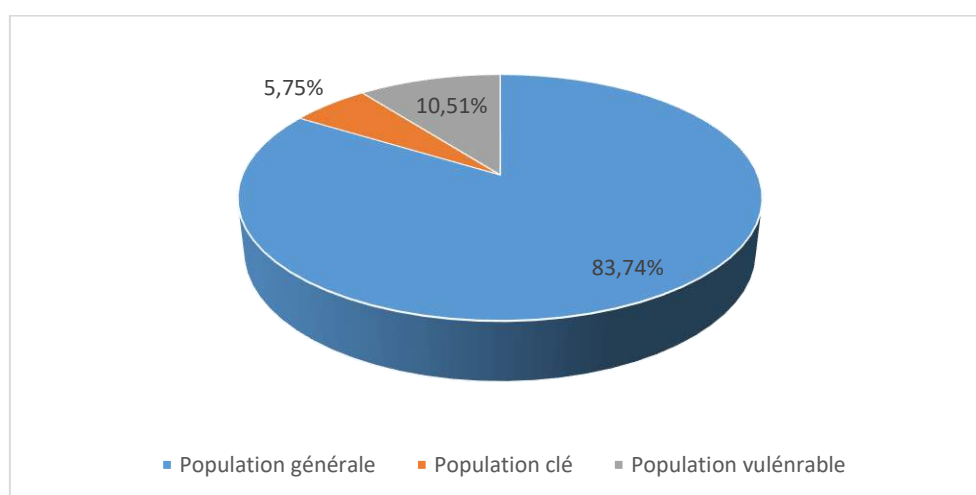


Figure 1 : répartition par type de populations dépistées lors de la JMS

Selon les types de populations dépistées lors de la JMS, les proportions du dépistage des populations clé et vulnérables représentent respectivement 5,75% et 10,51%.

1.2.2. 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 98% (2458/2501) en 2018 contre 99% en 2017.

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

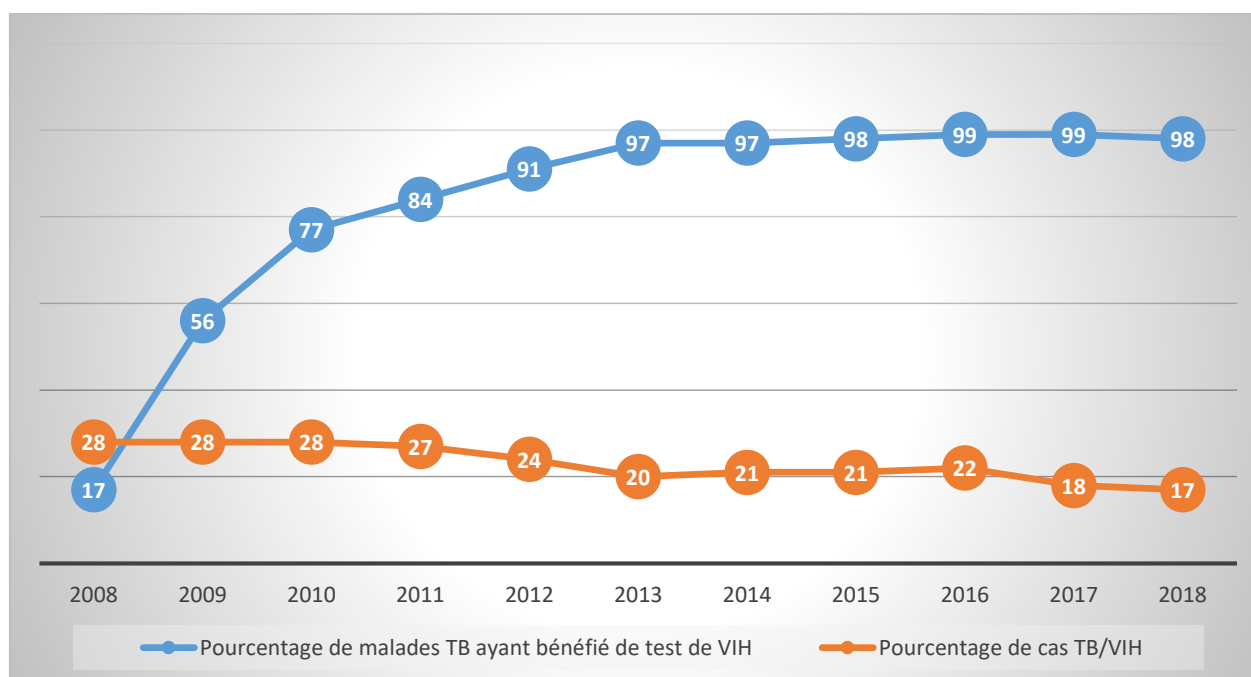


Figure 2: Evolution du dépistage du VIH chez les malades TB de 2008 à 2018

1.2.3. Conseil dépistage dans les SA

Dans les SA, les populations clé référées ont été conseillés et dépistées avec un taux de séropositivité de 1,9%

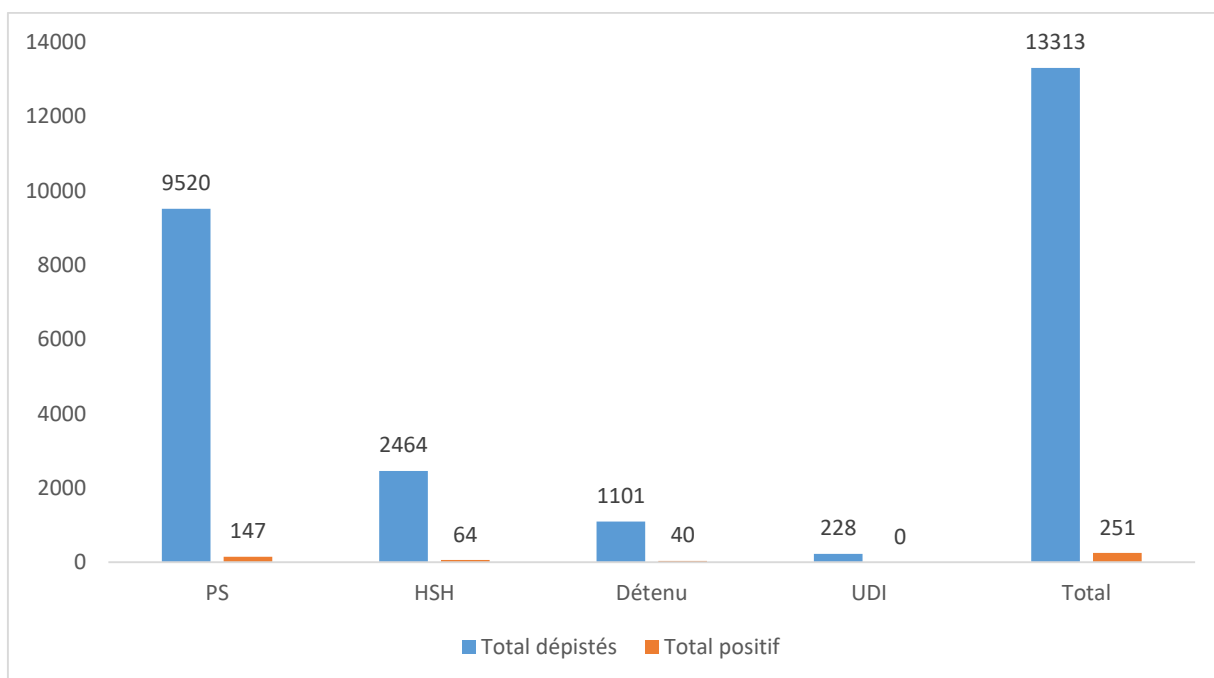


Figure 3 : Conseil dépistage dans les SA

1.3. Infections sexuellement transmissibles (IST) et Intervention Ciblée (IC)

1.3.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Au total 80 185 cas d'IST ont été diagnostiqués et traités en 2018 contre 78 194 en 2017. Les patients âgés de 25 ans et plus ont totalisé la majorité des cas d'IST. Les jeunes et adolescents (10-24 ans) représentent 47% de tous les cas d'IST enregistrés contre 41,9% en 2017.

Dans l'ensemble, les résultats montrent une augmentation de la fréquence des IST chez les sujets sexuellement actifs (15-25 ans & +). La même tendance a été remarquée en 2017. Ces situations appellent au renforcement de la PEC correcte dans le but de rompre la chaîne de transmission.

Tableau VI : Nombre de cas d'IST par tranche d'âge

Syndromes IST	0 - 29 jours	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25 ans & +
Ecoulement anal		9	12	27	90	133
Ulcération anale		14	8	23	63	171
Ecoulement urétral		29	105	1258	3076	7336
Ecoulement vaginal (cervicites et/ou vaginites)		76	413	8735	13953	24105
Ulcération génitale		22	51	605	1015	2315
Tuméfaction du scrotum		5	8	98	162	343
Douleur abdominale basse (SIP)		33	180	2517	4604	7732
Bubon Inguinal		2	3	25	63	175
Végétations vénériennes			2	77	143	176
Conjonctivite du nouveau-né (0 à 29 jours)	193					

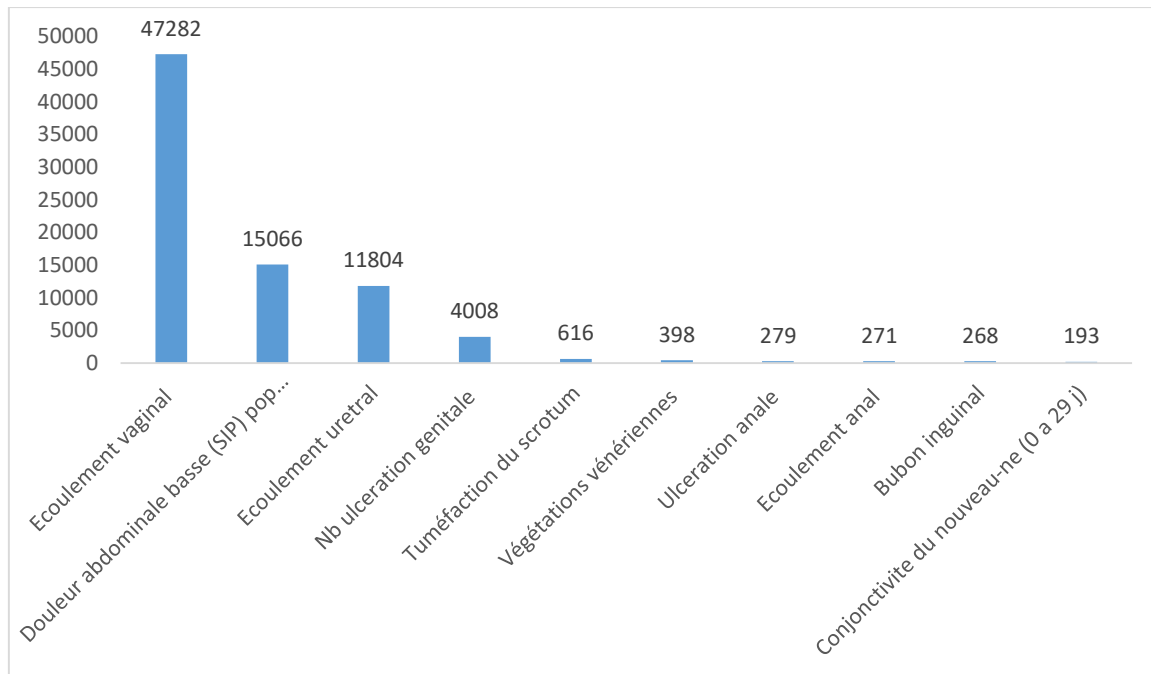


Figure 4 : Répartition des cas d'IST dépistées par syndrome en 2018

Le diagnostic des IST s'est fait par approche syndromique et/ou étiologique selon les niveaux. La notification a porté sur les cas syndromiques. Le syndrome prédominant est l'écoulement vaginal suivi de l'écoulement urétral, douleur abdominale basse et ulcération génitale. Il est à noter que tout comme les années passées, les cas d'écoulement vaginal sont diagnostiqués dans la plupart du temps lors des consultations prénatales.

Les résultats du tableau ci-dessous montrent la synthèse des cas d'IST par région.

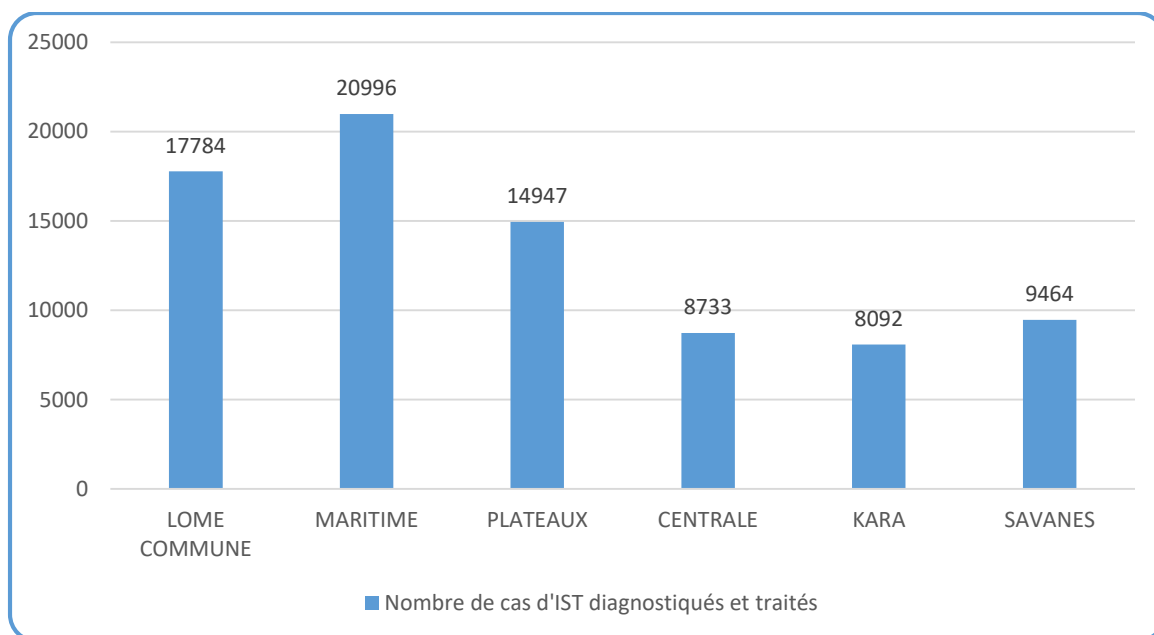


Figure 5 : répartition des cas d'IST par région en 2018

La région Maritime (20996 cas) vient en tête des cas d'IST diagnostiqués et traités. Les mêmes tendances ont été trouvées en 2017

1.3.2. Les interventions ciblées auprès des populations clés dans les SA

1.3.2.1. 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 2018, on note quarante-six (46) dont 7 infirmeries des prisons civiles. Sur les 46 sites, 40 ont rapporté au moins une fois au cours de l'année.

Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités en 2018 chez les différentes populations clés.

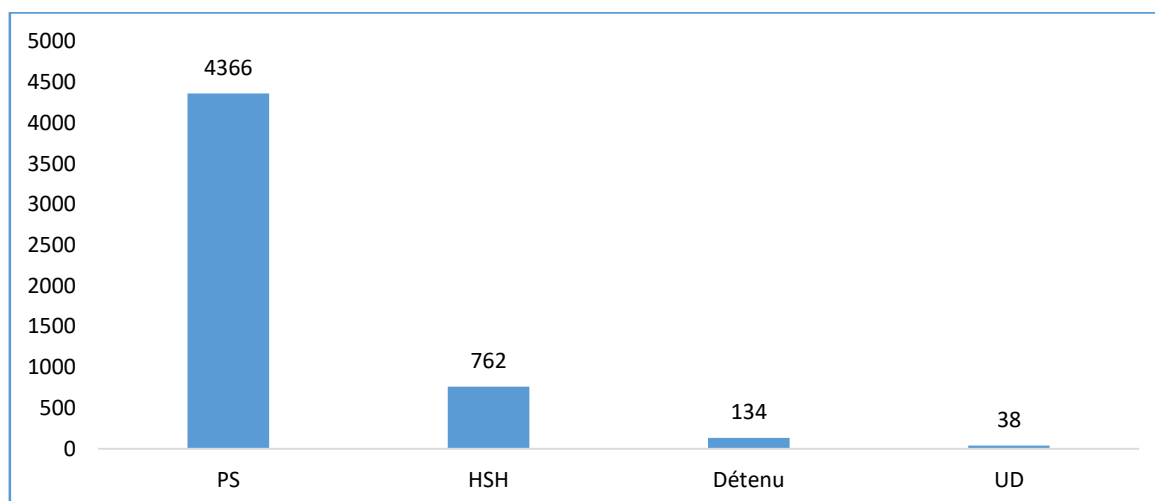


Figure 6 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé en 2018

D'après ce graphique, les PS suivi des HSH constituent la population clé chez qui les IST ont été plus notifiées. La même tendance a été observée en 2017.

1.3.2.2. Synthèse de résultats de paquet d'activités offert dans les SA

Dans les services adaptés pour les populations clés (PS, HSH, UD, Détenus) qui constituent les cibles à haut risque et groupes noyaux de transmission des IST et du VIH, le paquet minimum d'activités est offert. Les interventions au niveau des SA sont facilitées par les Pairs Educateurs (PE) à travers la mobilisation communautaire et la référence.

Grâce à l'appui du Fonds mondial, #EAWA et OCAL, 112 pairs éducateurs (PS, HSH) sont positionnés dans 12 SA sur les 46 en 2018. Les références sont faites à l'aide du coupon de référence et du code d'identification unique pour suivi des populations clés. Grâce à ce dispositif, les références des populations clés vers les SA augmentent la fréquentation. Ainsi en plus des 5300 Cas d'IST notifiés, 13 313 membres des populations clés ont été dépistés au VIH avec 251(1,8%) cas positifs. Au total, 591 PVVIH issues des populations clés sont sous ARV, 279 ont bénéficié de la charge virale et 197 ont leur charge virale supprimée.

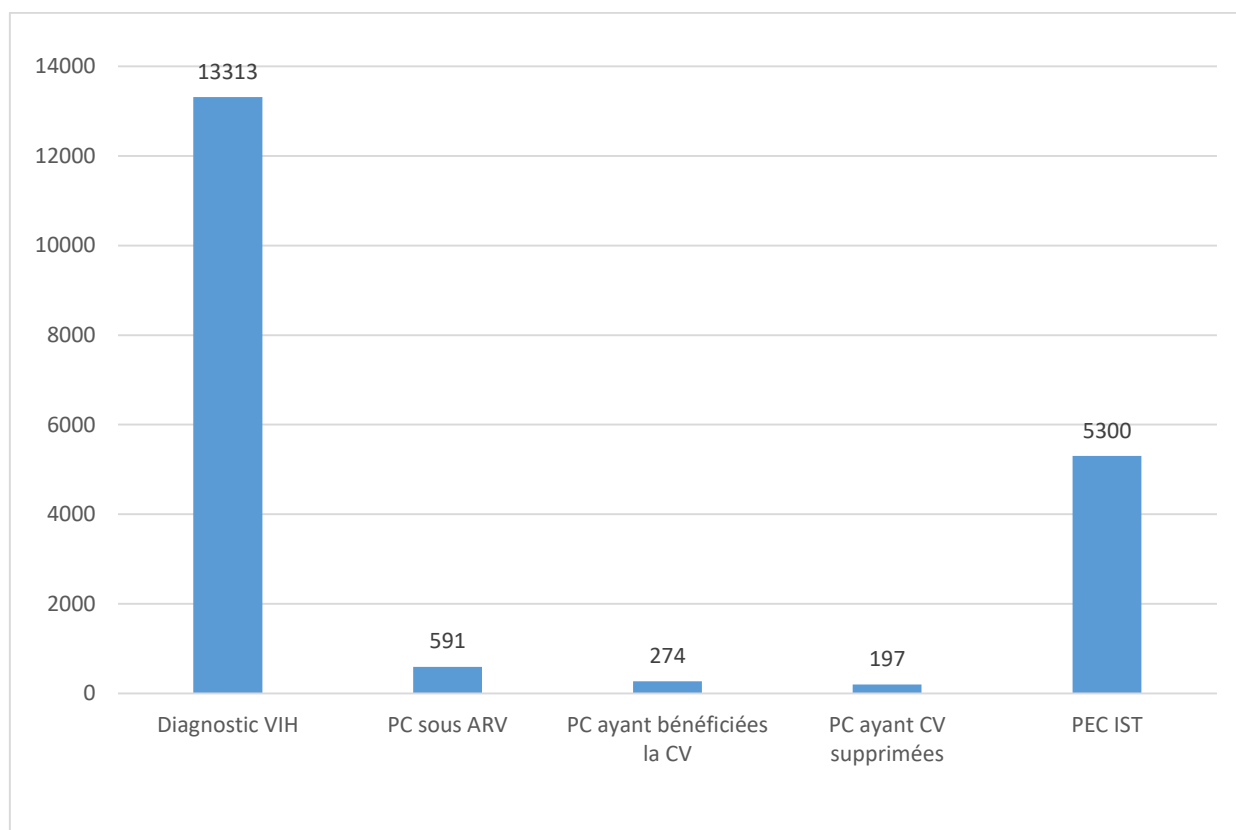


Figure 7 : Paquet d'activités offert dans les SA

1.4. 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 et de la syphilis ;
- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ;
- Les interventions spécifiques visant à réduire la 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 autres 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 planification familiale chez les mères séropositives
- L'accompagnement psychosocial 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 des enfants exposés.

1.4.1. Couverture géographique des sites de PTME

Depuis 2017, des efforts sont faits pour intégrer la PTME dans les structures privées des régions Lomé commune, Maritime. Quinze (15) centres de SMNI privés (03 dans LC et 12 dans Maritime) ont intégré la PTME en 2018. Ceci porte le nombre de sites de PTME à 798 dont 7 non fonctionnels soit une couverture géographique de 76,8% (d= 10382) comme l'indique le graphique ci-dessous.

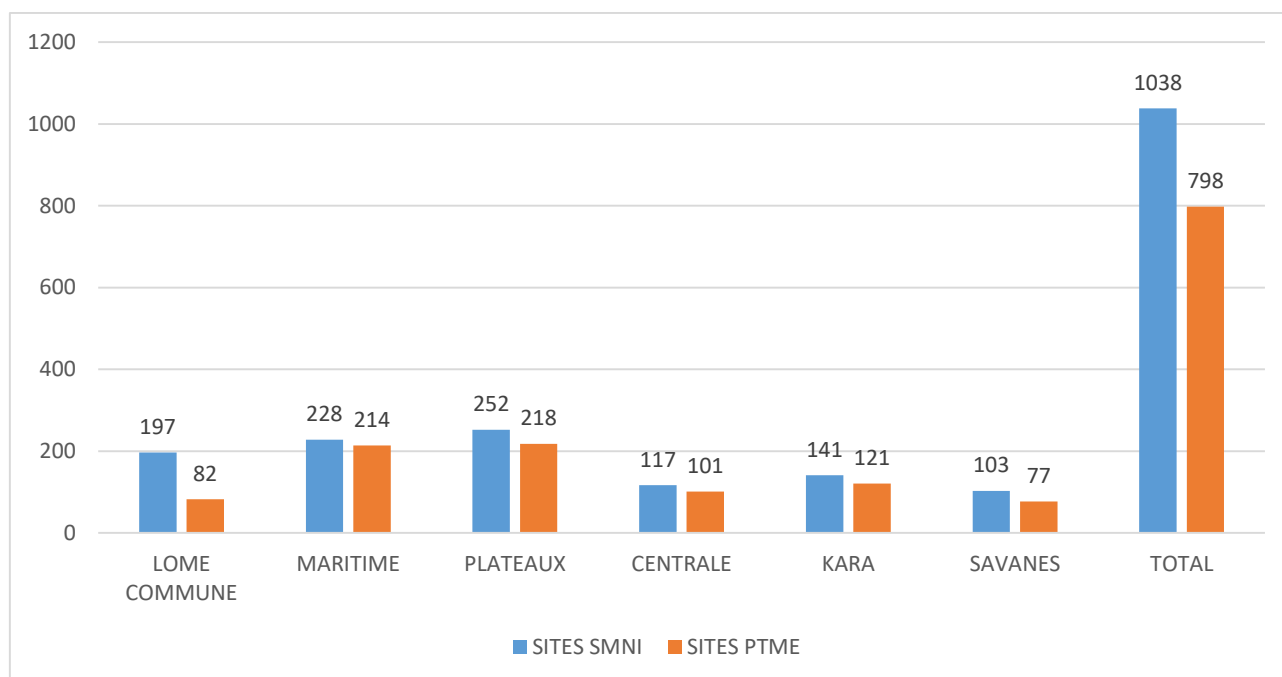


Figure 8 : Comparaison du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région

En dépit de la création de ces nouveaux sites de PTME, la couverture géographique des sites de PTME reste toujours faible dans la région Lomé commune qui a le grand nombre de structures privées; d'où la nécessité de poursuivre les efforts d'intégration des services PTME tant dans les structures privées que publiques.

1.4.2. Prévention primaire de l'infection à VIH et de syphilis

La prévention primaire a été faite dans la population générale et chez les femmes enceintes à travers les activités de conseil dépistage du VIH, de la syphilis et les activités de communication.

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

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 11,30% (216 059 / 1 911 487) des femmes en âge de procréer (15-49 ans) et à 75,38% (207 514 / 275 293) de femmes enceintes de connaître leur statut sérologique à l'égard du VIH à l'échelle nationale.

Il est noté une amélioration de la connaissance du statut sérologique chez les femmes enceintes entre 2017 (56%) et 2018 (75,38%). Cependant on note toujours des 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.

Concernant les partenaires des femmes enceintes, 23 841 ont connu leur statut à l'égard du VIH soit une proportion de 11,48% des femmes enceintes dépistées et 8,66% des femmes enceintes attendues. La majorité de ces partenaires (93,46%) sont ceux des femmes séronégatives. Ce résultat pose le problème de communication et de partage du statut entre les femmes séropositives et leurs partenaires. Ainsi, les actions de sensibilisation des groupes d'hommes et de femmes pour la lutte contre la stigmatisation et la discrimination devraient constituer nos moyens de protection pour l'élimination de la transmission mère enfant du VIH.

En matière de communication, il a été réalisé des sensibilisations sur le VIH à l'endroit des femmes de façon générale par les ONG et en particulier chez les femmes enceintes sur les sites de PTME.

En vue d'améliorer l'utilisation des services de consultation prénatale qui constituent la porte d'entrée pour la PTME au premier trimestre de la grossesse, des T-Shirts et Sacs vecteurs de message de sensibilisation ont été confectionnés pour les femmes enceintes et leurs partenaires. Au Total 7083 T-shirts et Sacs ont été mis à la disposition des sites. De Mai 2017 à fin 2018, 5689 T-shirts et 5253 sacs ont pu être distribués. Ceci n'est que le reflet de la faible proportion de femmes enceintes consultant au premier trimestre de grossesses (28% EDST III).

Dans le cadre de la lutte duale HIV-syphilis, l'utilisation du test DUO HIV/syphilis a été introduite sur 30 sites de PTME en 2017. L'offre du dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes à la CPN et en salle de travail a permis de dépister 73 547 femmes. Parmi elles, 1093 étaient positives et seulement 791 ont bénéficié du traitement par de la benzathine benzyl pénicilline. Huit (8) des enfants nés des mères séropositives ont présenté des signes de syphilis congénitale. Cependant les outils de rapportage disponibles n'ont pas permis de renseigner l'administration de la prophylaxie au benzathine benzyl pénicilline à tous les enfants exposés à la syphilis de même que le traitement à la pénicilline G aux enfants ayant présenté les signes de syphilis congénitale.

