

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

C A B I N E T

SECRETARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SANITAIRE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE ET DES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

***Programme National de Lutte contre l'infection à VIH/Sida, les Hépatites virales et
les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-HV-IST)*** UNDP

Notre mission

- Informer
- Conseiller
- Servir



Notre devise

- Abstinence
- Fidélité
- Préservatif

RAPPORT ANNUEL 2019 DES ACTIVITES DU PNLS-IST

REMERCIEMENTS

Le rapport d'activités 2019 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 pas toujours faciles pour offrir leur service aux bénéficiaires.

Nous adressons nos sincères gratitudee au personnel technique et de soutien du Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-IST) qui s'est investi 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
INTRODUCTION.....	1
Focus sur quelques indicateurs clés des interventions du PNLS-HV-IST	2
A. PREMIERE PARTIE : GENERALITES	4
1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE GENERAL DE L'INFECTION A VIH.....	4
2. Cadre organisationnel du PNLS-IST	4
2.1. Ressources du programme.....	5
2.2. Interventions du PNLS-HV-IST	5
3. Résumé du PSN.....	5
B. DEUXIEME PARTIE : RESULTATS CLES PAR DOMAINE D'INTERVENTION.....	7
1. Prévention.....	7
1.1. Communication	7
1.2. Conseil dépistage.....	7
1.1.1. Campagnes de dépistage de l'infection à VIH.	8
1.1.2. Conseil dépistage chez les patients tuberculeux.....	8
1.1.3. Conseil dépistage dans les SA.....	9
1.3. Infections sexuellement transmissibles (IST) et Intervention Ciblée (IC)	10
1.1.4. Infections sexuellement transmissibles (IST).....	10
1.1.1. Les interventions ciblées auprès des populations clés dans les SA.....	11
1.1.1.1. Dépistage et traitement des IST auprès des populations clés dans les SA	11
1.1.1.2. Synthèse de résultats de paquet d'activités offert dans les SA	12
1.4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	13
1.4.1. Couverture géographique des sites de PTME.....	13
1.4.2. Couverture géographique des sites de PTME.....	13
1.4.3. Prévention primaire de l'infection à VIH et de la syphilis	14
1.4.4. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives.....	16
1.4.5. Interventions spécifiques visant à réduire la TME	16
1.4.6. Diagnostic de l'infection à VIH chez les enfants exposés.....	17
1.4.6.1. Diagnostic précoce	17
1.4.6.2. Diagnostic de confirmation	18
1.4.7. Soins soutien et traitement des femmes séropositives au VIH, de leurs enfants et de leur famille	18
1.5. Sécurité transfusionnelle	18
2. Soins Soutien et Traitement.....	18
2.1. Couverture géographique des structures de PECM.....	18

2.2.	Inscription dans les soins.....	19
2.3.	Prise en charge des IO	19
	Diagnostic et traitement des IO	19
	2.3.2. Prophylaxie au cotrimoxazole	20
2.4.	Inclusion des PVVIH sous TARV.....	20
2.5.	Suivi des patients sous TARV.....	21
2.6.	Répartition des PVVIH sous ARV par région.....	22
2.7.	La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2019 :.....	24
2.8.	Prise en charge des coinfectés VIH/TB	25
2.9.	Suivi biologique des PVVIH.....	27
2.10.	Mesure de la charge virale.....	27
2.11.	Cascade de dépistage et de traitement et les résultats des 3x90	29
2.11.1.	Cascade des 3X90	29
2.11.2.	Cascade de dépistage et de traitement et résultats 3x90 chez les adultes	30
2.11.2.1.	Cascade de dépistage et de traitement et résultats 3x90 chez les enfants.....	31
2.12.	Prise en charge nutritionnelle et psychosociale des PVVIH	32
3.	Activités de laboratoires : contrôle qualité des tests VIH	32
3.1.	Confirmation des résultats discordants.....	33
3.2.	Contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale.....	33
1.1.1.1.	Evaluation de la qualité des résultats de la campagne de dépistage VIH de l'ONG Compassion Internationale	33
1.1.1.2.	Evaluation des résultats de dépistage VIH de 20 sites pilotes CDV et PTME.....	34
3.3.	EVALUATION DES TESTS VIH.....	35
3.4.	Dépistage précoce du VIH1 sur le GeneXpert	36
4.	Gestion des intrants	36
4.1.	Quantification et approvisionnement.....	36
4.2.	Dispensation des ARV.....	36
4.3.	Disponibilité des ARV en 2019.	36
4.4.	Disponibilité des ARV sur les sites de dispensation	37
5.	Suivi-évaluation et recherches.....	37
5.1.	Activités de suivi et évaluation.....	37
5.1.1.	Revue des activités : PTA et activités de PECM	37
5.1.2.	Activités de planification.....	38
5.1.3.	Gestion des données programmatiques	38
5.1.4.	Activités de recherches.....	39
5.1.4.1.	Dépistage CDIPP et la séropositivité dans les CRENI.....	39

5.1.4.2.	Dépistage CDIPP et la séropositivité dans les CRENAS	40
6.	Gestion du programme	41
6.1	Coordination.....	41
6.2	Activités de renforcement des capacités.....	41
7	Gestion administrative financière et logistique	45
7.1.1	Présentation du budget de l'année 2018 et 2019	45
7.1.2	Répartition du budget reçu par source de financement	46
6.4.2	Présentation des dépenses gestion 2019 par domaine d'intervention.....	46
4	Troisième partie : Difficultés, défis, leçons apprises et perspectives	47
	Conclusion.....	48
	ANNEXES	49

Liste des tableaux

Tableau I :	Résultats clés des interventions du PNLS-HV-IST en 2019.....	2
Tableau II :	Répartition par région des résultats du dépistage du VIH en 2019.....	7
Tableau III :	Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées en 2019 (sans les données de la PTME).....	8
Tableau IV :	Nombre de cas d'IST par tranche d'âge en 2019	10
Tableau V :	Répartition des sites de PECM par type de formations sanitaires en 2019	19
Tableau VI :	Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2019	19
Tableau VII :	Répartition par âge du nombre de cas d'IO diagnostiqué en 2019	20
Tableau VIII :	Répartition de la prophylaxie au cotrimoxazole par région en 2019	20
Tableau IX :	Répartition des inclusions par région en 2019	21
Tableau X :	répartition des PVVIH sous ARV par région en 2019.....	22
Tableau XI :	répartition des populations clés sous ARV par région en 2019.....	24
Tableau XII :	La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2019	24
Tableau XIII :	Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques chez les adultes en 2019	24
Tableau XIV :	Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques chez les enfants en 2019	25
Tableau XV :	Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la recherche active de la tuberculose a été faite	26
Tableau XVI :	Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée.....	26
Tableau XVII :	Répartition des PVVIH ayant leur charge virale supprimée par région	28
Tableau XVIII :	répartition par tranches d'âge et sexe de la proportion des PVVIH ayant CV supprimée	28
Tableau XIX :	Répartition par site du nombre d'échantillons collectés.....	33
Tableau XX :	Résultats de l'évaluation de la qualité	34
Tableau XXI :	Sensibilité et Spécificité des tests évalués en 2019	35

Tableau XXII : Performances en matière de Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles (VIH/Sida) (Indicateurs PNDS)	37
Tableau XXIII : Activités de formation	41
Tableau XXIV : Activités de supervision.....	43
Tableau XXV : Présentation du budget de l'Etat comparatif des dépenses de l'année 2019 et celui de 2018.....	45
Tableau XXVI: Présentation du budget gestion 2019 par partenaires et domaine d'intervention.....	46

Liste des figures

Figure 1: Evolution du dépistage du VIH chez les malades TB de 2008 à 2019	9
Figure 2 : Conseil dépistage dans les SA en 2019.....	9
Figure 3 : répartition des cas d'IST par région en 2019	11
Figure 4 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé en 2019.....	12
Figure 5 : Paquet d'activités offert dans les SA.....	13
Figure 6 : Comparaison du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région.....	14
Figure 7 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2019	17
Figure 8 : Evolution par année du nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV	21
Figure 9 : Répartition par sexe du nombre de PVVIH sous ARV	23
Figure 10: répartition des PVVIH sous ARV chez les populations clés en 2019	23
Figure 11 : Répartition par tranches d'âge des PVVIH ayant bénéficié de la Charge Virale	29
Figure 12: Répartition par région du taux de suppression de la CV chez les PVVIH sous ARV en 2019	29
Figure 13 : Cascade des 3X90 en 2019	30
Figure 14: cascade de dépistage et de traitement chez les adultes	30
Figure 15: Cascade des 3X90 chez les adultes en 2019.....	31
Figure 16: Cascade de dépistage et de traitement chez les enfants.....	31
Figure 17: Cascade des 3X90 chez les enfants en 2019	31
Figure 20 : taux de réalisation physique des activités du PTA 2019 en fonction des domaines d'intervention	38
Figure 2: La répartition des enfants reçus pour MAS dans 18 sites visités selon les régions sanitaires.	39
Figure 3: Vue d'ensemble du dépistage du VIH dans les 18 CRENI visités	40
Figure 4: Vue d'ensemble du dépistage du VIH dans les 14 CRENAS visités.....	40

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

Dans le cadre de la lutte contre 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) 2019 du PNLS-IST reflète les orientations stratégiques de la riposte du secteur santé du PSN 2016-2020.

L'année 2019 a été l'avant dernière 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 2019 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-HV-IST

Tableau I : Résultats clés des interventions du PNLS-HV-IST en 2019

Indicateurs	Résultats	Observations
Diagnostic et traitement des IST		
Nombre de Services Adaptés (SA)	48	
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités chez les populations clés	PS	3856
	HSH	726
	UD	158
	DETENUS	320
	TOTAL	5060
Nombre total de cas d'IST diagnostiqués	82 660	
Séropositivité de la syphilis chez les femmes enceintes venues en CPN	1,5%	(1325/86998)
Conseil dépistage		
Nombre de tests au VIH réalisés	605 016	
Nombre de personnes conseillées et dépistées	451 779	
Taux de séropositivité	3,5%	(15 901/451779)
Répartition des cas positifs par type de VIH	VIH1	15 438
	VIH2	399
	VIH1&2	64
Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME)		
Nombre et % de centres de SMNI offrant la PTME	87% (798)	Dénominateur : 917
Nombre et % de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	195 897 (69,5%)	Dénominateur : 281 839
Nombre de femmes enceintes séropositives	2 489	
Taux de séropositivité chez les femmes enceintes en CPN	1,3%	Dénominateur : 195 897
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant initié le TARV	4189	
% des femmes enceintes VIH+ ayant initié le TARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	75,4%	Dénominateur : 5558
Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	3 298	
Proportion de nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	97,6%	3379
Nombre et % de nourrissons né de mères séropositives ayant bénéficié du diagnostic précoce à 2 mois après leur naissance	2471 (44,4%)	Dénominateur : 5558
Prise en charge médicale		
Nombre de centres de PEC qui dispensent les ARV	132	
Nombre de centres de PEC des PVVIH*	670	Sites de PEC disposant d'au moins un PVVIH sous ARV
Nombre de sites offrant le comptage de LTCD4	73	
Nombre de sites offrant la charge virale	7	
Nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV en fin 2019	76 230	
Couverture thérapeutique des PVVIH (adultes et enfants) sous traitement ARV	67%	Dénominateur : 113 874
Nombre d'enfants sous TAR	4 690	
Couverture thérapeutique chez les enfants	47%	Dénominateur : 10 036
Couverture des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la charge Virale	15,7%	(11940/76230)

Indicateurs	Résultats	Observations
Pourcentage des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la CV, qui ont une la charge virale supprimée (CV< 1000 copies)	81,8%	(9769/11940)
Pourcentage des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la CV, qui ont une la charge virale supprimée (CV< 1000 copies) 12 mois après l'initiation de leur traitement	79,6%	(313/393)
Proportion des patients coinfecteds TB/VIH sous traitement antituberculeux et antirétroviral	99%	420/424
Résultats des 3X90		
Pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	69,4%	(78985/113 874)
Pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique au VIH recevant un TAR	96,5%	(76230/78985)
Pourcentage réajusté des PVVIH sous TAR qui ont une Charge virale (CV) supprimée	81,8%	(62369/76230)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 (11940) et celui de ceux ayant supprimé (9769), le pourcentage obtenu 81,8% (9769/11940) a été appliqué sur l'ensemble des PVVIH sous ARV qui devraient bénéficier de la CV.

A. PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE GENERAL DE L'INFECTION A VIH

L'analyse de la situation épidémiologique du VIH/sida au Togo a montré le caractère généralisé de l'épidémie avec une prévalence moyenne de 2,5% dans la population générale âgée de 15 – 49 ans en 2014 (EDST III 2013-2014), mais estimée à 2,11% en 2019. (Spectrum, 2019).

Elle a aussi montré une prédominance féminine avec respectivement des prévalences de 2,71% chez les femmes et 1,49% chez les hommes. Selon les estimations de Spectrum 2019, la prévalence chez les jeunes âgés de 15 –24 ans est de 0,75%. Selon (EDST III 2013-2014), le profil épidémiologique spatial du VIH au Togo est marqué par des disparités au niveau des régions. En effet, la prévalence du VIH décroît du Sud vers le Nord (Lomé commune : 3,4%, Maritime : 3%, Plateaux : 2,3%, Centrale : 2,2%, Kara : 1,8%, Savanes : 0,3%). Sur le plan national, la prévalence est deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Aussi, les groupes à haut risques restent-ils les plus touchés à savoir les hommes ayant les rapports sexuels avec d'autres hommes, les professionnels de sexe, les usagers de drogues et les détenus. Ainsi selon la même enquête, la prévalence du VIH est de 21,98% chez les HSH, 13,1% chez les PS et 3,6% chez les UD. (EDST III 2013-2014),

2. Cadre organisationnel du PNLS-IST

Selon 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 les Programmes de Santé Publique (DLM/PSP). Cette direction centrale est placée sous 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 et les Maladies Sexuellement Transmissibles (CNLS/MST). Les locaux du PNLS-IST sont situés dans l'enceinte de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques du Togo (CAMEG-Togo) dans le quartier Tokoin Habitat.

A la tête du PNLS-IST se trouve un Coordonnateur nommé par arrêté ministériel.

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

- 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

Dans le dessein de répondre aux exigences de qualité et de promptitude dans les prestations de service liées aux différentes interventions à mettre en œuvre, le PNLS-IST a connu une augmentation régulière de son personnel de 2013 à 2017. Cependant, depuis 2017, l'on dénote une remarquable diminution de l'effectif du personnel, passant de 73 agents en 2017 à 53 en 2018, toutes catégories confondues. Cet effectif s'est stabilisé jusqu'en 2019 et se présente en fonction des budgets d'émargement comme suit : budget général ; 74%, contractuels ; 26%. Le pourcentage des contractuels est passé de 21% en 2018 à 26% à 2019 en raison de l'appui du financement PEPFAR en fin 2019.

En 2019, le PNLS-IST est appuyé par les principaux partenaires techniques et financiers (PTF) suivants : le Fonds mondial, l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, CHAI, l'USAID et T.OIL COMPANY.

2.2. Interventions du PNLS-HV-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 perdues 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

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

En 2019, pour toutes les stratégies et cibles confondues, 451 783 personnes ont été dépistées et du dépistage entre 2018 et 2019 peut s'expliquer par l'adoption des nouvelles stratégies de dépistage. En effet, les documents normatifs, en l'occurrence, le Document de Politique, Normes et Procédures (DPNP) et le Manuel de Référence, ont été révisés en prenant en compte les recommandations de l'OMS. Ainsi, il y est intégré le dépistage communautaire, l'Approche Améliorée de la mobilisation par les Pairs (EPOA), index testing et l'auto-test. Ainsi les dépistages de masse lors de la journée mondiale de lutte contre le SIDA ont été réduits.

Par ailleurs en 2019, le pays a connu des difficultés d'approvisionnement en intrants de laboratoire due la raréfaction des ressources financières.

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 2019, pour toutes les stratégies et cibles confondues, 451 736 personnes ont été dépistées et qui connaissent leur résultat sérologique à l'égard du VIH.