1.4.3. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives

La prévention des grossesses non désirées se fait à travers l'offre des services de planification familiale aux femmes séropositives dans les ONG de PECM des PVVIH et dans les centres de SMNI. Seulement 1,59 % (781/49 029) des femmes séropositives ont adopté une méthode

contraceptive. Les préservatifs féminins et masculins ont été distribués à 5460 femmes en âge de procréer pour la double protection. La faible proportion des femmes séropositives ayant adopté une méthode contraceptive est due en partie à l'insuffisance de la traçabilité des femmes séropositives dans les outils de SR/PF et l'insuffisance dans la proposition des services PF aux femmes séropositives au VIH dans les centres de PECM et de PTME.

1.4.4. Interventions spécifiques visant à réduire la TME

Les interventions spécifiques visant à réduire la TME regroupent le traitement ARV maternel, la prophylaxie ARV des nourrissons exposés, les mesures obstétricales à moindre risque et l'alimentation du nourrisson exposé.

L'offre des services de PTME dans les 797 sites a permis d'enregistrer 4 627 femmes enceintes séropositives dont 4331 ont initié le TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Comparativement à 2017, il est noté une augmentation des femmes ayant initié le TAR passant de 3899 à 4331. Les efforts doivent être maintenus afin de donner la chance à toutes les femmes enceintes séropositives de bénéficier du traitement ARV.

En 2018, il était attendu à l'échelle nationale 5396 femmes enceintes séropositives selon les estimations Spectrum (V5.756). Le pourcentage de femmes séropositives ayant reçu le TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 80,26% (4331 /5396).

Le traitement ARV chez les femmes enceintes / mères séropositives par ailleurs connaît des insuffisances dans la rétention dans les soins depuis le dépistage jusqu'à la confirmation du statut du nourrisson exposé. Selon une étude de la rétention chez les femmes en PTME réalisée en 2018 par le PNLS-IST, le taux de rétention était en moyenne de 84,22% à 6 mois et 73,16% à 12 mois ; d'où la nécessité de lever les difficultés liées à la mise en œuvre des activités d'éducation thérapeutique sur les sites.

Afin de minimiser le risque de TME, la charge virale a été réalisée aux femmes enceintes séropositives au VIH au troisième trimestre de grossesse. Les résultats montrent que 1263 femmes enceintes séropositives ont eu une charge virale inférieure à 1000 copies. Les outils n'ont pas permis de renseigner la totalité des femmes enceintes séropositives ayant bénéficié de la CV.

Les accouchements des femmes enceintes séropositives ont permis d'enregistrer 3725 enfants vivant nés de mères séropositives. Parmi eux 96,99% (3613/3725) ont reçu la prophylaxie antirétrovirale. Cette performance est due à la disponibilité des ARV et à l'initiation de la prophylaxie qui se fait en salle d'accouchement.

L'absence de données sur le nombre de femmes séropositives au VIH ayant accouché ne permet pas de faire une analyse approfondie.

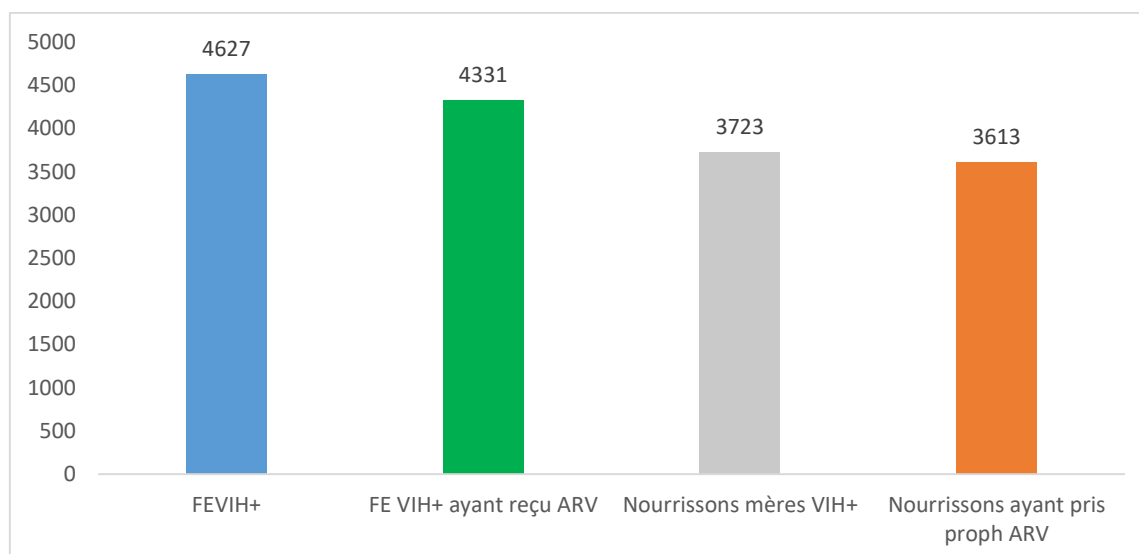


Figure 9 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2018

La cascade des indicateurs de PTME, montre les déperditions aux différentes étapes de la PEC de la femme enceinte séropositive au VIH et des nourrissons exposés.

1.4.5. 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 dans les deux premiers mois de vie, le diagnostic intermédiaire à 9 mois et le diagnostic de confirmation à 18 mois qui permet de déterminer le statut final face au VIH.

1.4.5.1. 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 VII : Répartition régionale et par tranche d'âge des résultats de PCR

	≤2 mois]4 - 6 mois]]6 - 12 mois]	>12 mois	Total général
Lomé commune	814	94	0	3	911
Positif	20	8	0	0	28
%	2,5%	8,5%	0,0%	0,0%	3,1%
Maritime	791	94	1	0	886
Positif	16	6	0	0	22
%	2,0%	6,4%	0,0%	0,0%	2,5%
Plateaux	474	36	0	3	513
Positif	14	2	0	1	17
%	3,0%	5,6%	0,0%	33,3%	3,3%
Centrale	170	14	1	4	189
Positif	9	2	0	0	11
%	5,3%	14,3%	0,0%	0,0%	5,8%
Kara	197	14	0	2	213
Positif	10	2	0	1	13
%	5,1%	14,3%	0,0%	50,0%	6,1%
Savanes	37	1	0	3	41
Positif	0	0	0	0	0
%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total général	2483	253	2	15	2753
Positif	69	20	0	2	91
%	2,8%	7,9%	0,0%	13,3	3,3%

La réalisation du diagnostic précoce a connu une amélioration en termes de qualité, qui se traduit par une réduction des < autres PCR1 > au profit de la PCR1 réalisée dans les deux premiers mois d'âge comme recommandé par les directives nationales.

En général le diagnostic précoce a été réalisé à 2753 enfants exposés dont 2483 dans les deux premiers mois d'âge soit des couvertures de 51,02% (2753/5396) et 46,02% (2483/5396).

Entre 2017 et 2018, la couverture en PCR1 dans les deux premiers mois d'âge est passée de 36% à 46,02%. Malgré ce progrès, on note d'une part sur certains sites une insuffisance dans l'organisation de l'offre des services, dans la collaboration avec certains receveurs de la Société Togolaise des Postes (STP), dans le remplissage des outils de gestion de la PCR et d'autre part les ruptures d'intrants sur les sites et les barrières socio-économiques.

La proportion de séropositivité des enfants ayant bénéficié de la PCR1 dans les 2 premiers mois d'âge est de 2,8% (d= 2483) contre 3,3% (d=2753) pour l'ensemble des PCR1. Ce résultat est loin de la norme de moins de 2% recommandée pour l'eTME.

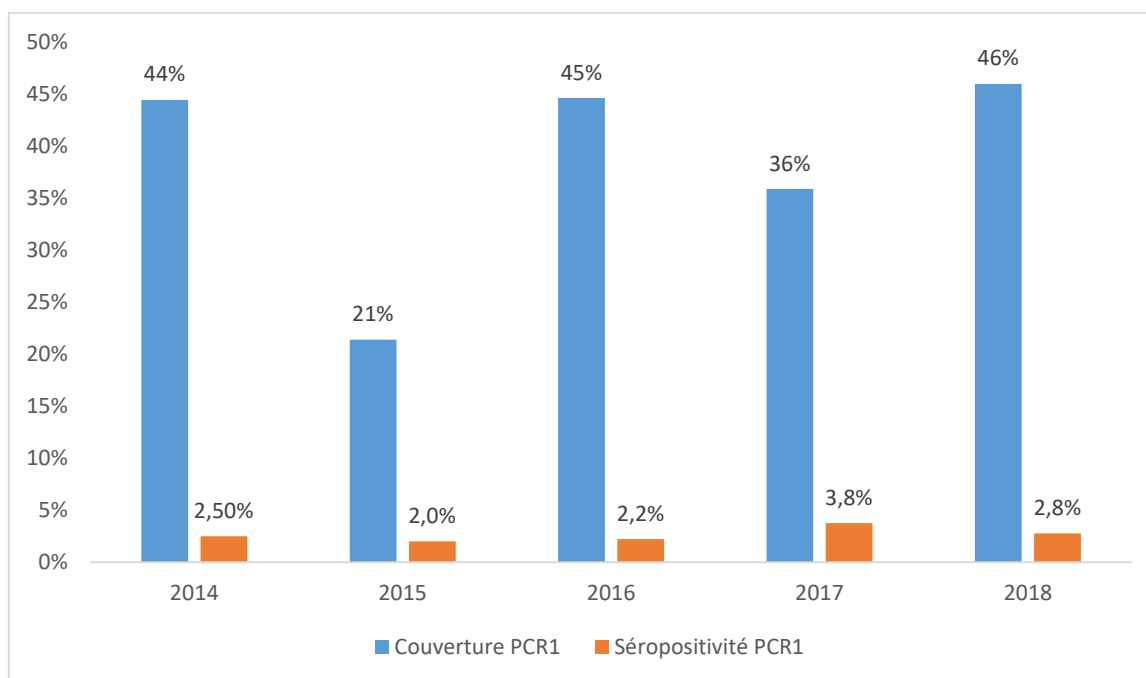


Figure 10 : Couverture de la PCR1 et la séropositivité par année chez les enfants nés de mères VIH+

1.4.5.2. Diagnostic de confirmation

Les données disponibles ne permettent pas de faire une analyse du dépistage de confirmation à 18 mois chez les enfants exposés.

1.4.6. Soins soutien et traitement des femmes séropositives au VIH, de leurs enfants et de leur famille

En matière des soins et soutien aux femmes enceintes/mères séropositives, il a été organisé des activités de groupes de parole à l'endroit de ces femmes et leurs partenaires dans 09 sites des régions Maritime, Plateaux et Centrale grâce à l'appui de l'UNICEF. Les séances sont mensuelles et à chaque séance 20 femmes bénéficient d'un appui financier pour leur déplacement. La plus-value de ces groupes de parole est, entre autres, le partage d'expérience, le respect des rendez-vous etc.

Les femmes enceintes/mères séropositives bénéficient des appels téléphoniques pour le rappel des RDV sur 25 de PTME et de PECP grâce à l'appui de l'UNICEF. Ces rappels ont permis d'améliorer la rétention sur certains sites et la communication entre les acteurs. Cependant ces activités sont confrontées à la réticence de certaines femmes sur certains sites du au non partage de leur résultat sérologique.

1.5. Sécurité transfusionnelle

En 2018, 50 023 poches de sang ont été collectées réparties en 35 680 pour le CNTS de Lomé et 14 343 pour le CRTS de Sokodé, comparativement à 42 906 collectées en 2017. La recherche des marqueurs viraux liés au VIH a donné respectivement un taux de 1,08% de résultat positif ou douteux au CNTS de Lomé et 2,04% pour le CRTS de Sokodé comparativement à 0,91% et 1,69% respectivement pour le CNTS de Lomé et CRTS de Sokodé en 2017.

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, la prise en charge nutritionnelle, le suivi biologique ainsi que la prise en charge des coinfections et comorbidité.

2.1. Couverture géographique des structures de PECM

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 453 en 2017 à 586 en 2018.

Tableau VIII: Répartition des sites de PECM par type de formations sanitaires

Région	Publique	ONG/Association	Privée /Confessionnelle	Total général
Lomé commune	21	17	17	55
Maritime	107	9	28	144
Plateaux	135	8	24	167
Centrale	90	3	9	102
Kara	75	4	6	85
Savanes	27	3	3	33
Total général	455	44	87	586

Près des 2/3 (62%) des sites sont dans les régions Lomé commune, Maritime et plateaux.