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

Tableau II : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH en 2019

Régions	Nombre dépistés	Nombre positifs	Taux de séropositivité (%)
LOME COMMUNE	65 983	4907	7,4%
MARITIME	105 134	5068	4,8%
PLATEAUX	101 957	2581	2,5%
CENTRALE	53 624	1322	2,5%
KARA	68 033	1344	2,0%
SAVANES	57 005	679	1,2%
TOTAL	451 736	15 901	3,5%

Le dépistage en stratégie fixe a été réalisé dans les différents sites de Dépistage (CDV), PTME, SA et Centre de Dépistage et de Traitement de tuberculose (CDT). Les personnes dépistées séropositives représentaient 3,5% contre 2,8% en 2018.

La répartition des dépistés par région suit le profil ordinaire : une décroissance du taux de séropositivité du sud vers le nord.

Tableau III : Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées en 2019 (sans les données de la PTME)

Régions	0-9 ans	10-14 ans	15-19ans	20-24ans	25 ans et +	Total dépisté	Total cas positifs	Séropositivité (%)
Lomé commune	3017	769	3596	7341	27869	42592	4214	9,89
Maritime	3452	1346	6990	11130	37854	60772	4147	6,82
Plateaux	6732	2792	7722	9621	28918	55785	2246	4,03
Centrale	4588	1940	4586	5546	14130	30790	1123	3,65
Kara	2922	872	5835	9863	20335	39827	1115	2,80
Savanes	1076	917	4051	6351	13616	26011	573	2,20
National	21787	8636	32780	49852	142722	255777	13418	5,25

La répartition des dépistés par région et par tranche d'âge dans les CDV dans le tableau ci-dessus montre que la tranche d'âge de 20 - 24 ans est la plus dépistée avec un taux de 19,49%.

1.1.1. Campagnes de dépistage de l'infection à VIH.

Pour des raisons de réorientation suivant les nouvelles stratégies adoptées, il n'y a pas eu de campagne nationale de dépistage du VIH. Cependant certaines ONG ont réalisé des campagnes de dépistage. C'est le cas de : COMPASSION INTERNATIONALE –TOGO : GREEN VILLAGE FOUND ATION :

1.1.2. Conseil dépistage chez les patients tuberculeux

Ce dépistage est réalisé dans les CDT. Le pourcentage de malade Tb ayant bénéficié du test VIH a sensiblement diminué en 2019 (94%) contre 98% en 2018 comme le montre la figure ci-dessous. Cette situation peut être expliquée par des ruptures constatées en 2019.

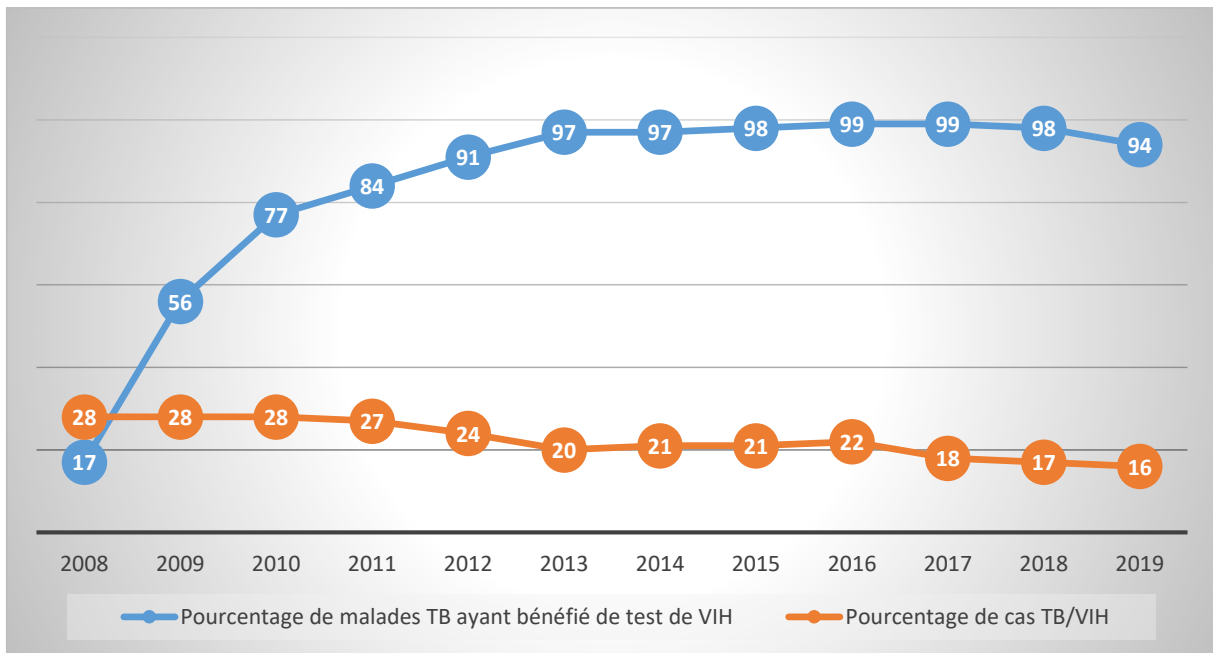


Figure 1: Evolution du dépistage du VIH chez les malades TB de 2008 à 2019

1.1.3. Conseil dépistage dans les SA

Dans les SA, 14897 clients des populations clé ont été référés, conseillés et dépistés avec un taux de séropositivité de 6,3% contre 1,9% en 2018

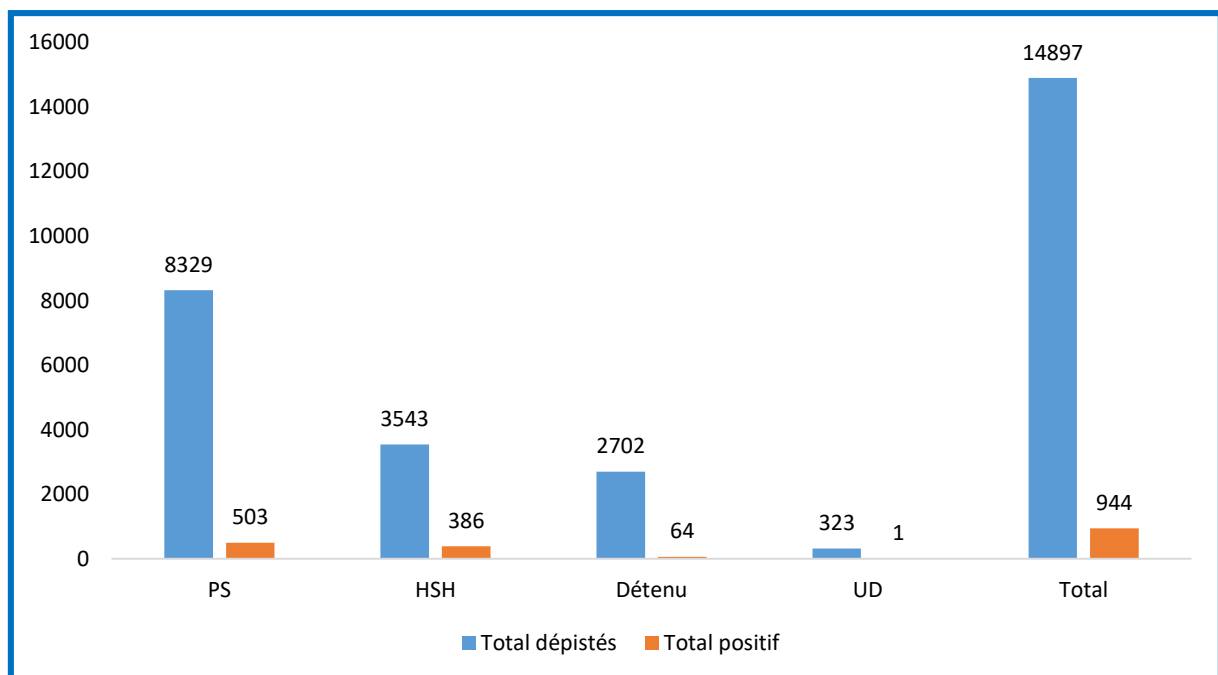


Figure 2 : Conseil dépistage dans les SA en 2019

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

1.1.4. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Le diagnostic des IST s'est fait par approche syndromique et/ou étiologique selon les recommandations de l'OMS.

En 2019, un total de 82 898 cas d'IST ont été diagnostiqués et traités contre 80 185 en 2018.

La majorité des cas d'IST diagnostiqués et traités se situe chez les plus de 25 ans (54%)

Les jeunes et adolescents (10-24 ans) représentent 45% de tous les cas d'IST enregistrés. Un accent particulier doit être mis sur cette tranche d'âge car elle constitue une cible prioritaire du PSN (groupe vulnérable).

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 2018.

Ces situations appellent au renforcement de la PEC correcte dans le but de rompre la chaîne de transmission. Or depuis des années, les activités de prise en charge des IST dans la population générale et les activités de suivi/supervision ont connu des ralentissements dus au manque de financement ayant entraîné du coup la rareté des formations et des remises à niveau des prestataires. Il est donc nécessaire de mobiliser du financement pour la mise en œuvre de ces activités afin d'atteindre les objectifs d'une bonne prise en charge des IST dans la population générale.

Tableau IV : Nombre de cas d'IST par tranche d'âge en 2019

Syndromes IST	0 - 29 jours	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25 ans & +
Ecoulement anal		4	2	15	67	115
Ulcération anale		6	1	24	77	170
Ecoulement urétral		18	85	1291	3562	8346
Ecoulement vaginal (cervicites et/ou vaginites)		108	444	7465	14326	25343
Ulcération génitale		107	47	596	1131	2515
Tuméfaction du scrotum		4	7	60	160	330
Douleur abdominale basse (SIP)		75	298	2284	4593	8168
Bubon Inguinal		1	2	30	52	92
Végétations vénériennes			4	136	175	324
Conjonctivite du nouveau-né (0 à 29 jours)	230					

La notification a porté sur les cas syndromiques. Le syndrome prédominant est l'écoulement vaginal suivi de l'écoulement urétral, des douleurs abdominales basses et des ulcérations génitales. 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 de la figure ci-dessous montrent la synthèse des cas d'IST par région.

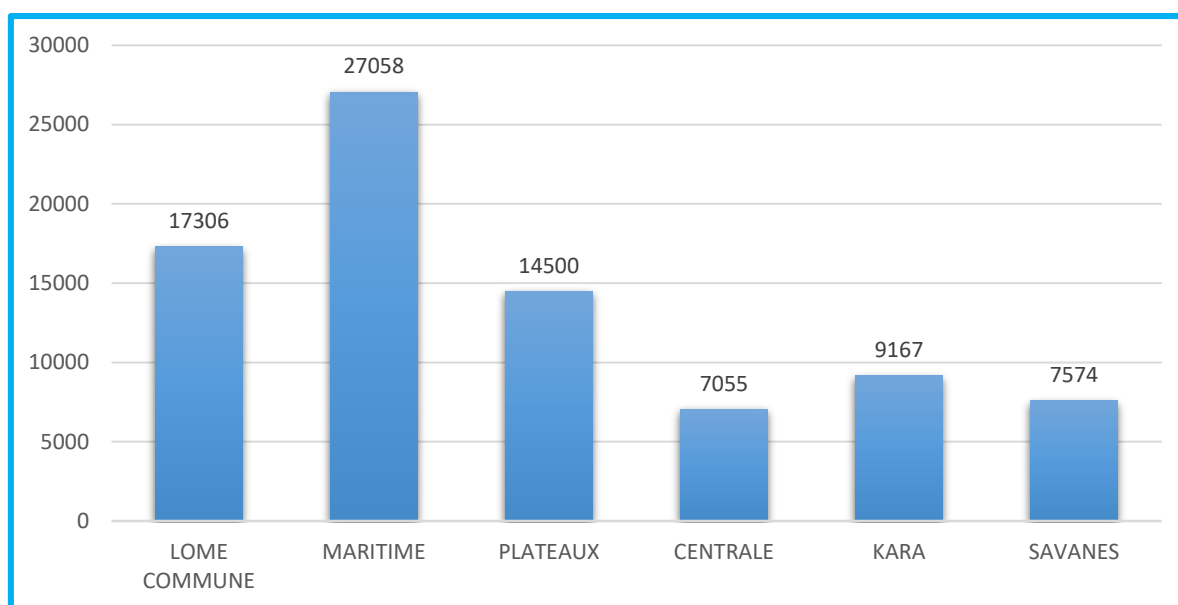


Figure 3 : répartition des cas d'IST par région en 2019

La région Maritime (27 058 cas) vient en tête des cas d'IST diagnostiqués et traités. Les mêmes tendances ont été trouvées en 2018. Ces résultats sont en corrélation avec les prévalences du VIH dans la région Maritime d'où la nécessité de renforcement des interventions de lutte contre les IST afin de réduire la prévalence dans cette région.

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

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

La prise en charge des IST chez les populations clés (HSH, PS, UD, Détenus) se fait dans les services adaptés (SA) répartis dans toutes les 6 régions sanitaires. En 2019, on note quarante-huit (48) dont 7 infirmeries des prisons civiles.

Le graphique ci-dessous illustre le nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités en 2019 chez les différentes populations clés

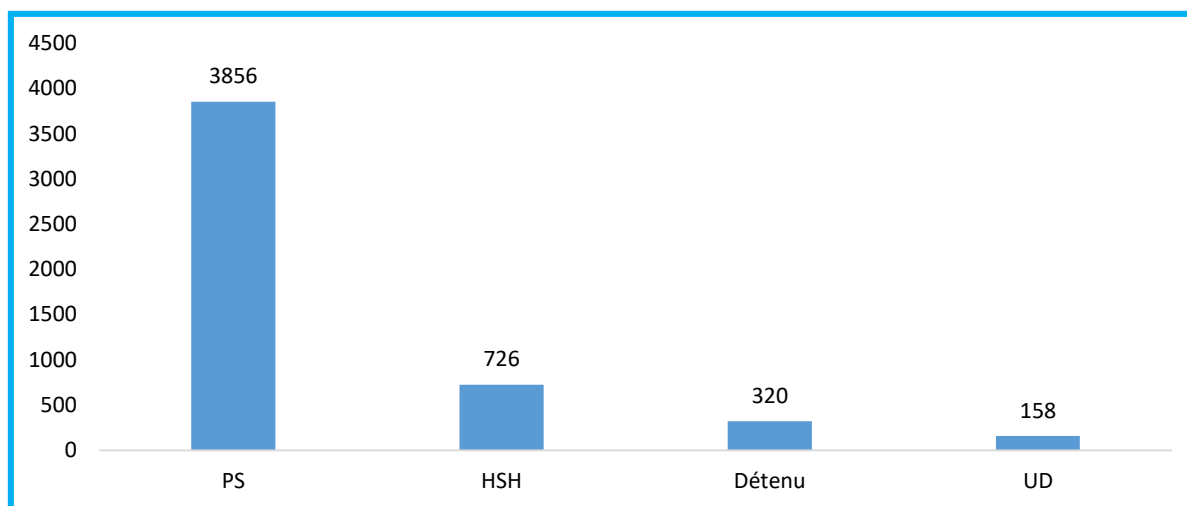


Figure 4 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé en 2019

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

Dans les services adaptés pour les populations clés 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 Services Adaptés sont facilitées par les Pairs Educateurs (PE) à travers la mobilisation communautaire et la référence mais malheureusement, ces PE ne couvrent pas tous les services adaptés du pays. Les 115 pairs éducateurs (PS, HSH) et 17 médiateurs positionnés dans les 13 SA sur les 48 en 2019 le sont grâce à l'appui du Fonds mondial, #EAWA et OCAL. 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 5060 cas d'IST notifiés, 14897 membres des populations clés ont été dépistés au VIH avec 944 cas positifs. Au total, 3449 PVVIH issues des populations clés sont sous ARV.

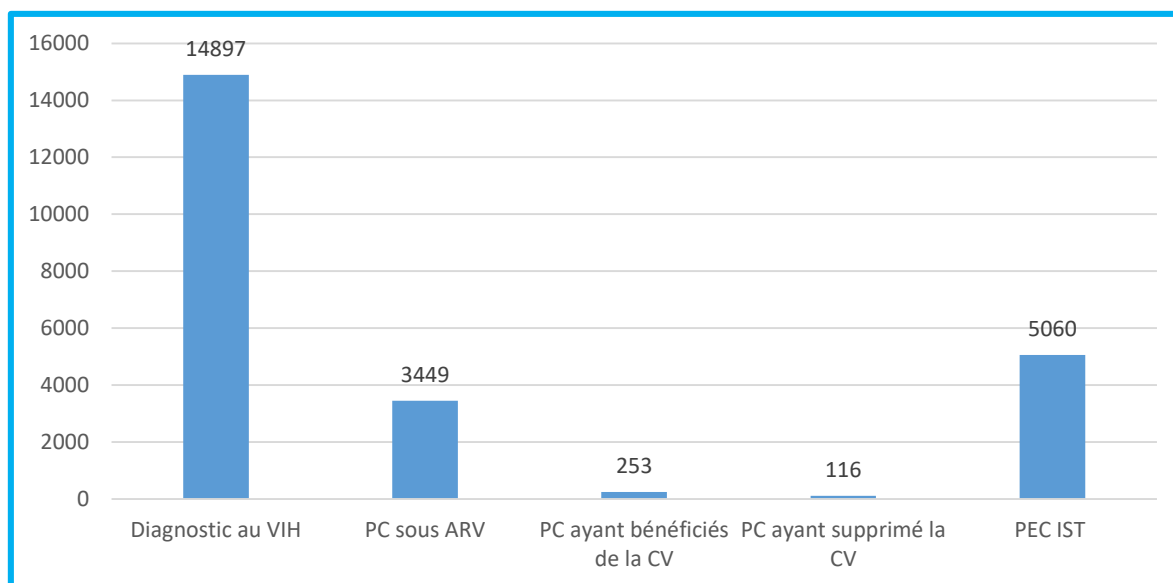


Figure 5 : Paquet d'activités offert dans les SA

1.4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

1.4.1. Couverture géographique des sites de PTME

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) avec la vision de l'élimination d'ici 2025, constitue une priorité dans la riposte nationale à l'infection au VIH. La mise en œuvre des interventions s'est faite suivant les quatre piliers du programme que sont : i) la prévention primaire de l'infection à VIH et de la syphilis ; ii) la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ; iii) les interventions spécifiques visant à réduire la TME ; iv) les soins, soutien et traitement des femmes enceintes séropositives, de leurs enfants et de leurs familles.

Les interventions mises en œuvre sont entre autres :

- 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 ;
- La planification familiale chez les mères séropositives
- Le traitement ARV des femmes enceintes/ mères séropositives ;
- La prophylaxie antirétrovirale et au Cotrimoxazole chez les enfants exposés ;
- Le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés ;
- Le suivi médical et biologique des femmes enceintes /mères séropositives ;
- L'accompagnement psychosocial des femmes enceintes /mères séropositives

1.4.2. Couverture géographique des sites de PTME

En 2019, compte tenu des difficultés financières la PTME n'a pu être intégrée dans aucun centre de SMNI. Ce qui maintient le nombre de sites PTME à 798 soit une couverture géographique de 87% (d= 917) en considérant les listes fournies par les directions régionales.

Cependant, 30 des sites formés, majoritairement des privés (16 de la région Lomé-Commune, 12 de la région maritime et 2 de la région des plateaux), sont considérés comme non fonctionnels par

leurs régions, du fait qu'ils ne fournissent pas de rapports d'activités à leurs districts de responsabilité et ne participent pas aux activités de coordination sanitaire.

Ainsi, le nombre de sites de PTME fonctionnels est de 768, soit une couverture géographique de 84%. Comme l'indique la figure ci-dessous.

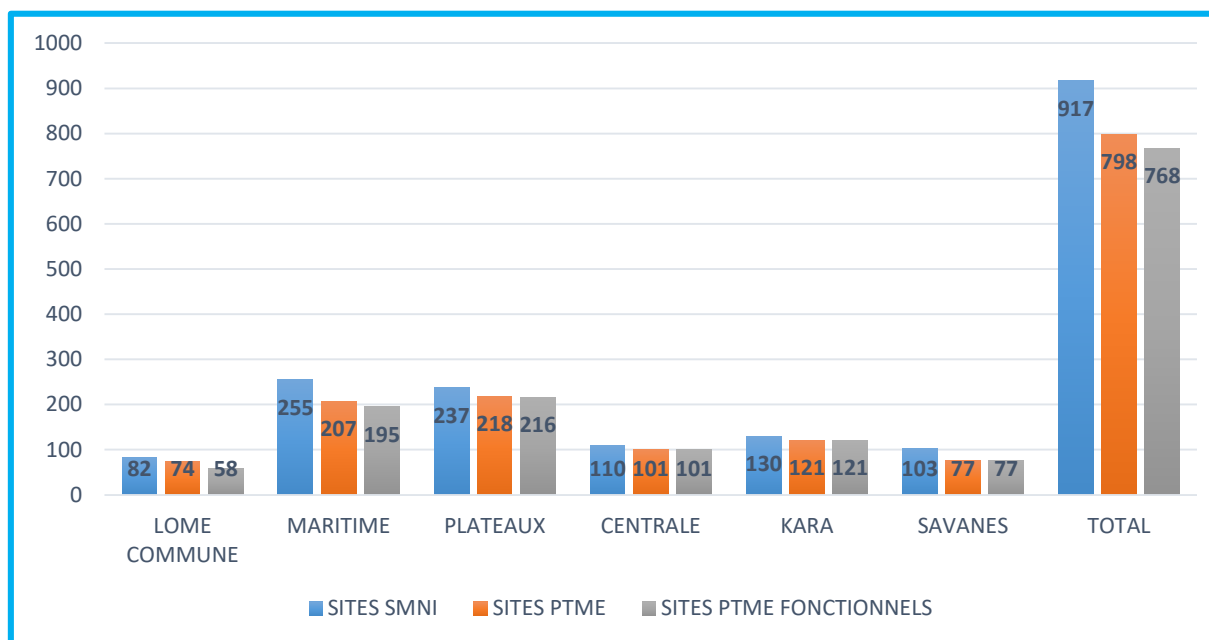


Figure 6 : Comparaison du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région

La couverture géographique en sites de PTME actuelle est loin de celle recommandée pour l'élimination de la transmission mère-enfant qui est de 95%. D'où la nécessité de poursuivre les efforts d'intégration de la PTME dans les centres de SMNI non encore formés et renforcer la collaboration entre le ministère de la santé et le secteur privé.

1.4.3. Prévention primaire de l'infection à VIH et de la syphilis

Les activités de prévention primaire ont consisté au conseil dépistage du VIH, à la production et à la dissémination des supports communication dans la population générale et chez les femmes enceintes.

Le dépistage du VIH a été offert aux femmes enceintes et leurs partenaires, aux autres femmes en âge de procréer et aux enfants de 0 à 5 ans. Cette offre a permis à 69,5% (195897/281839) femmes enceintes de connaître leur statut sérologique à l'égard du VIH à l'échelle nationale.

Les régions des Plateaux, Lomé-Commune et Maritime qui selon l'EDST III ont les prévalences les plus élevées en matière de VIH, sont celles qui ont enregistré les plus faibles proportions de femmes enceintes connaissant leur statut sérologique dans l'ordre décroissant comme illustré dans le tableau ci-dessous.

Tableau : répartition par région des femmes enceintes connaissant leur statut sérologique face au VIH

REGION	FE attendues	Nb FE counseling post dépistage VIH première fois	Proportion de FE connaissant leur statut (%)
Lomé Commune	38669	23390	60,5
Maritime	80373	44355	55,2
Plateaux	62400	46112	73,9
Centrale	28121	22840	81,2
Kara	35031	28206	80,5
Savanes	37245	30994	83,2
TOTAL	281839	195897	69,5

On note une régression du taux de connaissance de statut sérologique chez les femmes enceintes entre 2018 (75,38%) et 2019 (69,5%). Ceci pourrait s'expliquer par la rupture de réactifs de dépistage connus au cours de l'année 2019, la non fonctionnalité de certains sites surtout les privés, la sous notification et les occasions manquées. Il s'avère nécessaire d'une part de sécuriser les réactifs pour les femmes enceintes et d'améliorer le système d'approvisionnement des sites et d'autre part de renforcer le partenariat secteur publique-secteur privé et d'amener les responsables des sites à impliquer tous les prestataires dans l'offre et le remplissage des outils de gestion.

Pour les partenaires des femmes enceintes, sur 195897 femmes enceintes dépistées, seulement 19 017 ont connu leur statut sérologique à l'égard de VIH. Soit une proportion de 9,7%. On note une régression par rapport à 2018 (11,48%). La majorité des partenaires dépistés sont ceux des femmes séronégatives. Aux difficultés de mobilisation des partenaires des femmes liées au non partage du statut sérologique s'ajoute les autres problèmes de dépistage cités plus haut. Le renforcement des actions contre la stigmatisation et la discrimination de même que la participation des différentes communautés pour l'engagement des hommes dans la lutte contre le VIH devrait constituer nos approches de solution.

Dans le but d'améliorer l'utilisation des services de consultation prénatale par les femmes enceintes et celle des préservatifs pour la prévention des IST chez les adolescentes et adolescents, des affiches et dépliants ont été mises à disposition de toutes les régions sanitaires pour une distribution sur les sites. Par ailleurs, des actions de sensibilisation sur le VIH ont été réalisées par les ONG à l'endroit des femmes en âge de procréer y compris des femmes enceintes.

Dans le cadre de la lutte contre la syphilis congénitale, le test HIV/Syphilis DUO a été introduit sur 93 sites de PTME en 2018 (39 dans Lomé-commune, 49 dans Maritime et 5 dans Plateaux). L'offre du dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes à la CPN et en salle de travail a permis de dépister 86 998 femmes. Parmi elles, 1325 étaient positives, soit un taux de 1,5% contre 1,4% en 2018. Concernant le traitement des femmes séropositives à la syphilis, seulement 646 (48,8%) ont bénéficié de la Benzathine Benzyl Pénicilline. Les signes de syphilis congénitale ont été retrouvés chez dix-huit (18) enfants nés des mères séropositives à la syphilis contre 08 en 2018. Cette augmentation est due à l'amélioration de la notification des cas malgré

la rupture des tests DUO observé sur les sites au cours de l'année. L'extension de l'utilisation des tests DUO sur les sites nous permettra de mieux appréhender la transmission mère-enfant de la Syphilis.

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.

1.4.4. 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 1,54% (772/50079) femmes séropositives ont adopté une méthode contraceptive. Les préservatifs féminins et masculins ont été distribués à 5344 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.

1.4.5. 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 768 sites fonctionnels a permis d'enregistrer 4353 femmes enceintes séropositives dont 4189 ont initié le TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Comparativement à 2018, il est noté une régression du nombre des femmes ayant initié le TAR passant de 4331 à 4189. Les efforts doivent être redoublés en termes de dépistage et de notification des initiations et de délégation de la prescription des ARV, afin de donner la chance à toutes les femmes enceintes séropositives de bénéficier du traitement ARV.

En 2019, il était attendu sur le plan national 5061 femmes enceintes séropositives selon les estimations Spectrum (V5.86). 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 82,77% (4189/5061). Par ailleurs, il est noté une insuffisance de rétention dans les soins chez les femmes enceintes / mères séropositives depuis le dépistage de la femme jusqu'à la confirmation du statut du nourrisson exposé à 18 mois. Le taux de rétention moyenne des femmes enceintes / mères séropositives sous TAR est de 73,16% à 12 mois (Etude PNLS-HV-IST 2018) ; le renforcement de la participation communautaire avec l'engagement des hommes et l'utilisation des ASC dans l'élimination de la transmission mère-enfant de VIH permettrait l'amélioration de la rétention dans les soins des femmes.

Afin d'apprécier le risque de TME en fin de grossesse, la charge virale a été réalisée aux femmes enceintes séropositives au VIH au troisième trimestre de grossesse. Les résultats montrent que 320 femmes enceintes séropositives ont eu une charge virale inférieure à 1000 copies comparativement à 1263 en 2018. L'insuffisance dans la demande de cette analyse par les prestataires d'une part et d'autres parts les ruptures d'intrants au niveau des laboratoires

expliqueraient cette baisse. Les informations disponibles dans 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 3379 enfants vivant nés de mères séropositives. Parmi eux 97,6% (3298/3379) ont reçu la prophylaxie antirétrovirale. Cette bonne performance cache des insuffisances telles que la non maîtrise des accouchements hors formations sanitaires des femmes enceintes séropositives et la rupture en ARV expliquerait cette faible performance.

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

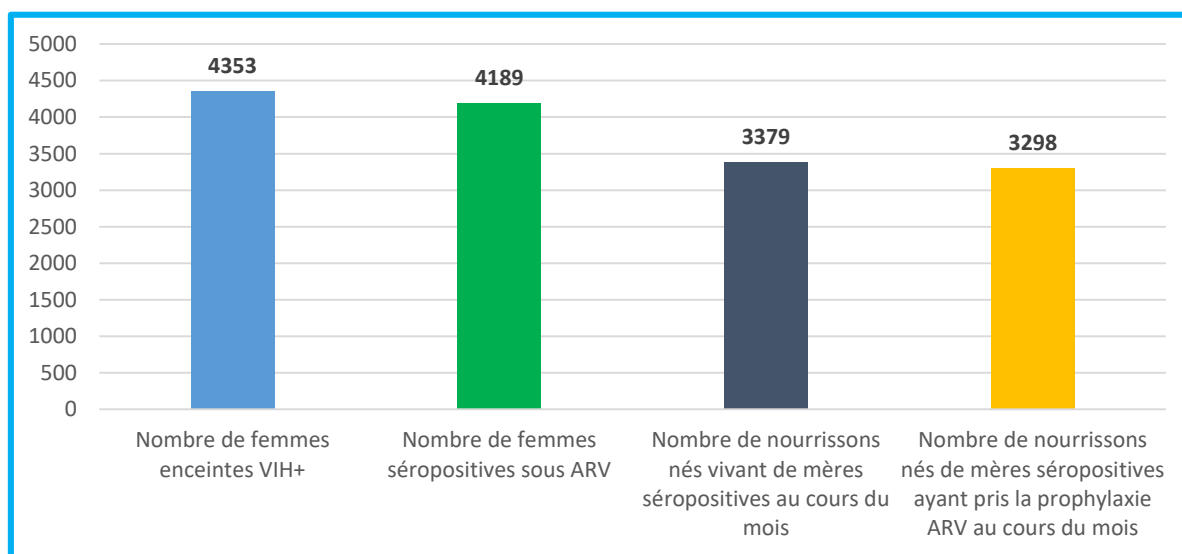


Figure 7 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2019

1.4.6. 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.

1.4.6.1. Diagnostic précoce

Le plateau technique pour la réalisation du diagnostic précoce du VIH qui se faisait dans deux (02) laboratoires de Biologie Moléculaires de Lomé et de Kara (BIOLIM) a été renforcé avec l'optimisation de 14 GeneXpert dans 14 laboratoires de districts. 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).

Le diagnostic précoce du VIH a été réalisé dans les deux premiers mois de vie chez 2471 nourrissons exposés au VIH soit des couvertures de 48,8% (2471/5061).

Entre 2018 et 2019, la couverture en PCR1 dans les deux premiers mois d'âge est passée de 46,02% à 48,8%. On note alors une légère progression probablement due la sensibilisation des mères de la part des prestataires, à l'organisation des services ; Une amélioration dans le remplissage des outils de gestion, de la collaboration avec certains receveurs de la Société de

la Poste du Togo (SPT) et la disponibilité des intrants sur les sites et au niveau des laboratoires pourraient booster davantage les résultats.

Pour remédier à ces insuffisances, des sessions de remise à niveau des responsables de maternités sont réalisés au niveau central et au niveau de certaines équipes cadre de district dans les régions de la Kara et Maritime.

Le suivi de la mise sous ARV des enfants positives à la PCR à 6 semaines d'âge a révélé un non-respect des rendez-vous des parents ayant accepté la mise sous traitement de leurs enfants au niveau de la dispensation et dans le cas extrême, un refus catégorique de la mise sous traitement de ces enfants.

1.4.6.2. Diagnostic de confirmation

La confirmation du statut sérologique des enfants exposés à 18 mois d'âge a permis d'enregistrer 79 cas positifs. Cependant les données disponibles dans le DHIS 2 ne permettent pas de faire une analyse de ce dépistage.