2.2. Inscription dans les soins

En 2018, 72 745 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 IX : Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2018

Région	Enfants Masculin	Enfants Féminin	Adultes Masculin	Adultes Féminin	Total	%
Lomé commune	509	1308	8139	20929	30885	42%
Maritime	409	1053	5398	13882	20742	29%
Plateaux	144	372	2180	5605	8301	11%
Centrale	69	179	980	2521	3749	5%
Kara	107	274	1538	3956	5875	8%
Savanes	63	162	831	2137	3193	4%
National	1302	3347	19067	49029	72745	100%

Suivant la répartition des PVVIH par région, environ 71% 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 basés 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 X : Répartition par âge du nombre de cas d'IO diagnostiqué

	Nombre de cas			Total
	Enfants (0 à 14 ans)	Adultes (15 ans et +)		
Candidose (œsophagienne, buccale,)	467	2148	2615	58%
Zona	16	539	555	12%
Toxoplasme	10	269	279	6%
Tuberculose	8	332	340	8%
Cryptococcose (neuro-méningée,)	47	446	493	11%
Kaposi	3	212	215	5%
Total des cas d'infections opportunistes	551	3946	4497	100%

La candidose œsophagienne et buccale constituait l'IO la plus fréquente (58%)

2.3.2. Prophylaxie au cotrimoxazole

La prévention des infections opportunistes comme la toxoplasmose, la pneumocystose, l'isosporose est assurée par l'administration du cotrimoxazole. En 2018, 25464 patients sous ARV ont bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole

Tableau XI : Répartition de la prophylaxie au cotrimoxazole par région

Région	Enfants PVVIH sous Prophylaxie au Cotrimoxazole (moins de 15ans)	Adultes PVVIH sous Prophylaxie au Cotrimoxazole (15 ans & plus)	Total PVVIH sous Prophylaxie au cotrimoxazole	Proportion PVVIH sous prophylaxie au cotrimoxazole %
Lomé commune	877	9803	10680	42%
Maritime	580	5926	6506	26%
Plateaux	276	3241	3517	14%
Centrale	137	1388	1525	6%
Kara	173	2311	2484	10%
Savanes	73	679	752	3%
National	2116	23348	25464	100%

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 2018 est de 7338 soit une inclusion mensuelle de 612 patients

Tableau XII : Répartition des inclusions par région

Région	Enfants (moins de 15ans)	Adultes (15 ans & plus)	PTME	Total	%
Lomé commune	148	1478	668	2294	31%
Maritime	187	1233	1006	2426	33%
Plateaux	69	590	523	1182	16%
Centrale	57	201	217	475	6%
Kara	59	477	252	788	11%
Savanes	15	30	128	173	2%
National	535	4009	2794	7338	100%

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.

2.5. Suivi des patients sous TARV

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, la formation des prestataires en délégation de tâche et l'extension des services de PTME.

Le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 7622 à 64842 entre 2007 et 2018 comme l'indique la figure ci-dessous

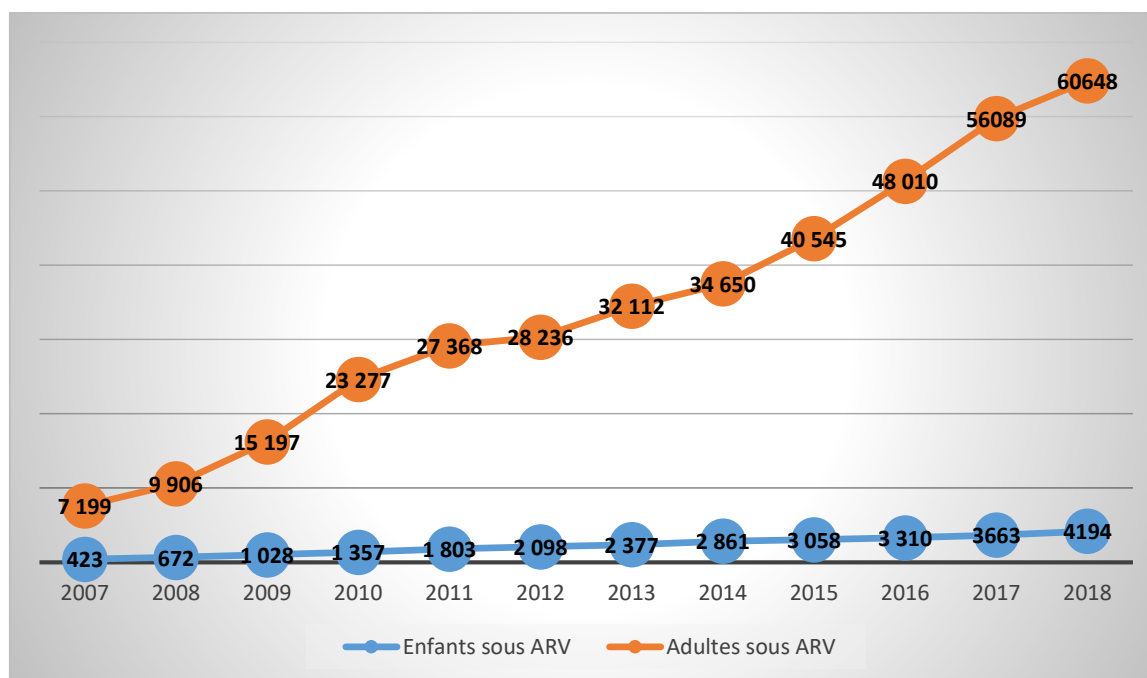


Figure 11 : Evolution par année du nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV

2.6. Répartition des PVVIH sous ARV par région

Tableau XIII : répartition des PVVIH sous ARV par région en 2018

Région	Enfants Masculin (moins de 15ans)	Enfants Féminin (moins de 15ans)	Total enfants sous TARV	Adultes Masculin (15 ans & plus)	Adultes Féminin (15 ans & plus)	Total Adultes sous TARV (15 ans & plus)	Total PVVIH adultes & enfants sous TARV
Lomé commune	461	1185	1646	7475	19223	26698	28344
Maritime	376	967	1343	4708	12107	16815	18158
Plateaux	132	338	470	1932	4968	6900	7370
Centrale	69	177	246	964	2480	3444	3690
Kara	101	259	360	1394	3584	4978	5338
Savanes	36	93	129	508	1305	1813	1942
National	1174	3020	4194	16981	43667	60648	64842

Suivant la répartition par sexe des PVVIH sous traitement antirétroviral, le sexe féminin représente environ 72% comme l'indique la figure ci-dessous.

2.7. Répartition par sexe du nombre de PVVIH sous ARV

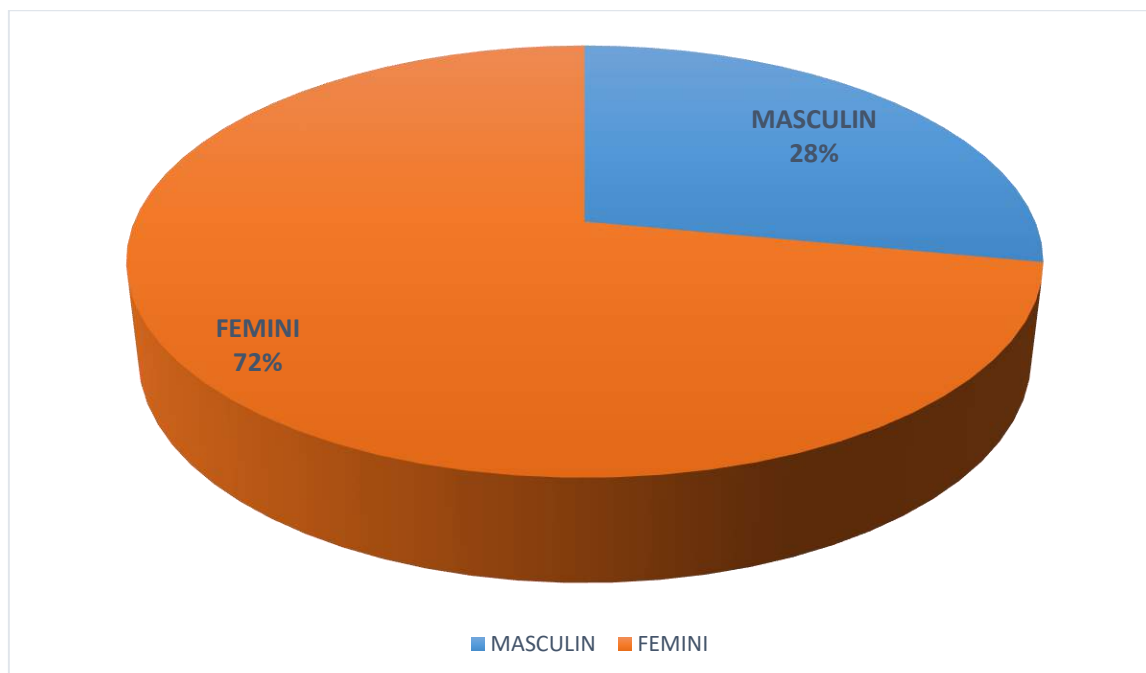


Figure 12 : Répartition par sexe du nombre de PVVIH sous ARV

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 ; le dépistage à l'initiative du prestataire CDIP, 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%.

Sur les 64842 PVVIH sous traitement antirétroviral, on note 591 populations clés sous traitement antirétroviral. Comme l'indique les résultats de la figure ci-dessous, sur les 591 sous traitement antirétroviral, les PS représentent 62% et les HSH 30 %.

Tableau XIV : répartition des PVVIH sous ARV populations clés par région

Région	Nb PVVIH PS sous TARV	Nb PVVIH HSH sous TARV	Nb PVVIH Détenus sous TARV	Nb PVVIH UD sous TAR	Total PVVIH KP sous TARV
Lomé commune	294	162	19	0	181
Maritime	30	17	18	1	66
Plateaux	12	0	3	0	15
Centrale	11	0	0	0	11
Kara	15	0	6	0	21
Savanes	3	0	0	0	3
National	365	179	46	1	591

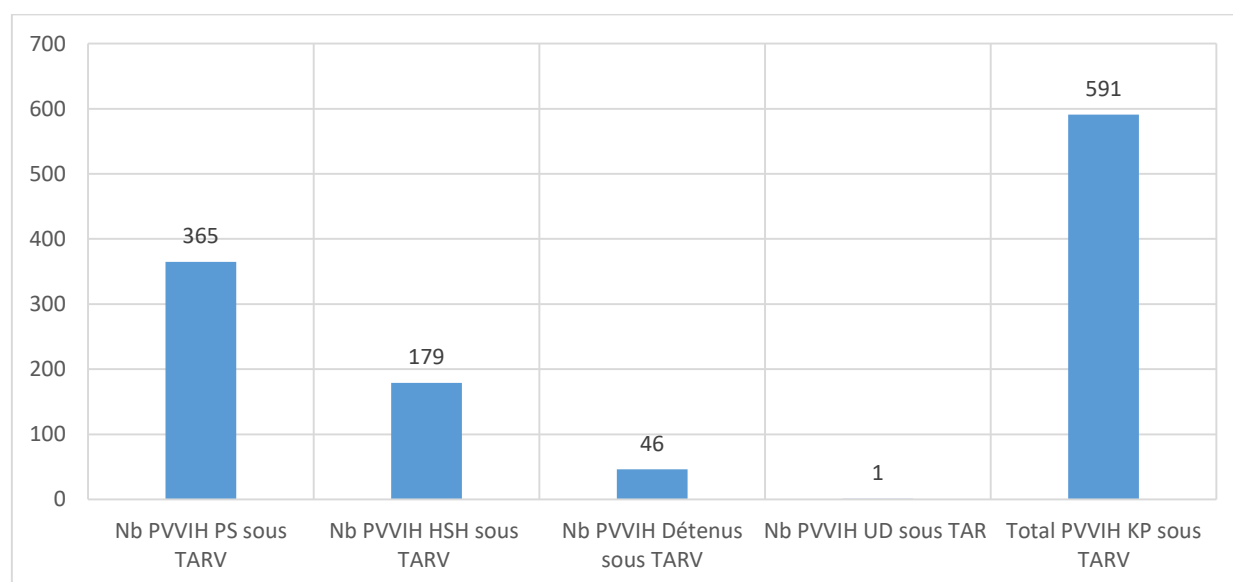


Figure 13 : Répartition des PVVIH sous ARV par type de population clé

2.8. La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2018 :

Tableau XV : La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2018

Lignes thérapeutiques	Enfants	Adultes	Adultes & Enfants	Pourcentage
1ère ligne	3665	55146	58811	90,7%
2ème ligne	527	5460	5987	9,2%
3ème ligne	2	42	44	0,1%

Tableau XVI : Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques

N°	Schémas thérapeutiques	Enfants	%	Adultes	%	Total adultes & enfants	%
1ère ligne							
1	TDF+3TC+EFV	435	10%	49456	82%	49891	76,94%
2	AZT+3TC+NVP	1129	27%	3471	6%	4600	7,09%
3	AZT+3TC+EFV	134	3%	1298	2%	1432	2,21%
4	ABC+3TC+EFV	1813	43%	700	1%	2513	3,88%
5	TDF+3TC+NVP	29	1%	123	0,20%	152	0,23%
6	ABC+3TC+NVP	103	2%	98	0,16%	201	0,31%
7	ABC+3TC+LPV/r	13	0,31%	0	0,00%	13	0,02%
8	AZT+3TC+LPV/r	2	0,05%	0	0,00%	2	0,00%
9	TDF+3TC+LPV/r	7	0,17%	0	0,00%	7	0,01%
Total 1ère Ligne		3665	87,4%	55146	90,93%	58811	90,70%
2ème ligne							
1	TDF+3TC+ ATV/r	0	0%	2026	3%	2026	3,12%
2	TDF+3TC+LPV/r	12	0%	802	1%	814	1,26%
3	ABC+3TC+ ATV/r	0	0%	1168	2%	1168	1,80%
4	AZT+3TC+ATV/r	0	0%	811	1%	811	1,25%
5	ABC+3TC+LPV/r	469	11%	326	1%	795	1,23%
6	AZT+3TC+LPV/r	46	1%	327	1%	373	0,58%
Total 2ème Ligne		527	13%	5460	9%	5987	9,23%
3ème ligne							
1	TDF/3TC+DRV+RAL+RT	0	0%	39	0%	39	0,06%
2	ABC+3TC+RAL+DRV/r	2	0%	1	0,00%	3	0,00%
3	AZT+3TC+RAL+DRV/r	0	0%	2	0,00%	2	0,00%
Total 3ème Ligne		2	0%	42	0,07%	44	0,07%

2.9. Prise en charge des coinfectés 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 2018, au total, 72745 PVVIH enregistrées et suivies sur 66014 soit 90% 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 XVII : Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la recherche active de la tuberculose a été faite

	Enfants	Adultes
Lomé Commune	1737	27864
Maritime	1221	16281
Plateaux	481	7353
Centrale	247	3469
Kara	381	5490
Savanes	115	1375
National	4182	61832

La recherche active de la tuberculose a été effective chez 90% des patients inscrits dans les soins. Cette recherche active consiste à rechercher systématiquement chez tout PVVIH reçu en consultation, les quatre signes cardinaux de la tuberculose à savoir : présence de la toux, la fièvre, sueur nocturne et l'amaigrissement.

2.10. Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée

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

Région	Enfants VIH/TB (moins de 15ans)	Adultes VIH/TB (15 ans & plus)
Lomé commune	1	74
Maritime	0	91
Plateaux	1	41
Centrale	6	46
Kara	0	70
Savanes	0	10
National	8	332

Sur les 72 745 Parmi les PVVIH suivis dans les différentes structures de prise en charge médicale, 340 cas de tuberculose ont été diagnostiqués soit 0,5%. Les régions les plus touchées sont celles de la région maritime et de Lomé commune.

2.11. Suivi biologique des PVVIH

En 2018 ces bilans de suivi hémato biochimiques ne sont plus subventionnés par le FM et sont à la charge des patients ce qui constitue un défi pour le programme en termes de suivi de la qualité de soins des PVVIH. Néanmoins le comptage des CD4 et la Charge virale qui restent gratuits sont réalisés par les patients.

Tableau XIX : Répartition par région du nombre de PVVIH ayant bénéficié du comptage des lymphocytes TCD4

Région	Nombre de PVVIH ayant bénéficié du comptage des lymphocytes TCD4 Sous TAR	Nombre de PVVIH ayant bénéficié du comptage des lymphocytes TCD4 Non encore sous TAR	Nombre total de PVVIH ayant bénéficié du comptage des lymphocytes TCD4	Nombre de PVVIH sous TARV ayant TCD4 <500	Nombre de PVVIH non encore sous TARV ayant un TCD4 <500
Centrale	1703	654	2357	590	395
Kara	1460	434	1894	592	285
Lomé	19286	1916	21202	9748	1174
Maritime	3998	2278	6276	1736	1098
Plateaux	3022	1475	4497	1247	786
Savanes	535	639	1174	133	154
National	30004	7396	37400	14046	3892

Au total 37 400 PVVIH ont bénéficié de comptage des CD4 soit 51% des PVVIH inscrites dans les soins, parmi sous traitement ARV ayant bénéficié du comptage CD4, 37,55% ont leurs résultats CD4 inférieur à 500.

2.12. Mesure de la charge virale

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

	PVVIH ayant bénéficié CV	File active sous ARV	Couverture charge virale
Lomé Commune	10153	28344	36%
Maritime	3285	18158	18%
Plateaux	3007	7370	41%
Centrale	1117	3690	30%
Kara	1950	5338	37%
Savanes	1042	1942	54%
National	20554	64842	32%

La couverture en charge virale des PVVIH sous ARV est relativement faible en 2018. Des efforts doivent être faits pour qu'au moins 50% de PVVIH bénéficient de la charge virale en 2019.

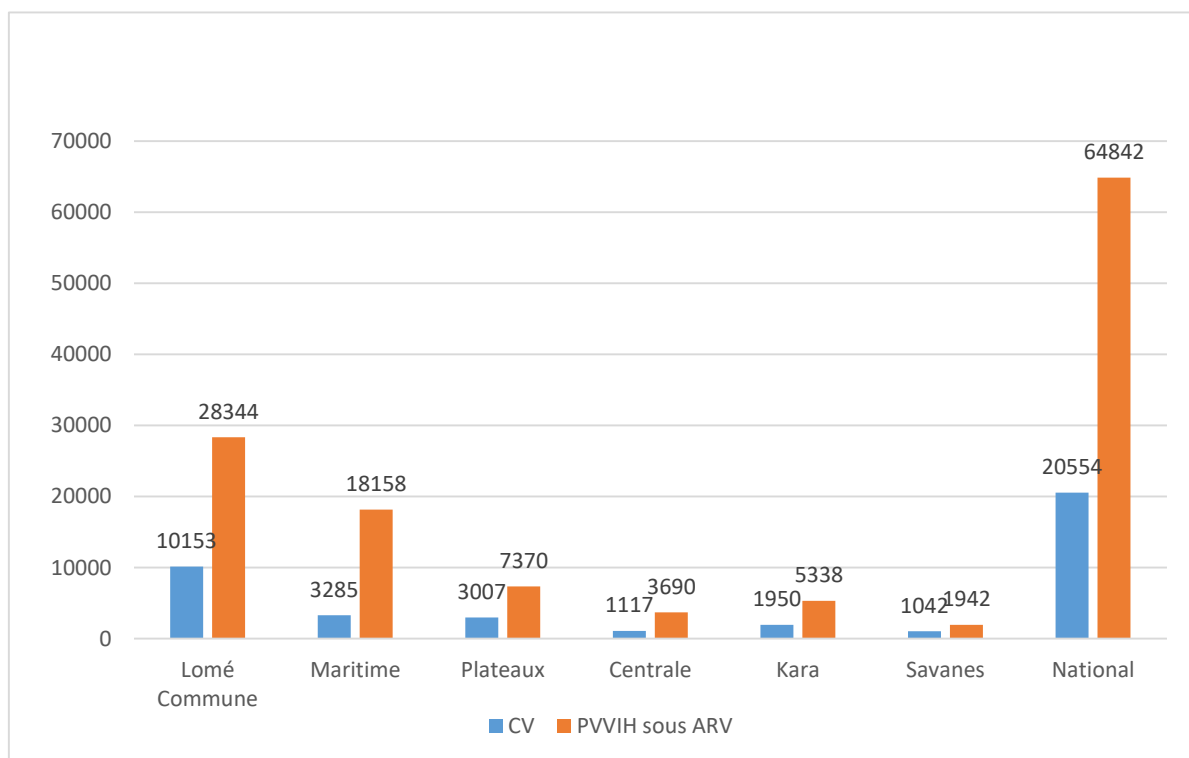


Figure 14 : Répartition par région du nombre de PVVIH sous ARV ayant bénéficié de la CV par rapport à l'ensemble des PVVIH sous ARV

Tableau XXI ; Répartition des PVVIH ayant leur charge virale supprimée par région

Région	PVVIH ayant CV	PVVIH ayant CV Supprimée	% CV Supprimée
LOME COMMUNE	10153	8340	82%
Adulte	9322	7766	83%
Enfant	831	574	69%
MARITIME	3285	2544	77%
Adulte	2947	2336	79%
Enfant	338	208	62%
PLATEAUX	3007	2156	72%
Adulte	2762	2022	73%
Enfant	245	134	55%
CENTRALE	1117	854	76%
Adulte	985	777	79%
Enfant	132	77	58%
KARA	1950	1626	83%
Adulte	1787	1509	84%
Enfant	163	117	72%

SAVANES	1042	751	72%
Adulte	943	690	73%
Enfant	99	61	62%
Total général	20554	16271	79%

Tableau XXII : répartition par tranches d'âge et sexe de la proportion des PVVIH ayant CV supprimée

Tranches d'âge	Total PVVIH ayant bénéficié CV	Total PVVIH ayant CV Supprimée	%
1. Entre 0 à 4 ans	376	274	73%
Féminin	217	158	73%
Masculin	118	81	69%
Non renseigné	41	35	85%
2. Entre 5 à 9 ans	607	387	64%
Féminin	314	209	67%
Masculin	292	177	61%
Non renseigné	1	1	100%
3. Entre 10 à 14 ans	825	510	62%
Féminin	444	283	64%
Masculin	377	225	60%
Non renseigné	4	2	50%
4. Entre 15 à 19 ans	524	310	59%
Féminin	273	177	65%
Masculin	249	132	53%
Non renseigné	2	1	50%
5. Entre 20 à 24 ans	408	300	74%
Féminin	308	235	76%
Masculin	98	63	64%
Non renseigné	2	2	100%
6. 25 ans et plus	17814	14490	81%
Féminin	13180	10803	82%
Masculin	4562	3625	79%
Non renseigné	72	62	86%
Total général	20554	16271	79%

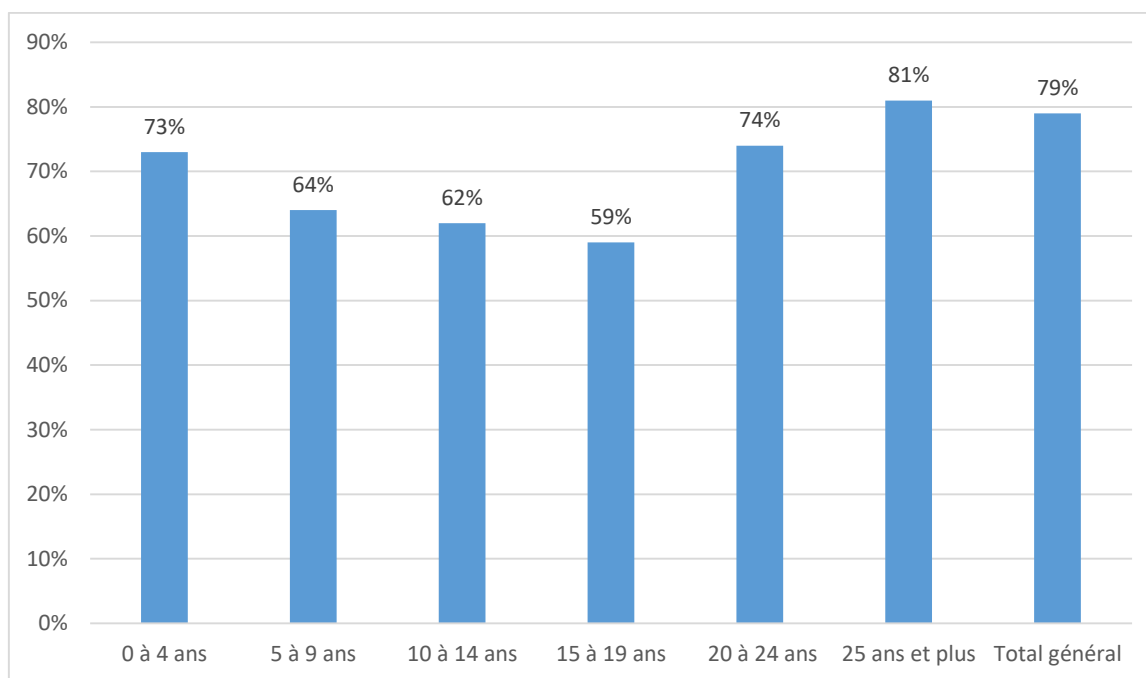


Figure 15 : Répartition par tranches d'âge des PVVIH ayant bénéficié de la Charge Virale

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 79,16% (n= 16271).

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

2.13. Cascade de dépistage et de traitement et les résultats des 3x90

Les différents résultats obtenus en 2018 concernant le nombre de PVVIH estimé (110000), le nombre de PVVIH suivies dans les centres de prise en charge (72745), le nombre de PVVIH sous ARV (64842) et celui des PVVIH ayant une charge virale supprimée (16271) ont permis de faire l'analyse de la cascade de dépistage et de traitement.

Les résultats des différentes cascades soulignent beaucoup d'efforts restent à faire pour la cascade de dépistage en ce qui concerne la connaissance du statut sérologique et la cascade de la suppression charge virale ou le défi majeur reste la couverture de la charge virale aux PVVIH.

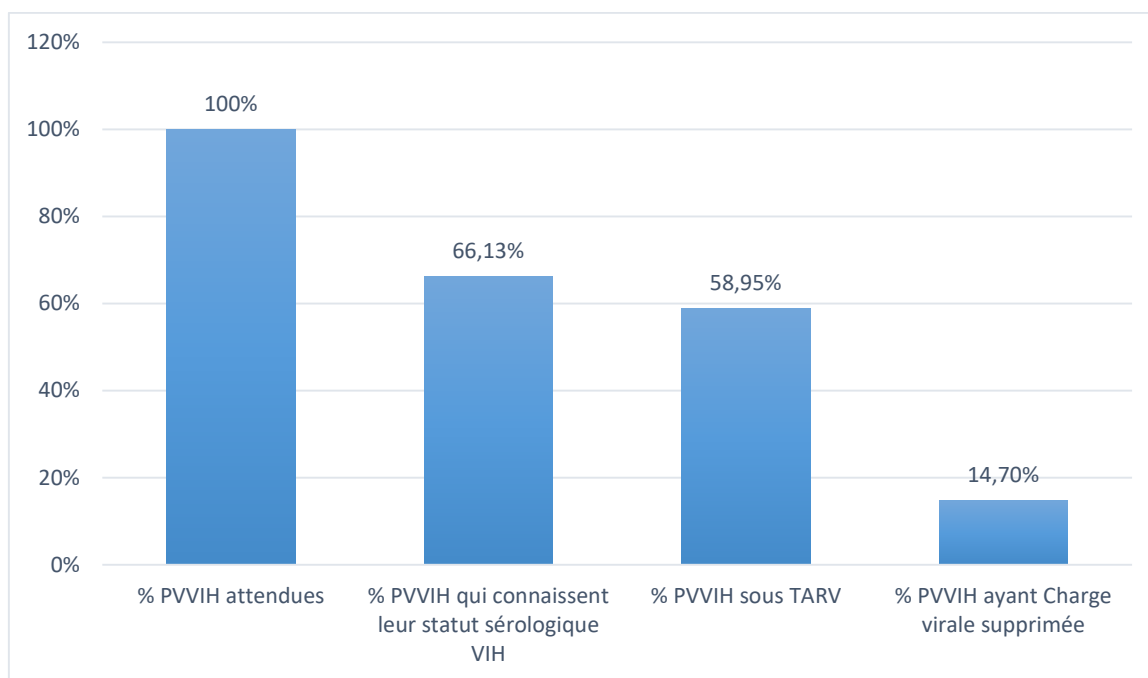


Figure 16 : Cascade de dépistage et de traitement en 2018

Concernant, la cascade des 3X90, les résultats obtenus en 2018, ont permis d’apprécier le niveau d’atteinte ainsi que les gaps à combler pour être au rendez-vous à l’horizon 2020 comme l’indique le graphique ci-dessous.