1.4.7. 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, leurs partenaires et leurs enfants dans 09 sites des régions Maritime, Plateaux et Centrale grâce à l'appui de l'UNICEF. Un suivi de ces activités a été fait sur 05 sites de la région maritime. Ce suivi a permis de noter une effectivité des activités de groupe de parole sur les sites visités. Les séances sont mensuelles et à chaque séance 15 à 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, la rétention dans les soins, le respect des rendez-vous.

Les femmes enceintes/mères séropositives ont bénéficié des appels téléphoniques pour le rappel des RDV sur 23 sites 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

Rn 2019, **56 220** poches de sang ont été collectées réparties en **40 598** pour le CNTS de Lomé et **15 622** pour le CRTS de Sokodé, comparativement à 50 023 en 2018 réparties en 3568 pour le CNTS de Lomé et 14343 pour le CRTS de Sokodé. La recherche des marqueurs viraux liés au VIH a donné respectivement un taux de 1,21% de résultat positif ou douteux au CNTS de Lomé et 1,58% pour le CRTS de Sokodé comparativement à 1,08% et 2,04% respectivement pour le CNTS de Lomé et CRTS de Sokodé en 2018.

2. Soins Soutien et Traitement

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 prise en charge médical de 586 en 2018 à 670 en 2019.

Tableau V: Répartition des sites de PECM par type de formations sanitaires en 2019

Région	Publique	ONG/Association	Privée /Confessionnelle	Total général
Lomé commune	28	17	17	62
Maritime	133	9	28	170
Plateaux	153	8	24	185
Centrale	86	3	9	98
Kara	98	4	6	108
Savanes	41	3	3	47
Total général	539	44	87	670

2.2. Inscription dans les soins

En 2019, 78985 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.

Tableau VI : Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2019

REGION	ENFANTS	ADULTES	TOTAL	%
Lomé Commune	1768	31939	33707	43%
Maritime	1545	21431	22976	29%
Plateaux	548	7853	8401	11%
Centrale	284	4069	4353	6%
Kara	393	5875	6268	8%
Savanes	240	3040	3280	4%
TOTAL	4778	74207	78985	100%

Suivant la répartition des PVVIH par région, environ 72% 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

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 VII : Répartition par âge du nombre de cas d'IO diagnostiqué en 2019

Infections opportunistes	Enfants (0 à 14 ans)	Adultes (15 ans et +)	Total
Candidose (œsophagienne, buccale,)	577	1720	2297
Zona	88	1657	1745
Toxoplasme	8	266	274
Tuberculose			
Cryptococcose (neuro-méningée,)	25	325	350
Kaposi	4	55	59
Total des cas d'infections opportunistes	702	4023	4725

En 2019, on note une diminution du nombre de cas de candidose (œsophagienne, buccale) 2615 cas (58%) en 2018 contre 2297 (26.9%) cas en 2019 et une forte diminution du nombre de cas de Kaposi enregistré 59 cas (0,01%) contre 215 cas en 2018 (5%).

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 2019, **24934** patients sous ARV ont bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole

Tableau VIII : Répartition de la prophylaxie au cotrimoxazole par région en 2019

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	537	8702	9239	37,1
Maritime	548	6596	7144	28,7
Plateaux	322	3641	3963	15,9
Centrale	121	1682	1803	7,2
Kara	103	1741	1844	7,4
Savanes	79	862	941	3,8
National	1710	23224	24934	100,0

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 2019 est de **12971** soit une inclusion mensuelle de 1080 patients. Cette augmentation des nouvelles inclusions se justifie par la mise en œuvre de la stratégie « test and treat » en 2019.

Tableau IX : Répartition des inclusions par région en 2019

Région	Enfants (moins de 15ans)	Adultes (15 ans & plus)	PTME	Total	%
Lomé commune	265	2956	652	3873	36,4
Maritime	257	2561	831	3649	34,3
Plateaux	96	872	338	1306	12,3
Centrale	52	489	187	728	6,8
Kara	53	512	232	797	7,5
Savanes	12	199	82	293	2,8
National	735	7589	2322	10646	100,00

En 2019, les régions Lomé commune et maritime ont inclus 7522 patients soit 71 % dans le cadre de la mise en œuvre du projet PEPFAR. Ce projet utilise des approches de dépistage ciblé couplé à un arrimage systématique des cas positifs au soins.

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 en 2007 à 76230 en 2019. Vue l'augmentation des PVVIH d'année en année, le PNLS-HV-IST a mis en œuvre le suivi différencié des patients.

L'évolution de la file active des PVVIH sous ARV de 2007 à 2019 est résumée dans la figure ci-dessous

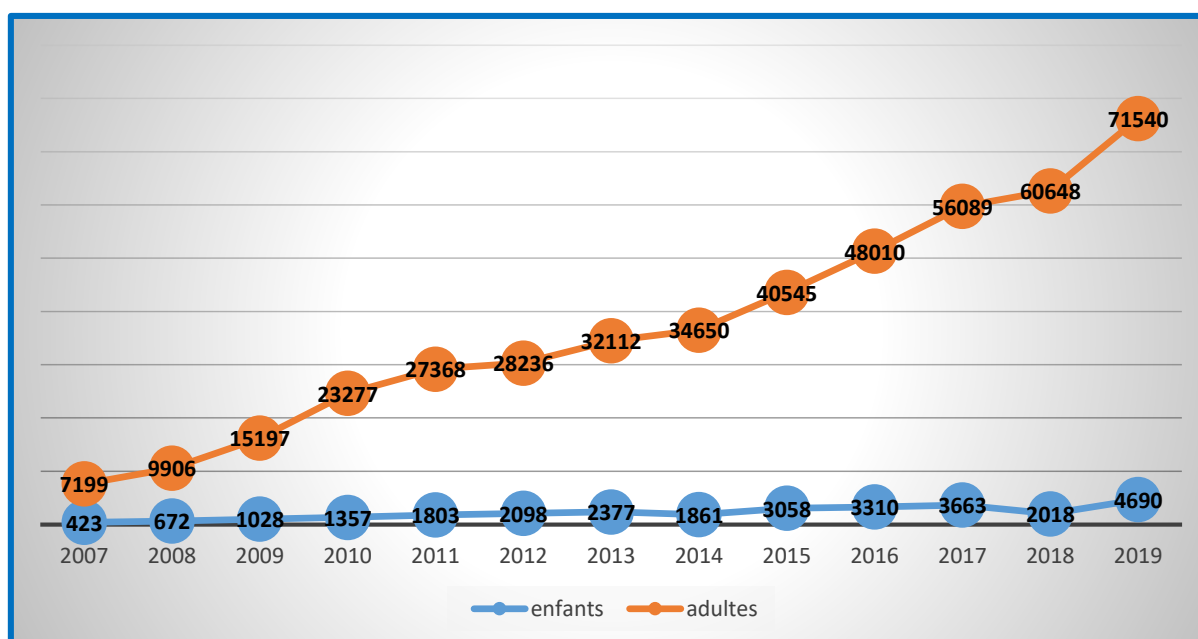


Figure 8 : Evolution par année du nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV

Cette figure montre une augmentation régulière du nombre de PVVIH adultes sous ARV, par contre chez les enfants l'évolution reste linéaire aussi est-il nécessaire d'intensifier les nouvelles stratégies de dépistage (approche familiale du CDIPP, l'index testing) afin de dépister plus d'enfants et les mettre sous ARV.

2.6. Répartition des PVVIH sous ARV par région

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

Tableau X : répartition des PVVIH sous ARV par région en 2019

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
LC*	503	1279	1782	9148	23291	32439	34221
Maritime	409	1043	1452	5538	14100	19638	21090
Plateaux	151	386	537	2125	5410	7535	8072
Centrale	80	204	284	1145	2916	4061	4345
Kara	111	284	395	1611	4102	5713	6108
Savanes	68	172	240	607	1547	2154	2394
Total	1323	3367	4690	20174	51366	71540	76230

*LC : Lomé commune

La prise en charge pédiatrique est l'une des priorités dans la thérapeutique antirétrovirale. Cependant les enfants (0-14 ans) ne représentent que 6,15% des PVVIH sous ARV en 2019.

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) à toutes les portes d'entrée dans les services de pédiatrie, l'acquisition de cartes posologiques pour optimiser la prise des ARV pédiatriques, le système de tutorat clinique.

La formation des prestataires sur l'utilisation de nouvelles molécules pédiatriques (ABC/3TC, granulé de LPV/r, DTG) ces dernières années a également permis d'améliorer la prise en charge pédiatrique.

Répartition par sexe du nombre de PVVIH sous ARV

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

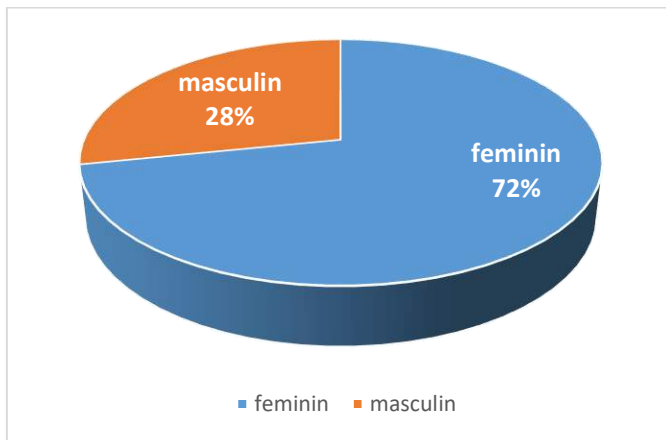


Figure 9 : Répartition par sexe du nombre de PVVIH sous ARV

Sur les **76230** PVVIH sous traitement antirétroviral, on note 1453 populations clés sous traitement antirétroviral en 2019 contre 591 en 2018.

Les résultats de la figure ci-dessous, montrent que sur les 1449 KP sous traitement antirétroviral, les PS représentent 949 (65 ;49%)

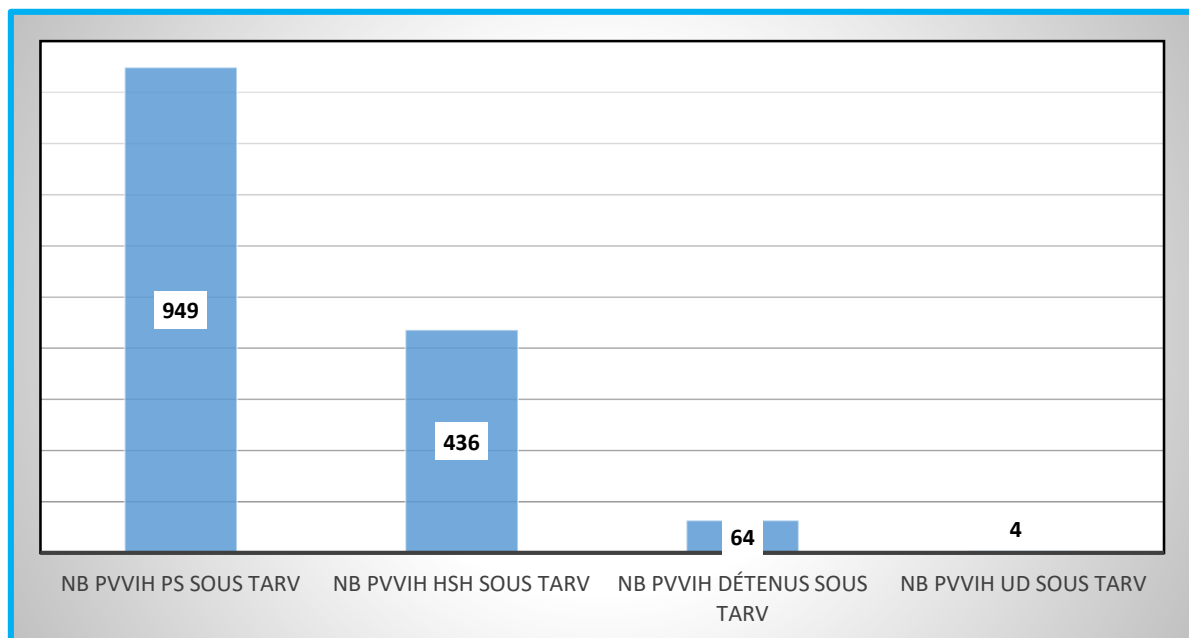


Figure 10: répartition des PVVIH sous ARV chez les populations clés en 2019

Le suivi du dépistage à l'entrée des prisons a permis une meilleure notification des détenus qui représentent 46% des populations clés en 2019.

Tableau XI : répartition des populations clés sous ARV par région en 2019

	Détenus	HSH	PS	UD
Lomé Commune	25	301	721	0
Maritime	19	107	69	1
Plateaux	11	2	27	3
Centrale	0	0	16	0
Kara	0	12	21	0
Savanes	5	14	95	0
Total	60	436	949	4

On note une inégale répartition des populations clés sous ARV. 85,78% des populations clés sont concentré dans la région Lomé commune et Maritime.

2.7. La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2019 :

Tableau XII : La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2019

Lignes thérapeutiques	Effectif	Pourcentage
1ère ligne	68634	90,0%
2ème ligne	7505	9,8%
3ème ligne	91	0,1%
Total	76230	100,0%

Tableau XIII : Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques chez les adultes en 2019

Schémas thérapeutiques chez les adultes		
1ère ligne		
Protocoles utilisés	Nombre	Proportions
1. TDF+3TC+EFV	5807	89,6%
2. AZT+3TC+NVP	4095	6,3%
4. AZT+3TC+EFV	1527	2,4%
5. ABC+3TC+EFV	826	1,3%
6. TDF+3TC+NVP	145	0,2%
7. ABC+3TC+NVP	115	0,2%
TOTAL	64778	100 %
2ème ligne		
1. TDF+3TC+ ATV/r	2390	35,8%

2.	TDF+3TC+LPV/r	946	14,2%
3.	ABC+3TC+ ATV/r	1655	24 ,8%
4.	AZT+3TC+ATV/r	956	14,3%
5.	ABC+3TC+LPV/r	384	5,8%
6.	AZT+3TC+LPV/r	345	5,2%
TOTAL		6676	100%
3^{ème} ligne			
1.	TDF/3TC+DRV+RAL+RT	52	56,9%
2.	ABC+3TC+RAL+DRV/r	25	28,0%
3.	AZT+3TC+RAL+DRV/r	14	15,2%
TOTAL		91	100%
Total patients adulte sous ARV		71545	93,9%

Tableau XIV: Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques chez les enfants en 2019

Schémas thérapeutiques chez les enfants		
1^{ère} Ligne		
TDF+3TC+EFV	463	11,99%
AZT+3TC+NVP	1 188	30,77%
AZT+3TC+EFV	141	3,65%
ABC+3TC+EFV	1 907	49,39%
TDF+3TC+NVP	31	0,80%
ABC+3TC+NVP	108	2,80%
ABC+3TC+LPV/r	14	0,36%
AZT+3TC+LPV/r	2	0,05%
TDF+3TC+LPV/r	7	0,18%
Total	3 861	100%
2^{ème} Ligne		
TDF+3TC+LPV/r	19	2,30%
ABC+3TC+ LPV/r	738	89,00%
AZT+3TC+LPV/r	72	8,70%
Total	829	100%
TOTAL ENFANT sous ARV	4 690	6,15%

2.8. 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.

Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la recherche active de la tuberculose a été faite

Tableau XV : Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la recherche active de la tuberculose a été faite

Régions	Enfants	Adultes	Total
Lomé Commune	1710	30151	31861
Maritime	1350	19071	20421
Plateaux	497	7022	7519
Centrale	272	4023	4295
Kara	321	4728	5049
Savanes	234	2900	3134
National	4374	67302	72279

En 2019, sur 78985 PVVIH enregistrées et suivies, **72279** soit 91,5% ont bénéficié de la recherche active de la TB.

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

En 2019, le nombre de PVVIH faisant la tuberculose est de 409 dont la répartition par région est la suivante :

Tableau XVI : 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)	TOTAL
Lomé commune	3	145	148
Maritime	0	164	164
Plateaux	1	37	38
Centrale	0	18	18
Kara	1	17	18
Savanes	0	23	23
National	10	405	409

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

2.9. Suivi biologique des PVVIH

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
Lomé Commune	13323	1073	14336	6704	685
Maritime	836	512	1348	426	295
Plateaux	1906	1010	2916	759	434
Centrale	959	611	1570	470	396
Kara	1634	119	1753	748	63
Savanes	604	160	764	267	103
National	19295	3496	22731	9389	1985

Au total 22 731 PVVIH ont bénéficié de comptage des CD4 en 2019 soit 29% des PVVIH inscrites dans les soins, contre 37400 en 2018 (51%). Cette contreperformance serait liée aux pannes d'appareils CD4 (8) et de rupture de réactifs au cours de l'année. Parmi ceux qui sont sous traitement ARV et qui ayant bénéficié du comptage CD4, 12,31% ont leurs résultats CD4 inférieur à 500.