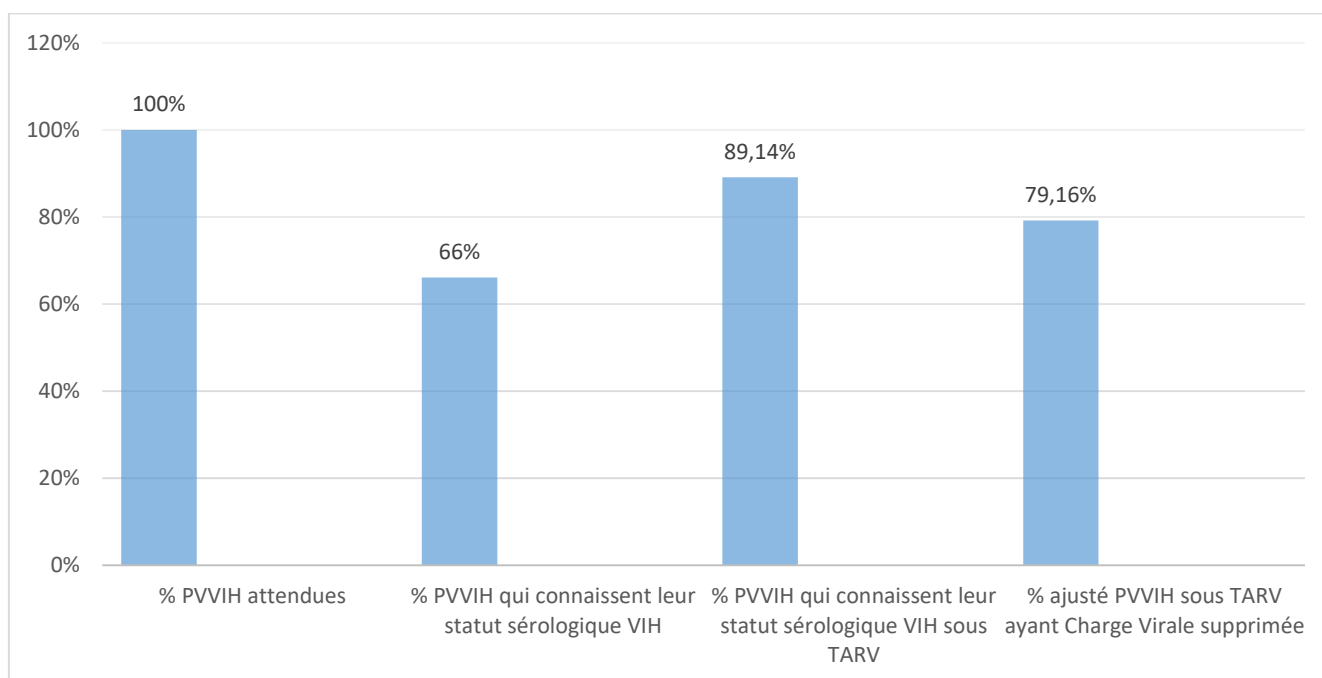
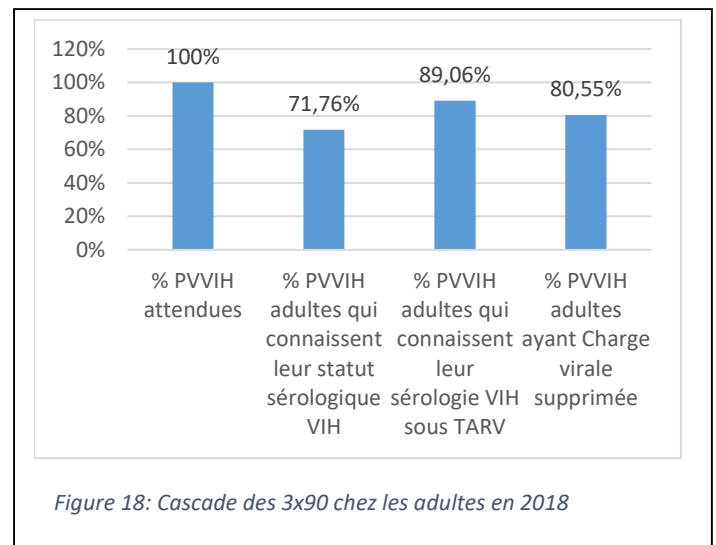
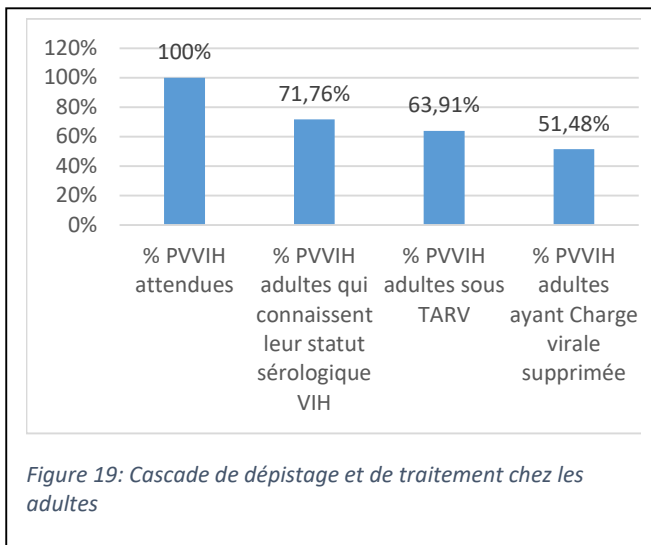
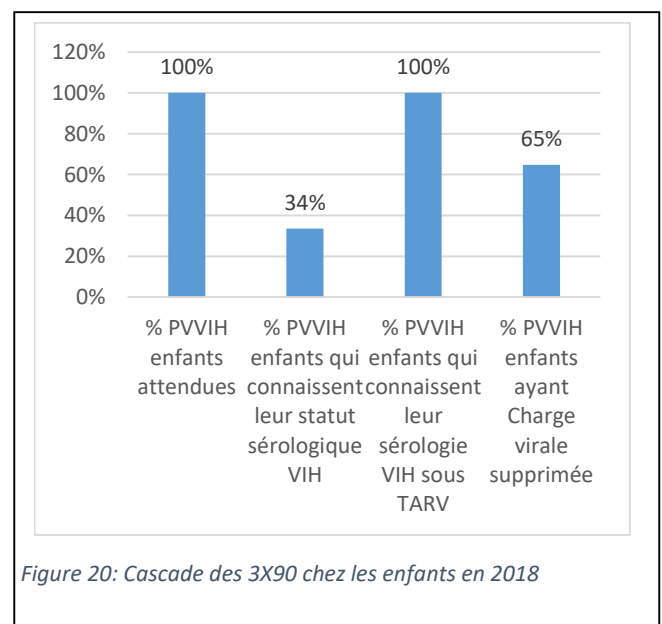
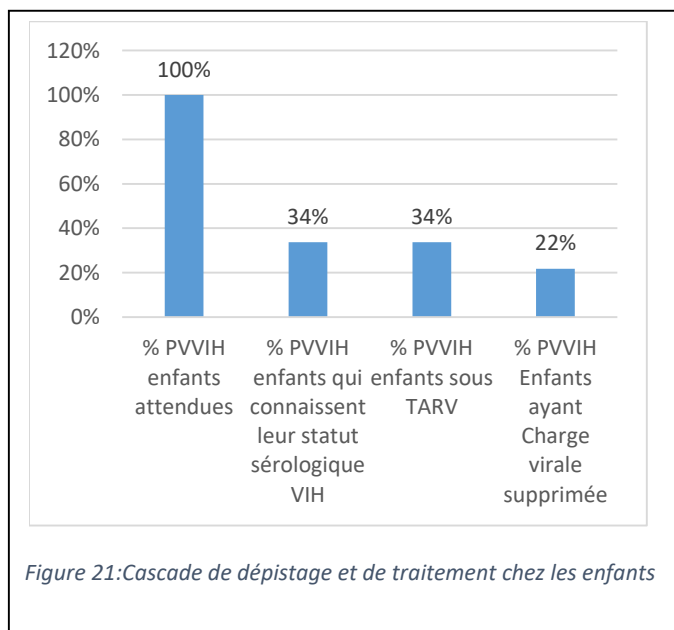


Figure 17 : Cascade des 3X90 en 2018

✓ Cascade de dépistage et de traitement et résultats 3x90 chez les adultes



Cascade de dépistage et de traitement chez les enfants



2.14. Prise en charge nutritionnelle et 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, des VAD, des groupes d'entraide, de médiations familiales. Ces activités sont réalisées par le personnel du centre, les volontaires communautaires et même les PVVIH.

En 2018, l'UNICEF a appuyé l'organisation des groupes de parole des enfants et adolescents suivis et l'utilisation des téléphones sur 25 sites doter de crédits mensuels pour améliorer le suivi de la prise en charge des femmes enceintes /mères séropositives et des enfants exposés et infectés par le VIH.

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. Un projet pilote de consultations nutritionnelles et dépistage de la malnutrition chez les PVVIH et les patients tuberculeux au Togo a été mis en place dans 45 sites en 2018 répartis dans les six régions sanitaires du pays avec l'appui du PAM.

Les sites sélectionnés ont été dotés de matériels anthropométriques. Les résultats obtenus dans la mise en œuvre de ces activités sont présentés dans les tableaux ci-dessous :

Tableau XXIII : Répartition des cas de consultations nutritionnelles effectués par les prestataires selon le type de maladie par région

Régions	Nombre de Cas de consultations nutritionnelles chez les PVVIH	Nombre de Cas de consultations nutritionnelles chez les Patients TB	Nombre total de cas de consultations nutritionnelles
Lomé Commune	1 516	90	1 606
Maritime	395	-	395
Plateaux	282	57	339
Centrale	449	-	449
Kara	1 219	40	1 259
Savanes	1 42	-	142
Ensemble	003	187	4190

Les résultats de la prévalence de la malnutrition aigüe et de l'anémie chez les PVVIH toutes catégories confondues sont les suivants :

Tableau XXIV : Nombre et pourcentage des cas de malnutrition chez les PVVIH toute catégories confondues

Régions	Nombre de Cas MAS	% MAS	Nombre de Cas MAM	% MAM	Nombre de Cas Normal	% Normal	Nombre de Cas Surpoids	% Surpoids	Nombre de Cas Obésité	% Obésité	Nombre total de Cas suivi chez les PVVIH	% Total
Lomé Commune	23	1,5	123	8,1	775	51,1	397	26,2	198	13,1	1 516	100,0
Maritime	45	11,4	77	19,5	221	55,9	46	11,6	6	1,5	395	100,0
Plateaux	15	5,3	28	9,9	212	75,2	20	7,1	7	2,5	282	100,0
Centrale	29	6,5	39	8,7	324	72,2	44	9,8	13	2,9	449	100,0
Kara	33	2,7	118	9,7	832	68,3	168	13,8	68	5,6	1 219	100,0
Savanes	5	3,5	29	20,4	99	69,7	8	5,6	1	0,7	142	100,0
Ensemble	150	3,7	414	10,3	2463	61,5	683	17,1	293	7,3	4 003	100,0

Sur 4003 PVVIH reçues en consultation nutritionnelle dans les 45 formations sanitaires, objet de rapportage 3,7% de malnutrition aigüe sévère et 10,3% de malnutrition modéré ont été notifiés.

Sur 152 enfants de 0 à 59 mois suivis, 19 soit 11,7% souffrent de la malnutrition aigüe sévère et 33 soit 20,4% de malnutrition modérée comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau XXV : Nombre et pourcentage des cas de malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 59 affectés ou infectés par le VIH mois par région

	Nombre de Cas MAS Chez 0 à 59 mois	% MAS	Nombre de Cas MAM Chez 0 à 59 mois	% MAM	Nombre de Cas Normal Chez 0 à 59 mois	% Normal	Nombre de Cas suivi chez les enfants 0 à 59 mois	% total
Lomé Commune	1	5,3	5	26,3	13	68,4	19	100,0
Maritime	6	14,0	10	23,3	27	62,8	43	100,0
Plateaux	5	11,1	13	28,9	27	60,0	45	100,0
Centrale	4	28,6	2	14,3	8	57,1	14	100,0
Kara	3	7,3	3	7,3	35	85,4	41	100,0
Savanes	0		0		0		0	
Ensemble	19	11,7	33	20,4	110	67,9	162	100,0

*MAS =Malnutrition Aigüe Sévère

*MAM= Malnutrition Aigüe Modéré

Les résultats du dépistage de la malnutrition aigüe chez les femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH se présentent dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXVI : Nombre et pourcentage des cas de maigreur chez les femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH

Régions	Nombre de Cas MAS	% MAS	Nombre de Cas MAM	% MAM	Nombre de Cas Normal	% Normal	Nombre de Cas Surpoids	% Surpoids	Nombre de Cas Obésité	% Obésité	Nombre total de Cas suivi chez les femmes enceintes	% Total
Lomé Commune	1	2,7	1	2,7	26	70,3	9	24,3	0	0,0	37	100,0
Maritime	1	2,8	2	5,6	32	88,9	1	2,8	0	0,0	36	100,0
Plateaux	0	0,0	0	0,0	34	100,0	0	0,0	0	0,0	34	100,0
Centrale	0	0,0	2	8,7	20	87,0	0	0,0	1	4,3	23	100,0
Kara	0	0,0	0	0,0	43	100,0	0	0,0	0	0,0	43	100,0
Savanes	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Ensemble	2	1,1	5	2,8	158	89,8	10	5,7	1	0,6	176	100,0

En perspective, le dépistage systématique de la malnutrition dans toutes les structures de prise en charge des PVVIH, des sites PTME et des sites de prise en charge des patients tuberculeux, nécessitera la mobilisation des moyens financiers pour l'implémentation dans le pays.