2.10. Mesure de la charge virale

Répartition par région de la couverture de la charge virale

Régions	PVVIH ayant bénéficié CV	File active sous ARV	Couverture charge virale
Lomé Commune	5675	34221	16,58%
Maritime	2040	21090	9,67%
Plateaux	1483	8072	18,37%
Centrale	814	4345	18,73%
Kara	1394	6108	22,82%
Savanes	534	2394	22,31%
National	11940	76230	15,66%

La couverture charge virale en 2019 a considérablement diminué comparativement aux données de 2018 (32%). Ceci serait dû aux ruptures d'intrants que le pays a eu au cours de l'année.

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

Région	PVVIH ayant CV	PVVIH ayant CV Supprimée	% CV Supprimée
LOME COMMUNE	5675	4816	84,9%
Adulte	5202	4456	85,7%
Enfant	473	360	76,1%
MARITIME	2040	1645	80,6%
Adulte	1883	1556	82,6%
Enfant	157	89	56,7%
PLATEAUX	1483	1119	75,5%
Adulte	1352	1043	77,1%
Enfant	131	76	58,0%
CENTRALE	814	636	78,1%
Adulte	778	621	79,8%
Enfant	36	15	41,7%
KARA	1394	1164	83,5%
Adulte	1272	1088	85,5%
Enfant	122	76	62,3%
SAVANES	534	389	72,8%
Adulte	470	343	73,0%
Enfant	64	46	71,9%
Total général	11940	9769	81,8%

Le taux de suppression de la charge virale était de 81%. Un effort doit être fait pour être au rendez-vous de 2020.

Tableau XVIII : 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	214	161	75,2%
Féminin	140	110	78,6%
Masculin	74	51	68,9%
2. Entre 5 à 9 ans	286	182	63,6%
Féminin	145	95	65,5%
Masculin	141	87	61,7%
3. Entre 10 à 14 ans	483	319	66,0%
Féminin	247	163	66,0%
Masculin	236	156	66,1%
4. Entre 15 à 19 ans	300	206	68,7%
Féminin	163	120	73,6%
Masculin	137	86	62,8%
5. Entre 20 à 24 ans	263	191	72,6%
Féminin	218	161	73,9%

Masculin	45	30	66,7%
6. 25 ans et plus	10394	8710	83,8%
Féminin	7830	6602	84,3%
Masculin	2564	2108	82,2%
Total général	11940	9769	81,8%

La tranche d'âge de 5 à 9 ans a enregistré le plus faible taux de suppression.

Figure 11 : Répartition par tranches d'âge des PVVIH ayant bénéficié de la Charge Virale

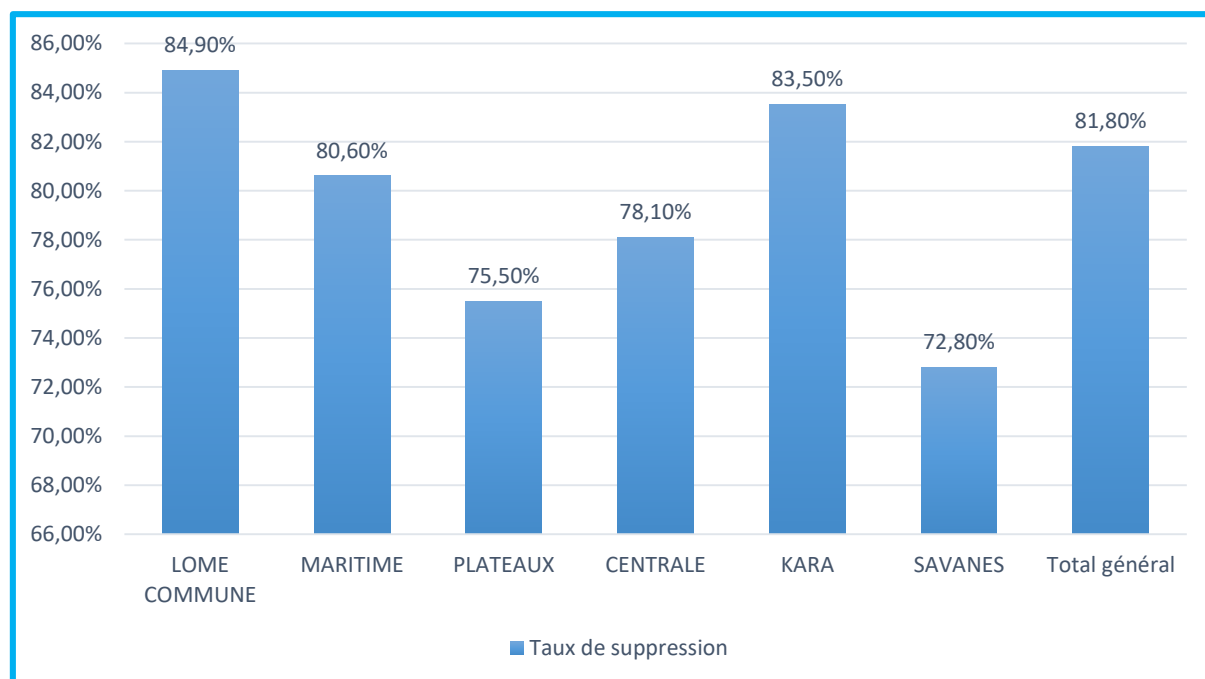


Figure 12: Répartition par région du taux de suppression de la CV chez les PVVIH sous ARV en 2019

En 2019, 11940 PVVIH ont bénéficiés de la mesure de la charge virale soit une couverture de 15,66%, ces résultats sont dus en grande partie à la rupture des réactifs et consommables Charge virale et aux pannes fréquentes des équipements.

Parmi les 11940 PVVIH ayant bénéficié de la charge virale, **9769 ont une charge virale supprimée soit 81,8%**

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

2.11. Cascade de dépistage, de traitement et les résultats des 3x90

Concernant, la cascade des 3X90, les résultats obtenus en 2019, 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

2.11.1. Cascade des 3X90

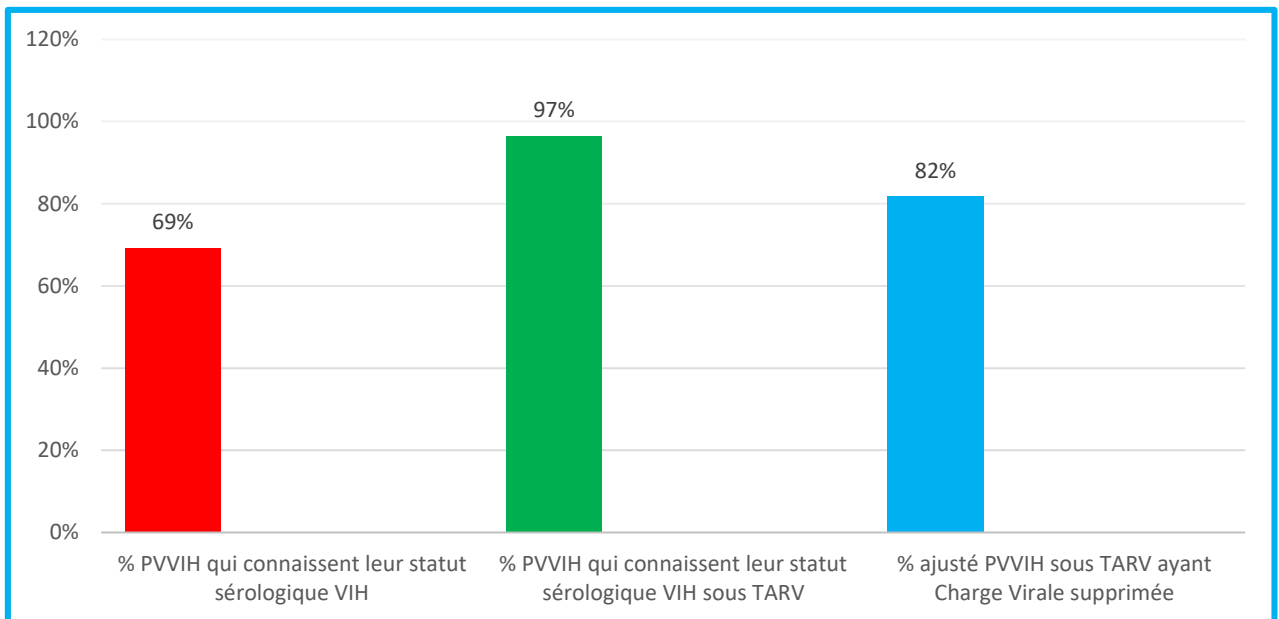


Figure 13 : Cascade des 3X90 en 2019

2.11.2. Cascade de dépistage, de traitement et résultats 3x90 chez les adultes

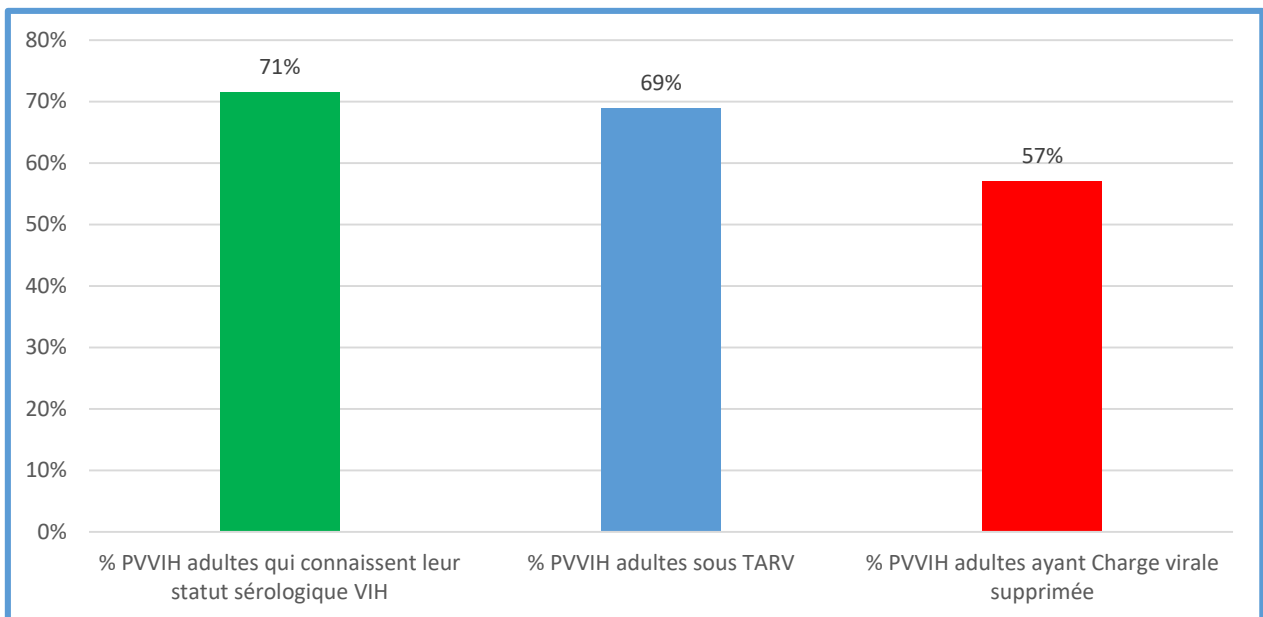


Figure 14: cascade de dépistage et de traitement chez les adultes

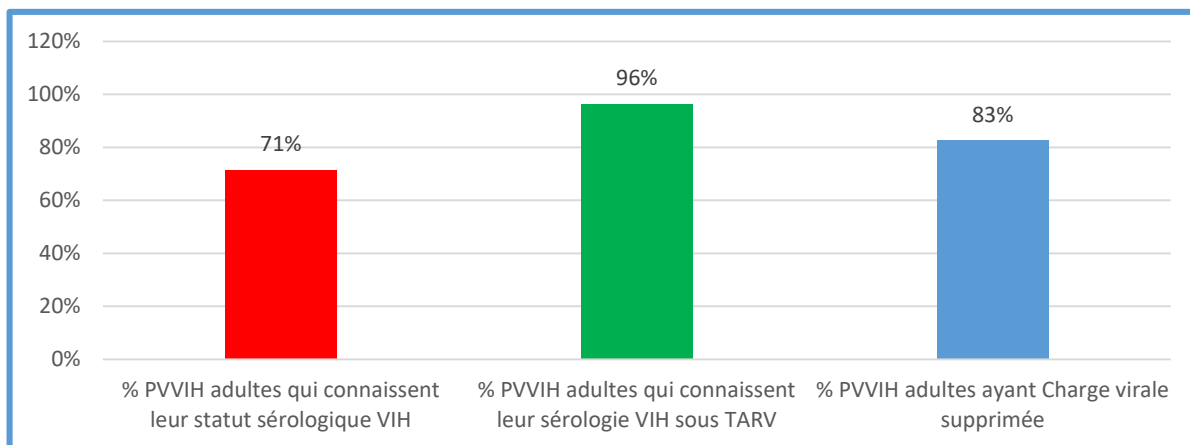


Figure 15: Cascade des 3x90 chez les adultes en 2019

2.11.2.1. Cascade de dépistage et de traitement et résultats 3x90 chez les enfants

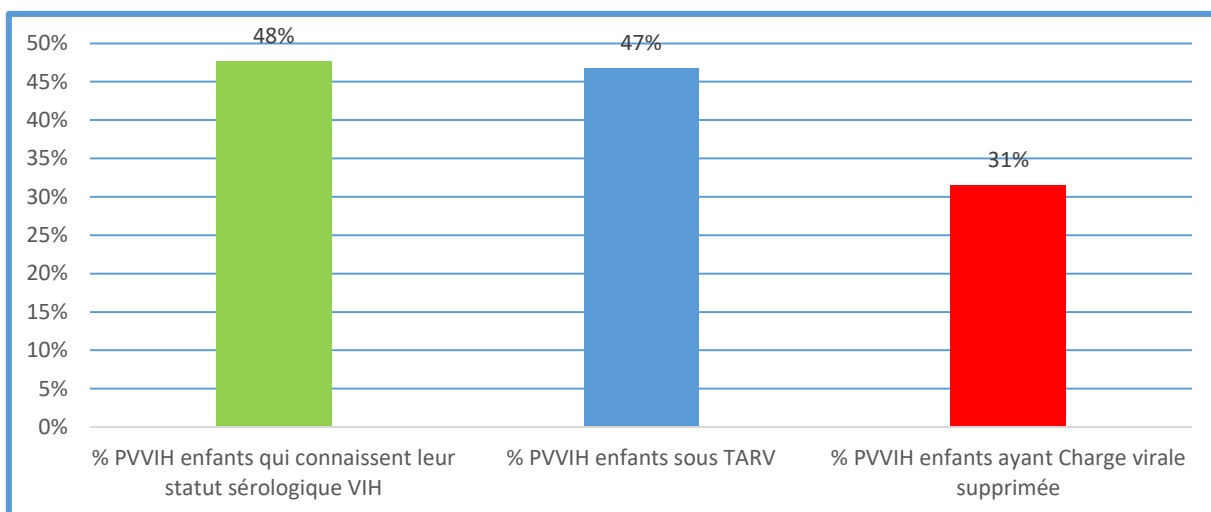


Figure 16: Cascade de dépistage et de traitement chez les enfants

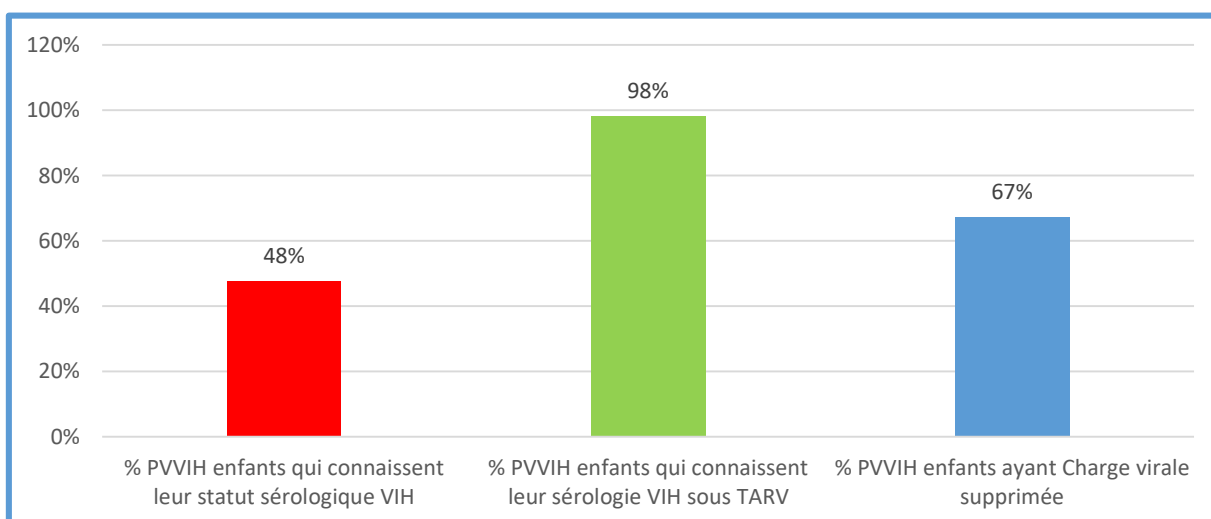


Figure 17: Cascade des 3x90 chez les enfants en 2019

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).

2.12. 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 2019, l'UNICEF a appuyé l'organisation des groupes de parole des enfants et adolescents suivis et l'utilisation des téléphones sur 23 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 et qui s'est poursuivi en 2019 répartis dans les six régions sanitaires du pays avec l'appui du PAM.

Les sites sélectionnés ont été dotés de matériels anthropométriques.

3. Activités de laboratoires : contrôle qualité des tests VIH

. Les activités de laboratoires sont en lien avec les attributions du Centre National de Référence pour les tests VIH (CNR/VIH).

Le CNR/VIH s'occupe donc de l'organisation et la surveillance du réseau de laboratoire sur le territoire national dans le domaine du dépistage de l'infection à VIH, du suivi biologique, immunologique et virologiques des Personnes vivant avec le VIH.

3.1. Confirmation des résultats discordants

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

N° Ordre	Sites	Nombre d'échantillons reçu au CNR/VIH
1	Polyclinique Sokodé	05
2	CHR Sokodé	07
3	CRTS de Sokodé	02
4	CMS Agoe-Nyivé	02
5	AST Baguida	02
6	CHR Tsévié	07
7	CLINIQUE Perpétuel Secours	05
8	CMS Amoutivé	03
9	Labo CHAL – Lomé	08
10	Labo CHAL – Kara	11
11	AMC	05
12	CMS Adidogomé	07
13	ATBEF	07
14	PERFECT LABO	09
15	CHU CAMPUS	09
16	CMS CACAVELI	04
17	JADE POUR LA VIE	06
18	EVT LOME	15
19	BE KPOTA	13
20	CHU SO	48
Total		175

3.2. Contrôle de la qualité des résultats de sérologie rétrovirale

1.1.1.1. Evaluation de la qualité des résultats de la campagne de dépistage VIH de l'ONG Compassion Internationale

Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation sur le VIH/sida, une campagne de dépistage volontaire, financée par Compassion International Togo, au bénéfice de la population des districts d'Amou, Anié, Ogou et des districts Lacs et Bas-Mono, a été organisée respectivement en juillet et en novembre 2019. Ces deux campagnes se sont déroulées en stratégie fixe et en stratégie avancée.

Pour s'assurer de la qualité des résultats et voir si les tâches sont exécutées conformément aux règles d'assurance qualité et de bonnes pratiques exigées dans le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH et conformément aux procédures en vigueur, le Centre National de Référence pour les tests VIH (CNR/VIH) a évalué la qualité des résultats.

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 négatifs en plus des échantillons discordants et positifs étaient collectés sur les 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, 3 faux résultats aux clients lors de la campagne dans les districts d'Amou, Anié et Ogou). Le même nombre de faux résultats a été également constaté dans les districts des Lacs et de Bas-Mono.

Le taux de concordance était de 99,5 % pour la campagne dans les districts d'Amou, Anié et Ogou. Dans les districts des Lacs et de Bas-Mono le taux de concordance estimé était de 99,6%. (Tableau XXVI ci-dessous)

1.1.1.2. Evaluation des résultats de dépistage VIH de 20 sites pilotes CDV et PTME

Dans le souci de renforcer et d'améliorer la qualité de prestation de service de dépistage VIH et d'évaluer les limites de l'algorithme national de dépistage VIH au niveau des sites PTME et des CDV, le CNR/VIH a organisé du 23 février au 03 avril 2019 une activité d'évaluation de la qualité des résultats VIH de 20 sites pilotes CDV et PTME (2 CHU, 2 Centres de santé, 4 CMS, 1 hôpital, 6 CHR et 5 polycliniques)

Les échantillons collectés sont 5% des négatifs, tous les positifs et les discordants. En tout 2347 échantillons ont été collectés au niveau des 20 sites pilotes CDV et PTME.

Les résultats de cette évaluation ont révélé que les prestataires des CVD et des sites PTME concernés ont attribué à la période de l'étude, 16 faux résultats aux clients.

Le taux de concordance des résultats était de 99,3 % [99 -99,7].

Tableau XX : Résultats de l'évaluation de la qualité

	NOMBRE ECHANTILLONS CONTROLES	NOMBRE DE FAUX RESULTATS	TAUX DE CONCORDANCE (%)
Campagne de dépistage VIH – Juillet 2019 (Districts d'Amou, Anié et Ogou)	592	03	99,5% [99-100%]
Campagne de dépistage VIH – Novembre 2019 (Districts des Lacs et Bas-Mono)	715	03	99,6 % [99,4- 100]
Evaluation des résultats de dépistage VIH de 20 sites pilotes CDV et PTME	2347	16	99,3 % [99 -99,7]

3.3. EVALUATION DES TESTS VIH

En 2019 le CNR/VIH a évalué la performance de 03 tests de dépistage de l'infection à VIH, 03 tests de dépistage du virus de l'hépatite B (VHB), 02 tests de dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) et 1 Triplex (test dépistant le VIH, VHB et VHC).

Ces demandes d'évaluation de la performance des tests provenaient des représentants nationaux des laboratoires afin d'obtenir au niveau du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique 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 tests évalués sont consignées dans le tableau XXVII ci-dessous avec leur place dans l'algorithme national de dépistage VIH.

Après ces nouvelles évaluations, le tableau récapitulant la liste actualisée des tests homologués pour le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH, le VHC et VHB pour l'année 2020 se trouve en annexe du présent rapport.

Tableau XXI : Sensibilité et Spécificité des tests évalués en 2019

	SENSIBILITE (%)	SPECIFICITE (%)	VPP (%)	VPN (%)	PLACE DANS ALGORITHME NATIONAL
Human HIV Ag/Ab	100% [97,7– 100,0]	97,1%[93,4– 98,8]	97,2%[93,7 – 98,8]	100%[97,6– 100]	Test1
BIOSYNEX Triplex	98,8 %[92,4 – 99,9]	100% [95,0 – 100]	100%[94,3– 100]	98,9% [93,2 – 99,9]	Test1 et 2
HIV					
HCV	98,6%[91,- 99,9]	100%[95,0– 100]	100% [93,8– 100]	98,9%[93,2– 99,0]	NA
HBsAg	98,9%[95,8 – 99,8]	100% [95,0 – 100]	100% [97,5– 100]	97,8% [91,7 – 99,6]	NA
Human anti - HCV	100 % [94,9 – 100]	99,7% [98 – 100]	98,9% [93,2– 99,9]	100% [98,5 – 100]	NA
HumanHBsAg ultra sens	100 % [97,8 – 100]	100 % [97,7– 100]	100 % [97,8– 100]	100 % [97,7– 100]	NA
MULTISUREHIV Rapid Test	97,3 % [92,9– 99,1]	100% [96,9 – 100]	100% [96,8– 100]	97,4% [93,1 – 99,2]	Test2
SD BIOLINE HBsAg WB	100% [97,4 – 100]	100% [97,4 – 100]	100% [97,4 – 100]	100% [97,4 – 100]	NA
SD BIOLINE HCV	99,1 % [94,2– 100]	100% [98,1 – 100]	100% [95,7– 100]	99,6% [97,4 – 100]	NA
Uni – Gold™ HIV	99,2% [96,7– 99,9]	100% [97,9 – 100]	100% [98,0– 100]	99,1% [96,5 – 99,8]	Test1
HBsAg 2 ABBOTT	99,3% [95,8 – 100]	100% [96,9 – 100]	100% [96,9– 100]	99,3% [95,8 – 100]	NA

3.4. Dépistage précoce du VIH1 sur le GeneXpert

En 2016, l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé un « Plan de rattrapage » visant à aider les pays de la région de l'Afrique de l'ouest et du centre à accélérer le diagnostic et à tripler l'adoption du traitement antirétroviral d'ici à 2020.

Ce plan insiste sur l'utilisation des instruments de test d'acide nucléique (TAN) pré-qualifiés par l'OMS sur les lieux de soins (POC) pour permettre le dépistage virologique des nourrissons et le retour des résultats le même jour.

Dans la mise en œuvre de cette recommandation par le PNLS/HB/IST, le CNR/VIH a formé en septembre 2019, 28 techniciens biologistes sur l'utilisation de GeneXpert pour le dépistage précoce du VIH1 chez les nourrissons exposés.

En fin 2019 le nombre total des enfants exposés dépistés sur les 14 sites GeneXpert est de 513 dont 24 positifs au VIH1 mis sous ARV dans un délai variant entre 24 et 72 heures selon les sites.

Un Contrôle qualité de ces résultats de dépistage précoce du VIH1 sur le GeneXpert a été réalisé en test parallèle avec 42 échantillons DBS sur la plate-forme conventionnelle Abbott RT. La concordance observée était de 100%

4. Gestion des intrants

4.1. Quantification et approvisionnement

La commande des besoins de 2019 a été faite sur le financement Etat et FM sur la base de la quantification des besoins en intrants médicaux validée par le FM en juin 2019. Le PNLS a bénéficié de l'appui d'un consultant pour la rédaction du plan de transition du retrait de la Nevirapine et l'introduction du Dolutégravir suivi de la révision de la quantification. Cette quantification a pris en compte l'introduction du TLD (Ténofovir/Lamivudine/Dolutégravir) pour les besoins de juillet 2019 à décembre 2020.

Pour un meilleur suivi et analyse des stocks, 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. 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 sur la base des rapports-commandes des sites.

4.2. Dispensation des ARV

En 2019 le Togo dispose de 132 sites de dispensations reparties sur l'ensemble du territoire national. Cette décentralisation de sites de dispensation a permis de rapprocher les ARV des PVVIH et les permettre de bénéficier de tout le paquet de service dans leur différent site de prise en charge respectif. Le Togo dispose de 132 sites de dispensation pour 670 de sites de PECM accrédités.

4.3. Disponibilité des ARV en 2019.

Durant le 1^{er} semestre le programme a fait face à des tensions de stock de certaines molécules et rupture sur les molécules de 3^e ligne. Cette situation s'explique par le non-respect des dates

prévisionnelles de livraison par les fournisseurs. Cependant la disponibilité des ARV a été permanente au second semestre.

4.4. Disponibilité des ARV sur les sites de dispensation

Pour une meilleure gestion des stocks, le PNLS a formé des dispensateurs et fait des supervisions formatives sur les sites. Ce qui a permis d'améliorer la gestion des stocks, par une bonne tenue des outils de gestion, des inventaires périodiques et de réduire considérablement les risques de péremptions et de ruptures.

5. . Suivi-évaluation et recherches

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

Indicateurs	Valeur de référence (2018)	Valeur cible 2019	Valeur réalisée 2019	Performance en 2019	Score de performance en 2019	Observation
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	(4331/6017) 72%	95%	(4175/5558) 75%	0,13	1	Le dénominateur pour cet indicateur est obtenu à partir de la modélisation avec le logiciel EPP Spectrum dont le processus pour les estimations 2018 est en cours de finalisation avec l'ONUSIDA.
Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	91%	90,0%				Il s'agit d'un indicateur d'enquête. Le processus de sélection d'un cabinet pour réaliser l'étude sur les Indicateurs d'Alerte Précoce aux ARV couplée de l'audit de la file active des PVVIH est en cours sur la subvention Fonds mondial. Les résultats de cette étude vont permettre de renseigner l'indicateur sur la rétention.
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans	2,1%	2,2%	2,1%	4	5	La source de l'information pour cet indicateur est le résultat provisoire de la modélisation avec le logiciel EPP Spectrum.

5.1. Activités de suivi et évaluation

5.1.1. Revues des activités : PTA et activités de PECM

En 2019, 77 activités avaient été planifiées avec des sources de financement connues dans le plan de travail annuel (PTA) budgétisé. Parmi ces activités, 60 ont été complètement réalisées, soit 78% de taux de réalisation physique. On note une hausse de 2% par rapport à la performance de l'année précédente. Le graphique ci-dessous le montre le taux de réalisation du PTA 2019 ainsi celui des différentes unités.

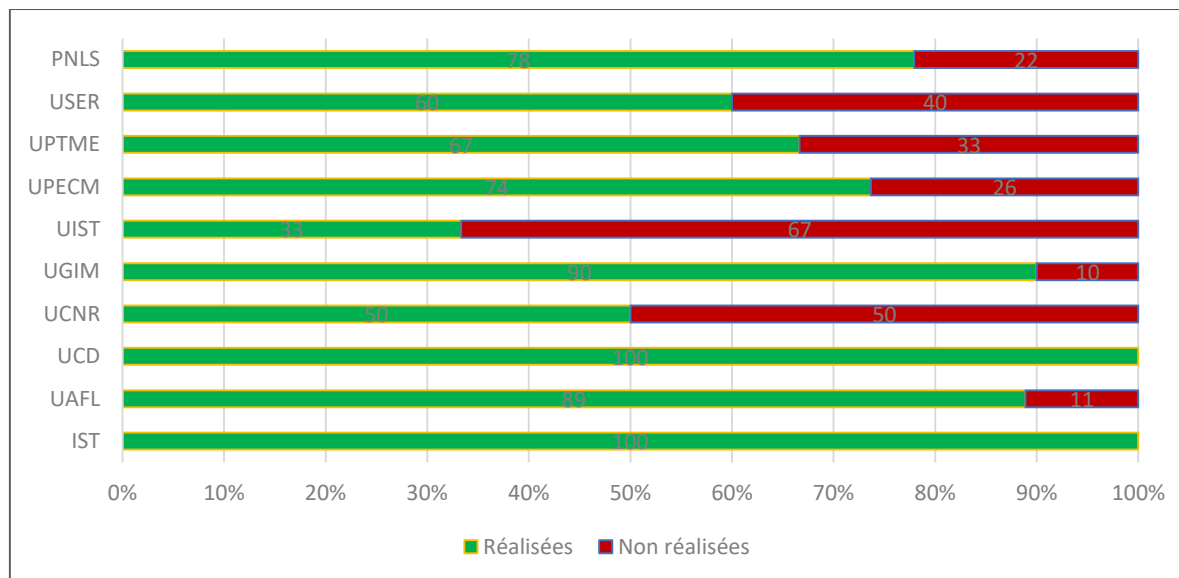


Figure 18 : taux de réalisation physique des activités du PTA 2019 en fonction des domaines d'intervention

5.1.2. Activités de planification

Au cours de l'année 2019, le processus de planification des activités a abouti à l'élaboration du PTA 2020. Par rapport à ce budget, les activités pour lesquelles le financement existe constituent 78% de la planification totale.

5.1.3. Gestion des données programmatiques

Deux missions de contrôle et vérification des données réalisées en avril et en décembre 2019 ont permis :

- D'apprécier de façon générale l'état d'évolution de la saisie dans le Dhis2 (complétude, promptitude) et la sauvegarde des fichiers dans Excel,
- D'exécuter les règles de validation pour relever les incohérences et d'éventuelles erreurs (analyse des règles de validation dans Data Quality) et la sauvegarde des fichiers dans l'Excel ; la Recherche des données manquantes et les valeurs atypiques (analyse dans WHO Data Quality).