3. Activités de laboratoires : contrôle qualité des tests VIH

3.1. Confirmation des résultats discordants

Afin de permettre la confirmation des résultats discordants en respect des dispositions de l'algorithme national de dépistage VIH, dix-sept (17) principaux laboratoires du réseau et surtout certains des sites PTME des districts ont eu à convoier leurs prélèvements au Centre National de Référence où ceux-ci ont été confirmés à l'aide du test 3 (INNOLIA HIVI/II score). Le tableau ci-dessous suivant résume le nombre d'échantillons envoyés par lesdits sites.

Tableau XXVII : Répartition par site du nombre d'échantillons collectés

N° Ordre	Sites	Nombre d'échantillons reçu au CNR/VIH
1	Polyclinique Sokodé	03
2	CHR Sokodé	02
3	CRTS de Sokodé	03
4	CMS Agoe-Nyivé	02
5	AST Baguida	02
6	CHR Tsévié	02
7	Cabinet HOSANNA	01
8	CMS Amoutivé	01
9	Labo Camp de Lomé	04
10	AMC	03
11	ATBEF	05
12	PERFECT LABO	05

13	CHU CAMPUS	01
14	CMS CACAVELI	02
15	JADE POUR LA VIE	01
16	EVT LOME	04
17	BE KPOTA	07
17	CHU SO	27
Total		75

3.2. Contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale JMS 2018/ONG COMPASSION

Tableau XXVIII : résultats du contrôle de qualité

	NBRE ECHANTILLONS CONTROLES	NBRE DE FAUX RESULTATS	TAUX DE CONCORDANCE (%)
CAMPAGNE JMS 2018	2000	11	99.45 [98,8-100]
ONG COMPASSION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE ZIO (Août 2018)	814	01	99.80 [98,8-100]

En 2018, le CNR/VIH avait réalisé deux évaluations de résultats de dépistage VIH. La première lors de la campagne du 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 six (6) églises dans le district de Zio.

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 un (01) faux résultat au client (ONG Compassion Internationale dans le district de Zio).

Les taux de concordance étaient respectivement de 99,45 % pour la campagne de dépistage VIH JMS 2018 et de 99,80 % pour la campagne de dépistage VIH organisée par l'ONG Compassion Internationale dans le district de Zio.

3.3. EVALUATION DES TESTS VIH

Le CNR/VIH a évalué la performance de 02 tests rapides de dépistage de l'infection à VIH (WANTAI HIV ET ORAQUICK HIV).

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 ci-dessous avec leur place dans l'algorithme national de dépistage VIH.

Après ces nouvelles évaluations, le tableau récapitulatif de 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 du présent rapport.

Tableau XXIX : sensibilité et spécificité des tests utilisés en 2018

	SENSIBILITE (%)	SPECIFICITE (%)	VPP (%)	VPN (%)	PLACE DANS ALGORITHME NATIONAL
WANTAI HIV	100	95.3	95.5	100	1
ORAQUICK HIV	100	100	100	100	1

4. Gestion des intrants

4.1. Quantification et approvisionnement

La quantification des besoins en intrants médicaux pour le compte de l'année 2018 a été réalisée et validée par le FM en juin 2017. Elle a servi de base pour la commande des besoins de Janvier à Décembre 2018 sous le NFM2. Elle a également servi de base pour la commande des besoins de 2018 sur financement du gouvernement Togolais.

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

Pour assurer la disponibilité des ARV sur les sites de dispensations, l'approvisionnement se fait mensuellement par les logisticiens des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et de façon trimestrielle pour les intrants des autres interventions de lutte contre les VIH/Sida/IST.

4.2. Dispensation des ARV

Dans le souci de rapprocher au mieux les ARV 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 125 sites de dispensation soit 88% (125/ 141) de la couverture des sites de PECM accrédités.

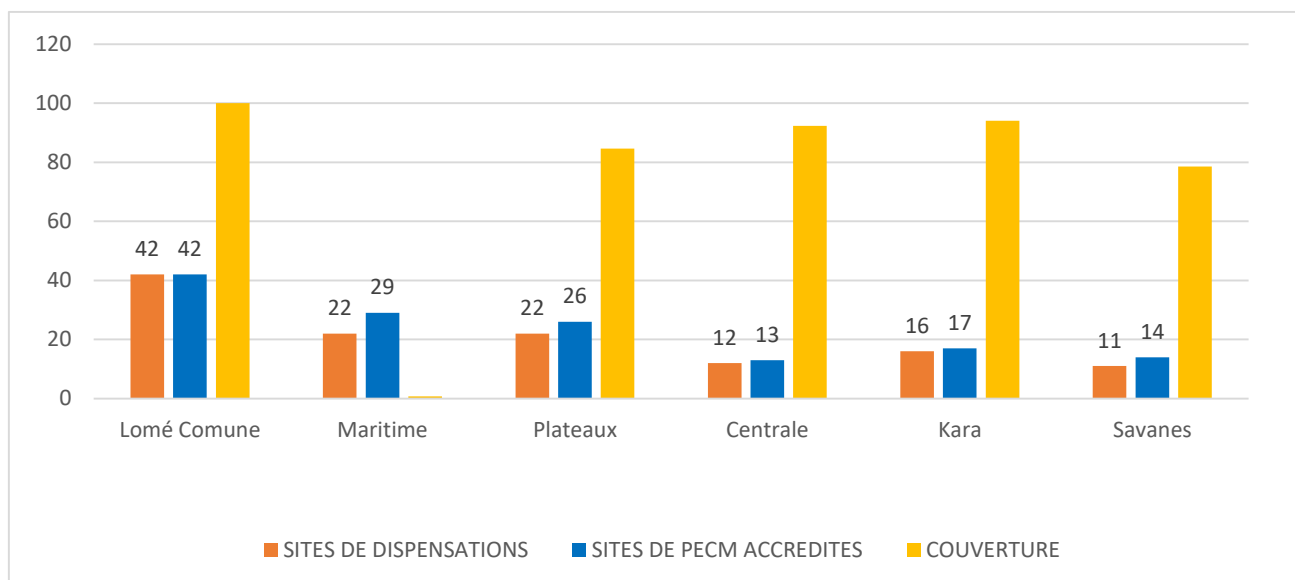


Figure 22 : Couverture des sites de PECM accrédités en dispensation des ARV par région

4.3. Disponibilité des ARV en 2018.

Afin d'améliorer l'analyse des stocks et des consommations des ARV pour une meilleure prise de décision, le PNLS-IST a opté officiellement en Avril 2015 à Accra pour l'outil de suivi des produits VIH/Sida conçu par SIAPS avec le financement de l'USAID. C'est un outil web (www.ospsida.org) piloté par le bureau régional ouest africain de SIAPS regroupant 6 pays. Cet outil permet au PNLS-IST d'avoir une meilleure visibilité des données de consommation des ARV, des tendances de consommation par établissement, par protocoles et d'évaluer les niveaux de stocks afin d'éviter les sur stockages et les ruptures.

4.4. Disponibilité des ARV sur les sites de dispensation

L'amélioration du système d'approvisionnement (suivi et redéploiement des stocks) et les supervisions formatives ont permis de réduire considérablement le nombre de ruptures au niveau des sites de dispensation.

5. . Suivi-évaluation et recherches

Résultat de performance des indicateurs VIH du PNDS (2017-2022)

Tableau XXX : Performances en matière de Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles (VIH/Sida) (Indicateurs PNDS)

Indicateurs	Valeur de référence 2017	Valeur cible 2018	Valeur réalisée 2018	Performance en 2018	Score de performance en 2018
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	66	93,30	80	0,51	3
Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	91	91	91*	0	

* Il s'agit d'un indicateur d'enquête. Comme il n'y a pas eu d'enquête en 2018 donc, la valeur de 2017 est gardée

5.1. Activités de suivi et évaluation

5.1.1. Revues des activités : PTA et activités de PECM

En 2018, 87 activités avaient été planifiées avec des sources de financement connues dans le plan de travail annuel (PTA) budgétisé. Parmi ces activités, 66 ont été complètement réalisées, soit 76% de taux de réalisation physique. Cette performance est supérieure à celle de l'année précédente qui était de 59%. Le graphique ci-dessous le montre le taux de réalisation du PTA 2018 ainsi celui des différentes unités du PNLS ayant mené ces activités.

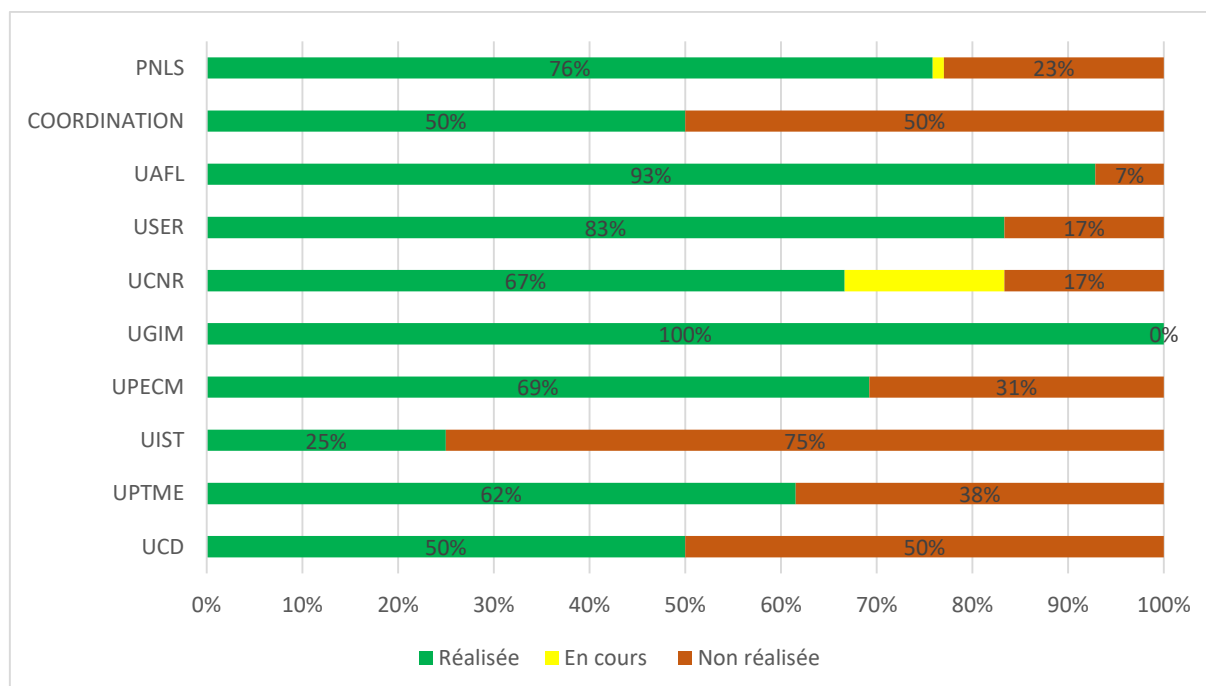


Figure 23 : taux de réalisation physique des activités du PTA 2018 en fonction des domaines d'intervention

5.1.2. Activités de planification

Au cours de 2018, le processus de planification des activités a abouti à l'élaboration du PTA 2019. Par rapport à ce budget, les activités pour lesquelles le financement existe constituent 72,53% de la planification totale.

5.1.3. Gestion des données programmatiques

Une mission de contrôle et vérification des données a été organisée au premier semestre a permis de constater un retard en ce qui concerne la saisie des données VIH dans le DHIS. Les différents points focaux chargés de le faire ont été régulièrement appelés tout au long de l'année afin de disposer de ces données au niveau national.

5.1.4. Activités de recherches

En 2018, une seule étude a été menée sur la Rétention à 12 mois après l'initiation du traitement ARV chez les femmes enceintes vivant dans le cadre de la PTME dans les régions sanitaires de Lomé commune et maritime au Togo.

Un suivi de cohorte rétrospective à visée descriptive et analytique a été réalisée en 2018. Les dossiers des femmes enrôlées dans le cadre de la PTME du 25 décembre 2015 au 26 décembre 2016 et ayant commencé leur traitement au moins trois mois avant l'accouchement dans les régions de Lomé commune et maritime au Togo ont été retenus pour l'extraction. Un échantillonnage à deux degrés a été réalisé. Le premier degré avait permis de choisir 43 sites PTME parmi les 248 sites existant dans les deux régions sanitaires. Le deuxième degré avait permis de choisir les patientes sur chaque site de PTME retenu. Les données ont été recueillies du 05 au 24 mars 2018 par des binômes (points focaux PTME et VIH) formés à cet effet qui étaient chargés d'extraire des données des dossiers des femmes sélectionnées. Une régression logistique a été faite pour déterminer les facteurs associés à la rétention à 12 mois après l'initiation du traitement.

Au total 488 femmes infectées par le VIH ont été enrôlées, leur âge moyen était de 30 ans avec un écart-type de 5,5. La gestité moyenne était de 3 avec un écart-type de 1,47 et la parité moyenne d'environ 2 (2,41) avec un écart-type de 1,31. La rétention à 12 mois après l'initiation du traitement ARV était estimée à 73,16%, l'intervalle de confiance à 95% [68,98%-77,03%]. Les facteurs associés à la rétention étaient : le respect des rendez-vous de suivi au cours des 3 premiers mois du traitement (OR ajusté = 2,75, IC95% [1,73-4,38], $p < 0,001$), le lieu d'accouchement (OR ajusté = 4,64 [2,39-9,03], $p < 0,001$), la réalisation hebdomadaire d'éducation thérapeutique sur le site de prise en charge OR ajusté = 2,32 [1,16-4,66], $p = 0,018$) et l'existence d'un laboratoire sur le site de prise en charge (OR ajusté = 2,17 [1,28-3,68] $p = 0,004$).