5.1.4. Activités de recherches

En 2019, une étude a été menée sur l'évaluation du niveau d'intégration du dépistage VIH dans les activités des centres de réhabilitation nutritionnels au Togo

Dans les 18 CREN visités, 1454 enfants ont été hospitalisés pour malnutrition aigüe sévère avec complications et 786 enfants traités en ambulatoire pour malnutrition aigüe sévère sans complications de juillet 2018 à juillet 2019. Au total, 2240 enfants ont été reçus dans les 18 formations sanitaires pour MAS ; la répartition des enfants selon les régions est présentée par la figure ci-dessous.

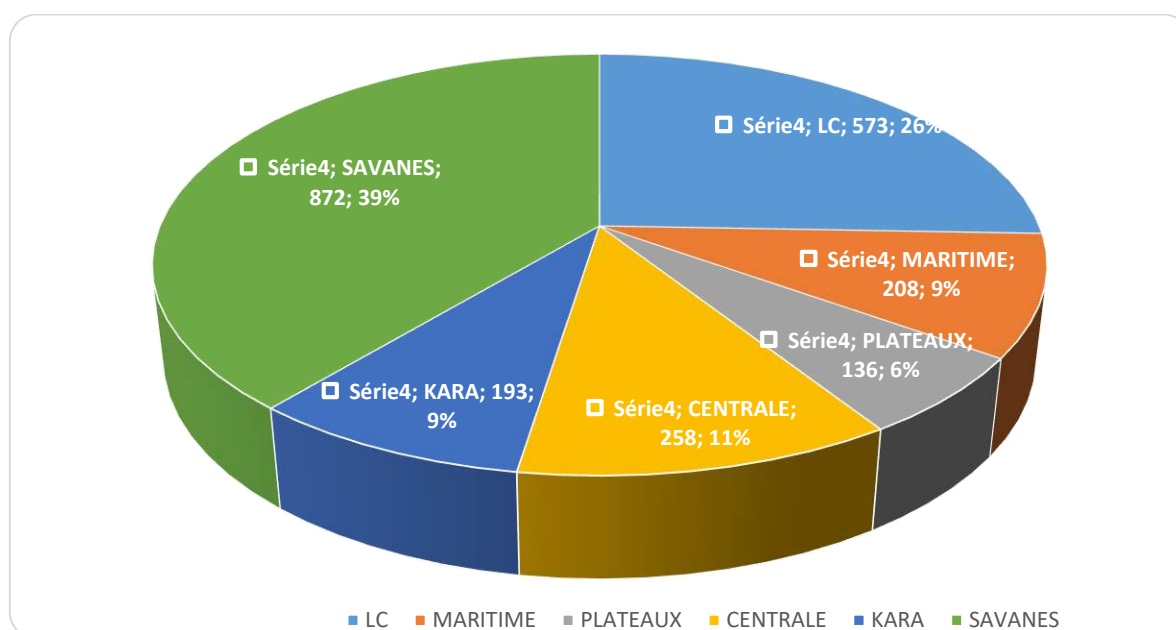


Figure 19: La répartition des enfants reçus pour MAS dans 18 sites visités selon les régions sanitaires.

5.1.4.1. Dépistage CDIPP et la séropositivité dans les CRENI

Sur les 1454 enfants hospitalisés pour malnutrition aigüe sévère avec complications, seuls 495 dépistés pour le VIH ont été notifiés soit dans les registres CRENI ou le dossier de l'enfant soit un taux de dépistage d'environ 34%. Parmi les dépistés, 29 positifs ont été enregistrés comme le montre la figure 3.

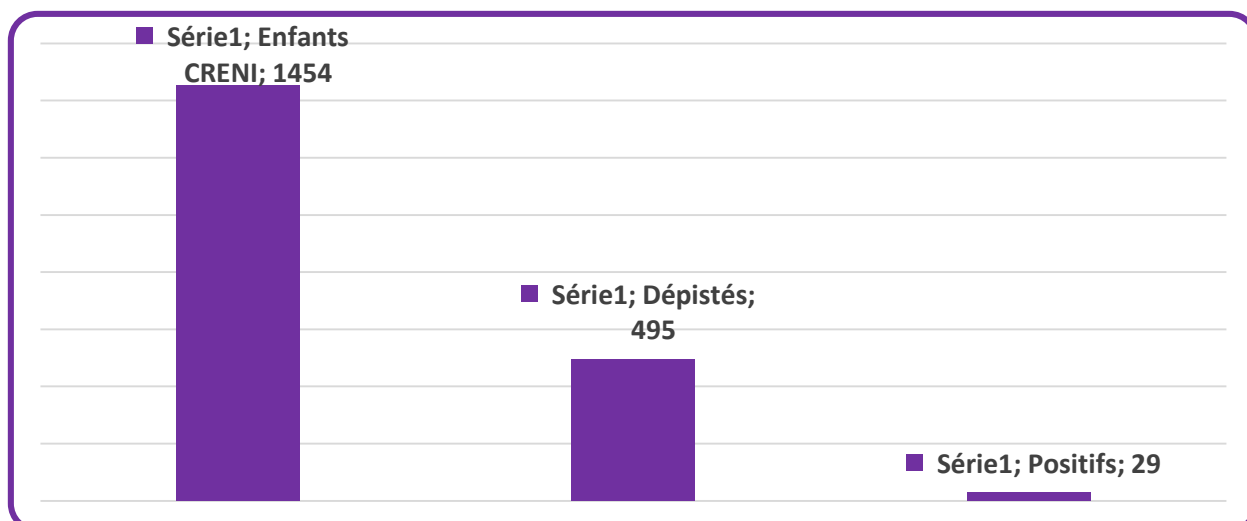


Figure 20: Vue d'ensemble du dépistage du VIH dans les 18 CRENI visités

5.1.4.2. Dépistage CDIPP et la séropositivité dans les CRENAS

Sur les 786 enfants pris en charge en ambulatoire pour malnutrition aiguë sévère sans complication, 75 ont été dépistés pour le VIH et notifiés dans les registres CRENAS soit un taux de dépistage de moins de 10%. Parmi les dépistés, 5 positifs ont été enregistrés comme le montre la figure 4.

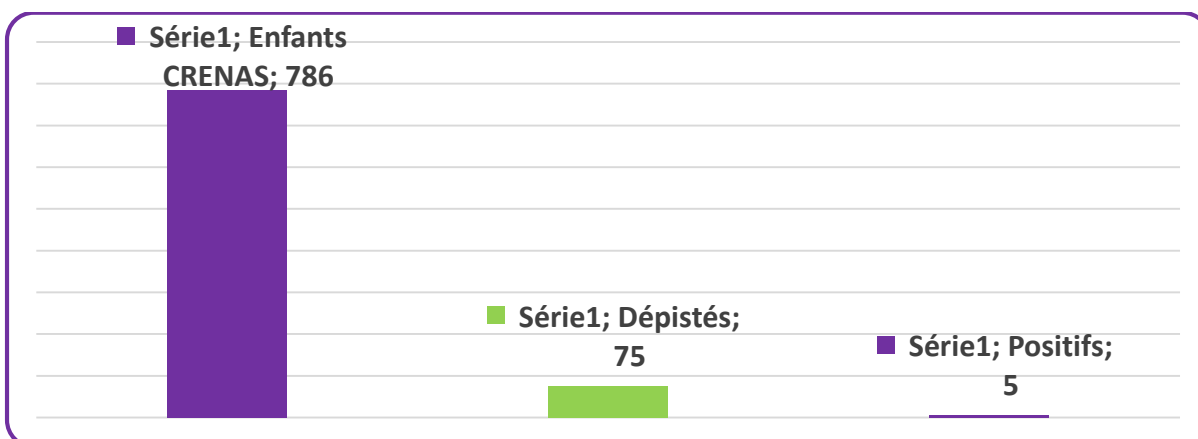


Figure 21: Vue d'ensemble du dépistage du VIH dans les 14 CRENAS visités

En résumé, cette étude a permis de constater que le taux de notification du dépistage des enfants en CRENI est d'environ 34% et que ce même taux est d'environ 9% dans les CRENAS. Si ces taux de dépistage du VIH notifié dans les CREN est vraiment égal au réel taux de dépistage du VIH dans les CREN, il urge alors d'élaborer des stratégies à rattraper ces enfants pour pouvoir atteindre le premier 90 fixé par l'ONUSIDA. Cette étude a aussi permis de constater que juste un peu plus de la moitié des enfants issus de la PTME de l'ensemble des sites visités ont bénéficié de la PCR. Bien que cet échantillon ne soit pas assez représentatif de la population,

cette étude donne une idée sur le défi qui est d'atteindre le premier 90 d'ici 2020. Les explications données à cette déperdition sont nombreuses et entre autres : les références, le non-respect des rendez-vous par les mères et la surcharge de travail.

6. Gestion du programme

6.1 Coordination

6.2 Activités de renforcement des capacités

6.2.1 Formations

Tableau XXIII : Activités de formation

N°	Libelle de la formation	Date de réalisation	Entité responsable
1	Atelier de formation des prestataires de soins sur la lutte contre les VBG pour l'atteinte des objectifs 90 90 90 de l'ONUSIDA à Lomé	du 02 au 04 / 10 / 2019	UIST/IC
2	Formation des Chargés de S&E et des OPS des sites sur le suivi évaluation du programme PEPFAR		USER
4	Formation de 30 prestataires des sites de PTME en dépistage et prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes / mères séropositives et enfants exposés à Kpalimé	18 au 20/03/2019	PTME
5	Formation en Conseil/dépistage communautaire de 20 pairs éducateurs/superviseurs des populations clés EVT-FAMME	01 au 05 avril 2019	UCDP
6	Formation de 50 prestataires en en 2 sessions sur CDIP et sur nouvelles stratégies du CD-VIH	09 au 13 septembre 2019 et 30 septembre au 04 octobre 2019	UCDP
7	Atelier de formation des prestataires de soins sur la lutte contre les VBG pour l'atteinte des objectifs 90 90 90 de l'ONUSIDA	02 au 04 / 10 / 2019	UIST-IC
8	Atelier de dissémination des nouveaux algorithmes de prise en charge des IST selon les nouvelles recommandations de 2016 de l'OMS dans les régions des Savanes, Maritime et Lomé commune	Oct-Nov 2019	UIST-IC
9	Atelier de renforcement des competences des prestataires de soins des formations sanitaires a la prise en charge globale du vih	26 au 30 aout 2019	Deux sessions Kara et Kpalimé

10	Atelier de renforcement des compétences des prestataires de soins des formations sanitaires à la prise en charge globale du VIH	02 au 06 septembre 2019	Trois sessions Dapaong et Sokode Atakpame
11	Atelier national de briefing des prescripteurs, des comités thérapeutiques et parrains pédiatriques sur l'introduction du Dolutegravir dans les protocoles de prise en charge au Togo	21 et 22 janvier 2019	UPECM
12	Atelier de formation des prestataires des sites PEPFAR	2 sessions	UPECM
13	Atelier de briefing des prestataires des sites de pecm du VIH à la thérapie préventive à l'isoniazide (tpi) chez les personnes vivantes avec le VIH ENAM Lomé	21/05/2019	UPECM
14	Atelier de renforcement de capacités des médiateurs nouvellement recrutés en matière de prise en charge psychologique des PVVVIH populations clés et population générale	20 au 24 mai 2019, Lomé	UPECM
15	Suivi de la mise en œuvre des activités de PTME et de PECP du niveau central vers les points focaux régions, district et sites de la région des plateaux	26 au 30 mars 2019	UPECM
16	Rapport de mission de supervision conjointe des sites de prise en charge des PVVVIH des OSC par la plateforme des OSC avec l'appui du PNLS	29 juillet au 06 Aout 2019	UPECM
17	Formation des prestataires des sites de dispensation sur la dispensation ARV et des médicaments anti-ivo, la gestion des stocks et l'aide à l'observance	25 février au 1er mars 18 au 22 mars	UGIM
18	Remise à niveau des dispensateurs dans le cadre de la mise en œuvre du projet PEPFAR au Togo	30 septembre au 02 octobre 2019	UGIM
19	Formation initiale des dispensateurs dans le cadre de la mise en œuvre du projet PEPFAR au Togo	Septembre 2019	UGIM
20	Formation des prestataires de soins sur la confection des papiers buvards	01 au 03 octobre 2019	CNR/VIH
21	Formation des techniciens biologistes sur l'utilisation de Genexpert dans le cadre de dépistage précoce du VIH	17 au 20 septembre 2019	CNR/VIH

22	Formation des techniciens biologistes sur l'utilisation de FacsPresto BD	24 juin 2019	CNR/VIH
23	Formation des techniciens biologistes du CHR Atakpamé sur les nouvelles procédures d'utilisation de la plateforme Biosynex pour la mesure de la charge virale VIH1	13 au 15 Novembre 2019	CNR/VIH
24	Atelier de réflexion sur l'organisation de l'offre de service charge virale sur les sites de mise en œuvre du programme PEPFAR sur l'atteinte du 1er et le 3ème 90	13 au 14 août 2019	CNR/VIH

6.2.2 Supervisions

Tableau XXIV : Activités de supervision

N°	Libelle de la formation	Date de réalisation	Entité responsable
1	Suivi des activités des groupes de parole au niveau des sites PTME dans la région Maritime	12 au 19 /08/2019	PTME
2	Suivi des activités des groupes de parole au niveau des sites PTME dans la région Maritime	23 au 27 /09/2019	PTME
3	Suivi des activités de la confection des DBS et la réception des résultats sur les sites de la région Kara	08 au 14 /03/2020	PTME
4	Suivi des activités de la confection des DBS et la réception des résultats sur les sites de la région Maritime	23 au 27 /03/2020	PTME
5	Mission de suivi-supervision des activités et d'utilisation du code d'identification dans les services adaptés dans les différentes régions du Togo		UIST
6	Suivi de la mise en œuvre des activités de PTME et de PECP du niveau central vers les points focaux régions, district et sites de la région des plateaux	26 au 30 mars 2019	UPECM
7	Rapport de mission de supervision conjointe des sites de prise en charge des	29 juillet au 06 Aout 2019	UPECM

	PVVIH des OSC par la plateforme des OSC avec l'appui du PNLS		
8	Mission de supervision des sites de dispensation du niveau central dans la région des Plateaux (TB/VIH) (S1) et S2 Savanes et Kara	10 au 14 mai 2019 et du 9 au 13 décembre 2019	UGIM
9	Supervision des sites EDT de 6 régions	T1, T2, T3, T4	UGIM
10	Atelier des comités régionaux de gestion des intrants médicaux	T1, T2, T3, T4	UGIM et CNR
11	Supervision CHAI	T2 et T3	UGIM et PECM
12	Supervision intégrée de contrôle qualité des activités de laboratoires du réseau par le CNR et Suivi-Evaluation du PNLS-IST	15 au 21 Décembre 2019, 05 au 11 janvier 2020	CNR/VIH
13	Supervision intégrée de contrôle qualité des activités de laboratoires du réseau par le CNR et Suivi-Evaluation du PNLS-IST	17 juin au 02 juillet 2019	CNR/VIH
14	Rapport de supervision de la campagne de dépistage du VIH dans six cde/églises d'Amou et d'Anié et dans six cde/églises d'Ogou	16 au 21 juillet 2019 et du 24 au 28 juillet 2019	CNR/VIH

6.2.3 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.