6. Gestion du programme

6.1.Coordination

6.2.Activités de renforcement des capacités

6.2.1. Formations

Tableau XXXI : Activités de formation

N°	Libelle de la formation	Date de réalisation	Entité responsable
1	Formation et installation de la plateforme CD4 FACSPRESTO BD	27 Décembre 2018	CNR
2	Formation des prestataires des Services des Soins de Santé des Armées (SSA) en Conseil et Dépistage de l'infection à VIH	Juin 2018	CNR
3	Formation des dispensateurs sur les principes de la dispensation et l'utilisation de l'outil EDT (Electronic Dispensation Tool)	21 au 25 Mai 2018 et du 18 au 22 juin 2018)	UGIM
4	Formation des OPS sur l'utilisation du logiciel ESOPE	Mai 2018	USER
5	Formation des prestataires de 10 ONG de prise en charge des PVVIH sur le conseil dépistage à l'initiative du prestataire chez les enfants ;		UPECM
6	Atelier national de formation des nouveaux comités,		UPECM
7	Atelier de formation des prestataires sur la PEC globale des PVVIH		UPECM
	Ateliers de briefing régionaux des prestataires sur l'optimisation de l'utilisation des ARV pédiatriques et information des nouvelles molécules		UPECM

6.2.2. Supervisions

Tableau XXXII : Activités de supervision

N°	Libelle de la formation	Date de réalisation	Entité responsable
1	Mission de Contrôle de mesure de la Charge Virale et dotation des réactifs et consommables au CHP Kpalimé le 26 Mars 2018 et à Biolim Kara/UK du 27 au 30 Mars 2018	CNR	Mars 2018
2	Mission de supervision des activités des prestataires techniques de laboratoire au niveau décentralisé réalisée par 2 équipes dans les 6 régions sanitaires	CNR	8 au 14 Avril 2018 16 au 24 Avril 2018
3	Mission de la réalisation de la Charge Virale à Biolim Kara/UK de 150 échantillons	CNR	03 au 06 Mai 2018
4	Mission d'appui aux prélèvements des PVVIH des districts de Haho et de Moyen Mono pour la mesure de la charge virale à Lomé	CNR	10 au 14 Septembre 2018
5	Mission d'appui aux prélèvements des PVVIH des districts de Wawa, Akébou et d'Adéta pour la mesure de la charge virale à Lomé	CNR	04 au 10 Novembre 2018
6	Mission d'appui aux prélèvements des PVVIH des districts de Tchaoudjo et de Tchamba pour la mesure de la charge virale à Lomé	CNR	18 au 24 Novembre 2018
7	Mission d'appui aux prélèvements des PVVIH des districts des Lacs, Zio et Yoto pour la mesure de la charge virale à Lomé	CNR	03 au 08 Décembre 2018
8	Mission contrôle et vérification des données programmatiques	USER	Juillet 2018

6.3. Comités thérapeutiques

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.

En 2018, au total 40/41 districts sanitaires ont été érigés en comité thérapeutique afin de faciliter la prise en charge des PVVIH.

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 PCEM 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.

6.4. Gestion administrative financière et logistique

6.4.1. Présentation du budget de l'année 2017 et 2018

Le budget prévisionnel et disponible pour la mise en œuvre des activités de toutes les interventions du PNLIS-IST au cours de l'année 2018 s'élève à 6 651 678 690 FCFA contre un budget 9 672 453 655 FCFA pour l'année 2017 soit une baisse d'environ 31 % dû à la baisse considérable de la subvention du fonds mondial.

Tableau XXXIII : Présentation du budget de l'Etat comparatif des dépenses de l'année 2018 et celui de 2017

Nature des dépenses	Montant en Francs CFA		Proportion	
	2018	2017	2018	2017
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	3 349 382	8 035 983	3,42	8,61
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	83 625 123	71 038 018	85,45	76,08
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)				
Total fonctionnement (I)	86 974 505	79 074 001	88,87	84,69
Dépenses internes d'investissement	10 887 902	14 300 043	11,13	15,31
Dépenses externes d'investissement			-	
Total investissement (II)	10 887 902	14 300 043	11,13	15,31
Ressources Propres (III)				

Total général (I+II+III)	97 862 407	93 374 044	100,00	100,00
--------------------------	------------	------------	--------	--------

Ce tableau retrace pour les dépenses du personnel une diminution, le nombre du personnel est passé de 8 à 5 personnels. On note également la non réalisation de l'achat des mobiliers de bureau entraînant une diminution des dépenses internes d'investissement.

4.1.1. 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 72,69% pour un montant de 4 835 173 091 FCFA suivi de la subvention Etat des intrants pour un montant de 1 500 000 000 FCFA soit un taux de 22,55%.

4.1.2. Présentation des dépenses gestion 2018 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 5 498 579 313 F CFA représentant essentiellement les achats des ARV soit un taux de 94,12 %, et en dernière position le suivi évaluation et recherche avec un montant de 27 846 964 FCFA dû la hausse des taux de prise en charge passé de 18 000 FCFA à 35 000 FCA pour un taux de consommation de 0,48 % comme le retrace le tableau ci-dessous.

Tableau XXXIV : Présentation du budget gestion 2018 par partenaires et domaine d'intervention

N°	PARTENAIRES	PREVENTION	SOINS, SOUTIEN ET TRAITEMENT	SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE	GESTION DE PROGRAMME	Total
1	CNLS	2 578 732				2 578 732
2	CHAI		15 262 052			15 262 052
3	ONUSIDA	1 500 000				1 500 000
4	PNUD	2 946 083				2 946 083
5	UNFPA	13 957 500				13 957 500
6	UNICEF	36 597 935	16 008 950	12 330 310		64 937 195
7	FONDS MONDIAL	12 960 000	4 008 338 128	7 845 849	120 932 397	4 150 076 374
8	OMS	1 620 882				1 620 882
9	SUBVENTION ETAT	4 782 180	3 531 785	7 670 805	80 397 637	96 382 407
10	SUBVENTION ETAT(ARV)	27 235 955	1 455 438 398			1 482 674 353

Total	114 179 267	5 498 579 313	27 846 964	201 330 034	5 841 935 578
Pourcentage	1,95	94,12	0,48	3,45	100,00

4 Troisième partie : Difficultés, défis, leçons apprises et perspectives

1. Difficultés liées à la mise en œuvre des activités

Prévention

- Insuffisance de financements pour organiser la campagne nationale de dépistage lors de la Journée mondiale de lutte contre le Sida chaque 1er décembre. Compte tenu de la rareté des ressources, en 2018, la campagne de dépistage s'est déroulée seulement dans les régions Lomé commune, Maritime et Plateaux
- Insuffisance des médicaments anti IST pour la prise en charge gratuite des personnes souffrant des cas d'IST,
- Faible couverture en PCR 1 pour les enfants nés de mères séropositives liée au non-respect des rendez-vous par les couples mères enfants d'une part et à l'insuffisance sur certains sites PTME des prestataires non encore formés à des techniques de confection DBS.
- Insuffisance de personnels formés en PTME sur tous les sites,
- Insuffisance dans le suivi des femmes enceintes/mères séropositives sur les sites de PTME
- Insuffisance dans la PEC des femmes enceintes/mères séropositives en PECM après les 24 mois de PTME
- Faible inclusion des PVVIH sous TARV à la suite de la réduction des financements pour l'achat des médicaments ARV

Prise en charge des PVVIH

- Insuffisance du personnel (prescripteurs, psychologues, médiateurs, etc.) pour l'offre des services de soins, soutien et prise en charge médicale aux PVVIH,
- Faible couverture des PVVIH à la charge virale
- Insuffisance des médiateurs pour la mise en œuvre des activités d'accompagnement communautaire pour l'amélioration de la rétention des PVVIH des PVVIH sur les sites (recherche des perdus de vue, visite à domicile (VAD)).

Suivi évaluation

- Absence de financements pour la réalisation des activités de supervision formatives et gestion des outils de collecte des données à tous les niveaux
- Absence du personnel d'appui au niveau des laboratoires pour la gestion individualisée des données charge virale et PCR

2. Défis

- Disponibilité de la CV dans la région centrale faute d'infrastructures adéquates
- Disponibilité des intrants, réactifs à temps pour éviter les ruptures à cause de l'utilisation du mécanisme du FM pour l'achat de tous les intrants y compris la subvention de l'Etat
- Suivi des PVVIH

3. Perspectives

- Trois équipements sont attendus (EVT ; KOUVE et BIOLIM)
- Utilisation des GeneXpert pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH sur les 15 sites

4. Opportunités

- Financement complémentaires alloué par le FM pour l'achat des ARV et les réactifs pour la CV d'un montant de 1, 5 millions d'euros
- Financement PEPFAR pour une enveloppe de 9, 15 millions de dollars pour achat des ARV réactifs et améliorer la qualité des soins sur certains sites de PEC des régions LC et maritime

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. Nous sommes dans l'avant dernière année, échéance majeure pour l'atteinte des 3X90. La mise en œuvre avec efficacité des activités et surtout l'opportunité qui s'offre à notre pays pour le programme PEPFAR peuvent contribuer à l'atteinte du 1er et 2ème objectif d'ici 2020

De nombreux gaps restent à couvrir surtout pour l'atteinte du troisième 90 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 que tous acteurs fassent preuve de bonne volonté, de détermination et d'une parfaite collaboration pour atteindre les objectifs fixés.

ANNEXES

Annexe 1 : Cartographie des équipements de comptage des LTCD4+

N°	Régions	Sites	Equipement
1	Savanes	Hôp. Tantigou	Cyflow-Partec I
2		CHR Dapaong	Facscount BD
3		CHP Mango	FacsPresto BD
4		CHP Cinkassé	FacsPresto BD
5		Polyclinique Dapaong	FacsPresto BD
6		CHP Tandouare	FacsPresto BD
7		CHP Mandouri	PIMA CD4
8		CMS Gando	FacsPresto BD
9	Kara	CHR Tomdè	FACSCCount BD
10		CHU Kara	FACSCCount BD
11		CHP Bassar	FACSCCount BD
12		CMS Kabou	PIMA CD4
13		Camp G ¹ AMEYI	Cyflow-Partec II - FacsPresto BD
14		CHP Guérin Kouka	PIMA CD4
15		CHP Kantè	FacsPresto BD
16		CHP Pagouda	FacsPresto BD
17		CHP Niamtougou	PIMA CD4
18		ONG AED	FacsPresto BD
19		CHP Assoli	FacsPresto BD
20	Centrale	CHR Sokodé	FACSCCount BD
21		CHP Sotouboua	Cyflow-Partec I - FacsPresto BD
22			
23		CMS Kolowaré	FacsPresto BD
24		CHP Blitta	PIMA CD4
25		USP Pagala Gare	FacsPresto BD
26		CMS Agbandi	FacsPresto BD
27		CHP Tchamba	FacsPresto BD
28		CMS Kaboli	PIMA CD4 (en instance)
29		CHP Mô	FacsPresto BD
30	Polyclinique Sokodé	FacsPresto BD	

31	Plateaux	CHR Atakpamé	FACSCount BD
32		CHP Kpalimé	FACSCount BD
33		CHP Notsé	FACSCount BD
34		CHP Danyi	FacsPresto BD
35		CHP Adéta	FacsPresto BD
36		CMS Kpogandji	FacsPresto BD
37		CHP Agou-Gare	FacsPresto BD
38		CHP Elavagnon Est - Mono	PIMA CD4
39			CHP Anié
40	CHP Tohoun		PIMA CD4
41	Polyclinique Atakpamé		FacsPresto BD
42	CHP Amlamé		FacsPresto BD
43	CHP Kougnohou		FacsPresto BD
44	CHP Badou		FacsPresto BD
45	CMS Gleï		FacsPresto BD
46	Maritime		CHR Tsévié
47		CHP Assahoun	PIMA CD4
48		CMS Aképé	FacsPresto BD
49		CMS Kouvé	Facscount BD
50		Hôp. Afagnan	Cyflow-Partec II FacsPresto BD
51		CHR Aného	Cyflow-Partec II FacsPresto BD
52		CHP Vogon	FACSCount BD
53		CMS Agoe	FACSCount BD
54		Polyclinique Aného	FacsPresto BD
55		CMS Agbodrafo	FacsPresto BD
56		CHP Tabligbo	FACSCount BD
57		CMS Adidogomé	FACSCount BD
58		Centre Loyola	FacsPresto BD
59		CMS Baguida	FacsPresto BD
60		CMS Agoe-Démakpoé	PIMA CD4 (en instance)
61	Lomé Commune	CNR/VIH	FACSCalibur BD FACSCount BD
62		Hôpital de Bè	Cyflow-Partec I FacsPresto BD
63		Camp G ¹ GNASSINGBE	Cyflow-Partec II FacsPresto BD

64		AMC-CISSA	FacsPresto BD
65		CHR LC	FACSCount BD
66		CHU Campus	FACSCount BD
67		ONG EVT	FACSCount BD PIMA CD4
68		ONG CRIPS	FacsPresto BD
69		CMS Bè - Kpota	FacsPresto BD
70		C S de Lomé	FacsPresto BD
71		C S de Kodjoviakopé	FacsPresto BD
72		CMS CACAVELI	FacsPresto BD
73		CHP Amoutivé	FacsPresto BD
74		ATBEF	PIMA CD4
75		Action Contre le sida (ACS)	PIMA CD4
76		Projet FAMME	FacsPresto BD

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

REGION	SITES	PLATEFORMES DISPONIBLES
LOME COMMUNE	BIOLIM	Abbott, Nucliens, Bionner, ROCHE
	CNR VIH	Biocentric
	EVT LOME	ROCHE
MARITIME	CHR TSEVIE	Abbott
	CMS KOUVE	ROCHE
PLATEAUX	CHR ATAKPAME	Biosynex
	CHP KPALIME	Biocentric
CENTRALE	CHR SOKODE	Biosynex
KARA	BIOLIM KARA (CHU KARA)	Abbott
SAVANES	CHR DAPAONG	Biocentric

Annexe 3 : Liste actualisée des tests homologués 2018

	Technique	Type échantillon	Test discriminant le type de VIH	Place dans l'algorithme national
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
ORAQUICK HIV	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total, salive	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	Test1etTest2
First Response HIV 1-2.0	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Oui	Test1etTest2
HIV-Syphilis Duo	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