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

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

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

- L'étude et la validation des dossiers de demande de mise sous ARV pour garantir une prescription de qualité,
- Le renforcement de compétences par des supervisions formatives,
- L'échange et le partage d'expérience au cours des réunions trimestrielles,

En 2019, les activités de supervision et des réunions trimestrielles n'ont pas été mis en œuvre faute de financement de plus dans le cadre de la mise en route du « test and treat » les attributions de ces comités ont été révisé et ils sont devenus des cellules de gestion de nouvelle inclusion. Au total 60 cellules de gestion ont été mis en place dans tous les districts, les CHU, CHR et certains grands hôpitaux,

7 Gestion administrative financière et logistique

Le budget prévisionnel et disponible pour la mise en œuvre des activités de toutes les interventions du PNLS-IST au cours de l'année 2019 s'élève à 6 651 678 690 FCFA contre un budget 9 672 453 655 FCFA pour l'année 2018 soit une baisse d'environ 31 % dû à la baisse considérable de la subvention du fonds mondial

7.1.1 Présentation du budget de l'année 2018 et 2019

Tableau XXV : Présentation du budget de l'Etat comparatif des dépenses de l'année 2019 et celui de 2018

Nature des dépenses	Montant en Francs CFA		Proportion	
	2019	2018	2019	2018
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	3 605 860	3 349 382	3.06	3.42
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	101 261 006	83 625 123	85.84	85.45
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)				
Total fonctionnement (I)	104 866 866	86 974 595	88.90	88.87
Dépenses internes d'investissement	13 099 703	10 887 902	11.06	11.13
Dépenses externes d'investissement				
Total investissement (II)	13 099 703	10 887 902	11.06	11.13
Ressources Propres (III)	117 966 569	97 862 407	100.00	100.00
Total général (I+II+III)	117 966 569	97 862 407	100.00	100.00

Ce tableau retrace pour les dépenses sur le fonctionnement de la subvention de l'Etat. Notons un dépassement de 17 966 569 FCFA dû résultant du solde bancaire de la gestion de 2018. Les dépenses d'investissement proviennent des achats du matériel et mobiliers informatique.

7.1.2 Répartition du budget reçu par source de financement

L'analyse de la répartition du budget par source de financement souligne que plus des 3/4 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 75,58% pour un montant de 5 631 226 210 FCFA suivi de l'UNICEF pour un taux de 2,10% soit 156 828 137 FCFA.

Notons que la subvention de L'Etat sur la gestion des intrants s'élève à 1 500 000 000 FCFA soit environ 21,98%.

N°	PARTENAIRES	MONTANT FINANCE	MONTANT DEPENSE	Taux d'exécution	Proportion
1	ETAT	1 637 501 893	1 634 037 489	99,79%	21,98%
2	FONDS MONDIAL	5 631 226 210	2 266 765 590	40,25%	75,58%
3	UNICEF	156 828 137	62 773 998	40,03%	2,10%
4	USAID	2 917 195	2 917 195	100%	0,04%
5	CHAI	12 883 096	9 941 452	77,17%	0,17%
6	OMS	2 100 000	2 100 000	100%	0,03%
7	UNFPA	6 393 930	6 393 930	100%	0,09%
8	T OIL COMPANY	806 010	806 010	100%	0,01%
TOTAL		7 450 656 471	3 985 735 664	53,50%	100%

6.4.2 Présentation des dépenses gestion 2019 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 3 681 868 593 FCFA représentant essentiellement les achats des ARV soit un taux de 40,25% du budget alloué, cela se justifie par des commandes de 2019 en cours et non encore réceptionnées.

Tableau XXVI: Présentation du budget gestion 2019 par partenaires et domaine d'intervention

N°	PARTENAIRES	PREVENTION	SOINS, SOUTIEN ET TRAITEMENT	SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE	GESTION DE PROGRAMME	Total
1	ETAT	32 018 135	1 519 602 705	7 670 805	74 745 844	1 634 037 489
2	FONDS MONDIAL	12 960 000	2 125 625 694	13 472 298	114 707 598	2 266 765 590
3	UNICEF	15 678 841	26 698 742	20 396 415		62 773 998
4	USAID			2 917 195		2 917 195
5	CHAI		9 941 452			9 941 452

6	OMS	2 100 000				2 100 000
7	UNFPA	6 393 930				6 393 930
8	T OIL COMPANY	806 010				806 010
Total		69 956 916	3 681 868 593	44 456 713	189 453 442	3 985 735 664

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

4.1 Difficultés liées à la mise en œuvre des activités

- ✓ Insuffisance du personnel (prescripteurs, psychologues, médiateurs, etc.) pour l'offre des services de soins, soutien et prise en charge médicale aux PVVIH,
- ✓ Insuffisance dans la réalisation des bilans de suivi biologique aux PVVIH sous ARV
- ✓ Difficulté de la mise en œuvre des activités de prise en charge nutritionnelle et psychosociale (matériels anthropométriques, les kits alimentaires ou nutritionnels)
- ✓ Faible couverture des PVVIH à la charge virale
- ✓ Panne des équipements de comptage des lymphocytes TCD4 lié à un retard de la signature du contrat de maintenance financé par le NFM

4.2 Défis

- ✓ Insuffisance de ressources pour formation des prestataires de sites sur les nouvelles stratégies.
- ✓ Faible couverture des PVVIH à la charge virale
- ✓ 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.
- ✓ Mise à l'échelle de l'utilisation du test DUO pour le dépistage des FE sur tous les sites PTME du pays
- ✓ Offrir la charge virale à 50% des PvVIH sous ARV.

4.3 Perspectives

- ✓ Offrir la charge virale au PvVIH sous ARV sur les équipements GeneXpert
- ✓ Pérenniser les maintenances préventive et curative des équipements de comptage de LTCD4 et la mesure de la charge virale
- ✓ Dépistage ciblé à l'aide des nouvelles stratégies de dépistage pour **améliorer le niveau d'atteinte du premier 90 ;**
- ✓ Développer la PTME en stratégie avancé et mobile.
- ✓ Mettre en place un système de référence et de contre-référence entre les sites PTME et de PECM dans le cadre de la délégation de tâches
- ✓ Prendre en charge les cas de malnutrition chez les femmes enceintes, allaitantes et enfants exposés au VIH sur tous les sites PTME avec les kits alimentaires et nutritionnels.

4.4 Opportunités

- ✓ Nouvelle subvention de Fonds Mondial

Conclusion

Avec le soutien de l'Etat et des partenaires en développement notamment le Fonds Mondial, #EAWA dans le cadre du programme PEPFAR, 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 peuvent contribuer à l'atteinte du 1^{er} et 2^{ème} 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 Tandjouare	FacsPresto BD
7		CHP Mandouri	PIMA CD4
8		CMS Gando	FacsPresto BD
9		Vivre dans l'Espérance	FacsPresto BD
10	Kara	CHR Tomdè	FACSCCount BD
11		CHU Kara	FACSCCount BD
12		Polyclinique Kara	FacsPresto BD
13		CHP Bassar	FACSCCount BD
14		CMS Kabou	PIMA CD4
15		Camp G' AMEYI	Cyflow-Partec II - FacsPresto BD
16		CHP Guérin Kouka	PIMA CD4
17		CHP Kantè	FacsPresto BD
18		CHP Pagouda	FacsPresto BD
19		CMS Kétao	FacsPresto BD
20		CHP Niamtougou	PIMA CD4
21		CMS Baga	FacsPresto BD
22		ONG AED	FacsPresto BD
23		CHP Assoli	FacsPresto BD
24	Centrale	CHR Sokodé	FACSCCount BD
25		CHP Sotouboua	Cyflow-Partec I - FacsPresto BD
26			
27		CMS Kolowaré	FacsPresto BD
28		CHP Blitta	PIMA CD4
29		CMS Adjengré	FacsPresto BD
30		USP Pagala Gare	FacsPresto BD
31		CMS Agbandi	FacsPresto BD
32		CHP Tchamba	FacsPresto BD

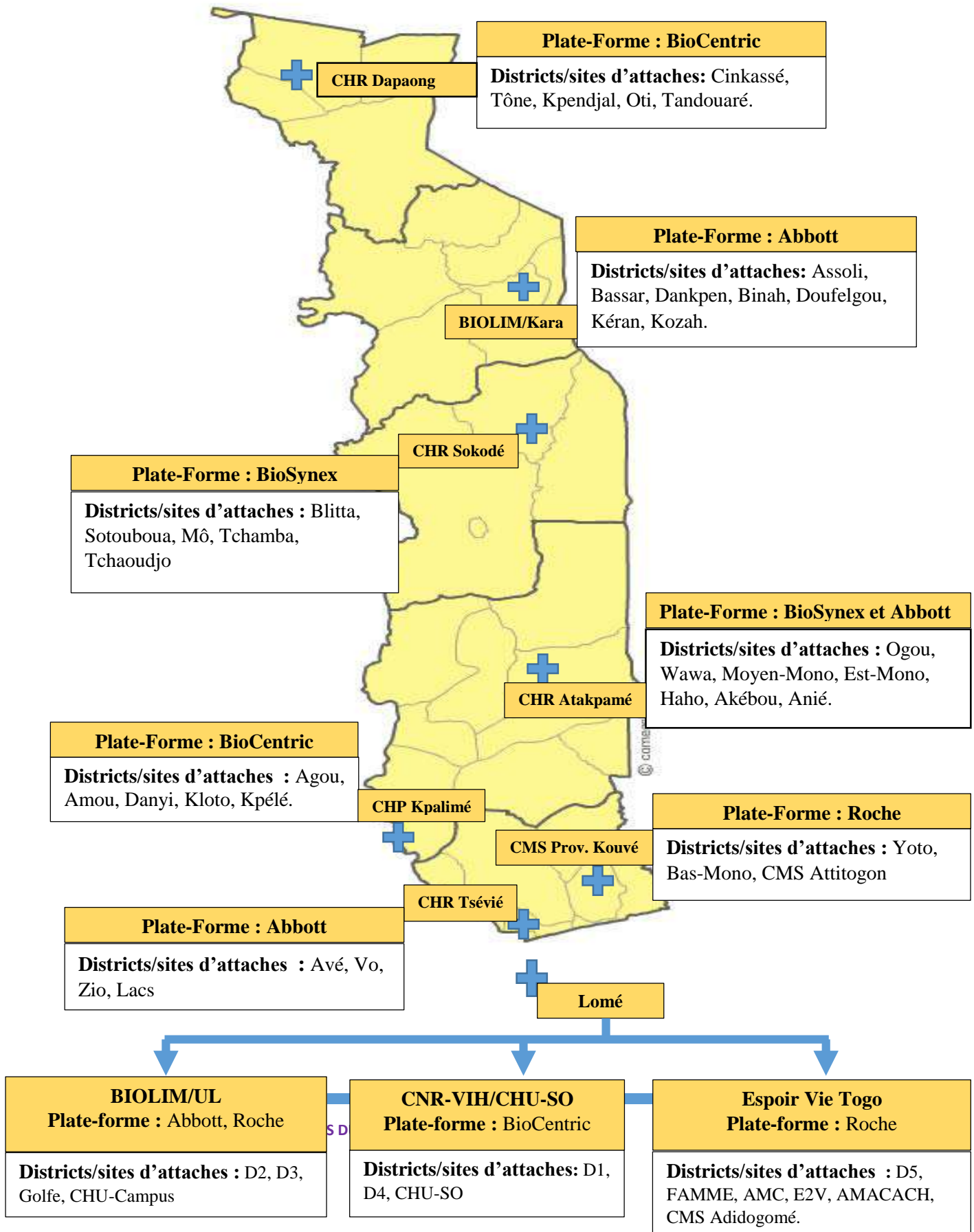
33		CMS Kaboli	PIMA CD4
34		CHP Mô	FacsPresto BD
35		Polyclinique Sokodé	FacsPresto BD
36		CMS ADESCO (Bon Secours)	FacsPresto BD
37	Plateaux	CHR Atakpamé	FACSCCount BD
38		CHP Kpalimé	FACSCCount BD
39		CHP Notsé	FACSCCount BD
40		CHP Danyi- Apéyémé	FacsPresto BD
41		CMS Danyi Elavagnon	FacsPresto BD
42		CHP Adéta	FacsPresto BD
43		CMS Kpogandji	FacsPresto BD
44		CHP Agou-Gare	FacsPresto BD
45		CHP Elavagnon Est - Mono	PIMA CD4
46		CHP Anié	FacsPresto BD
47		CHP Tohoun	PIMA CD4
48		Polyclinique Atakpamé	FacsPresto BD
49		CMS Akparé	FacsPresto BD
50		CHP Amlamé	FacsPresto BD
51		CMA Témédja	FacsPresto BD
52		CHP Kougnohou	FacsPresto BD
53		CHP Badou	FacsPresto BD
54		CMS Gleï	FacsPresto BD
55	Maritime	CHR Tsévié	FACSCCount BD
56		Polyclinique Tsévié	FacsPresto BD
57		CHP Assahoun	PIMA CD4
58		CMS Aképé	FacsPresto BD
59		CMS Kouvé	Facscount BD
60		Hôp. Afagnan	Cyflow-Partec II FacsPresto BD
61		CHR Aného	Cyflow-Partec II FacsPresto BD
62		CHP Vogan	FACSCCount BD
63		CMS Agoe-Nyivé	FACSCCount BD
64		Polyclinique Aného	FacsPresto BD
65		CMS Agbodrafo	FacsPresto BD
66		CHP Tabligbo	FACSCCount BD
67		CMS Adidogomé	FACSCCount BD

68		Centre Loyola	FacsPresto BD	
69		CMS Baguida	FacsPresto BD	
70		CMS Agoe-Démakpoé	PIMA CD4 (en instance)	
71	Lomé Commune	CNR/VIH	FACSCalibur BD FACSCount BD	
72		Hôpital de Bè	Cyflow-Partec I FacsPresto BD	
73		Camp G ¹ GNASSINGBE	Cyflow-Partec II FacsPresto BD	
74		AMC-CISSA	FacsPresto BD	
75		CHR LC	FACSCount BD	
76		CHU Campus	FACSCount BD	
77		ONG EVT	FACSCount BD PIMA CD4	
78		ONG CRIPS	FacsPresto BD	
79		CMS Bè - Kpota	FacsPresto BD	
80		C S de Lomé	FacsPresto BD	
81		C S de Kodjoviakopé	FacsPresto BD	
82		CMS CACAVELI	FacsPresto BD	
83		CHP Amoutivé	FacsPresto BD	
84		ATBEF	PIMA CD4	
85		Action Contre le sida (ACS)	PIMA CD4 FacsPresto BD	
86		Projet FAMME	FacsPresto BD	
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 Tandjouare		FacsPresto BD	
7	CHP Mandouri		PIMA CD4	
8	CMS Gando		FacsPresto BD	
9	Kara	CHR Tomdè	FACSCount BD	
10		CHU Kara	FACSCount BD	
11		CHP Bassar	FACSCount 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	FACSCount 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	FacsPresto BD
40		CHP Tohoun	PIMA CD4
41		Polyclinique Atakpamé	FacsPresto BD
42		CHP Amlamé	FacsPresto BD
43		CHP Kougnouhou	FacsPresto BD
44		CHP Badou	FacsPresto BD
45		CMS Gleï	FacsPresto BD
46			CHR Tsévié
47	CHP Assahoun		PIMA CD4
48	CMS Aképé		FacsPresto BD
49	CMS Kouvé		Facscount BD

50	Maritime	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
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



Annexe 3 : Cartographie des sites GeneXpert

N°	Sites
1	HD2 (Bè-Kpota)
2	CHR Tsévié
3	CHP Tabligbo
4	CHP Vogan
5	CHP Anèho
6	CHR Atakpamé
7	CHP Kpalimé
8	CHP Notsè
9	CHR Sokodé
10	CHU - Kara
11	CHP Bassar
12	CHP Mango
13	CHR Dapaong
14	CHU - SO

Annexe 4 : Liste actualisée des tests homologués 2019

	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
Human anti - HCV	ELISA	Sérum, Plasma	NA	NA
Human HBsAg ultra sens	ELISA	Sérum, Plasma	NA	NA
MULTISUREHIV Rapid Test	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Oui	Test2
SD BIOLINE HBsAg WB	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	NA	NA
SD BIOLINE HCV	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	NA	NA
Uni – Gold™ HIV	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Non	Test1
Human HIV Ag/Ab	ELISA	Sérum, Plasma	Non	Test1
BioSynex Triplex HIV, HCV, HBsAg	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	Non	Test1
HBsAg 2 ABBOTT	Rapide/simple	Sérum, Plasma, sang total	NA	NA

Données PCR incluant quelques sites de GeneXpert

	≤2 mois]2 - 6 mois]]6 - 12 mois]	>12 mois	Total général
Lomé commune	512	226	85	10	833
Positif	12	7	10		29
%	2,3%	3,1%	11,8%	0,0%	3,5%
Maritime	606	312	97	23	1038
Positif	23	10	10	5	48
%	3,8%	3,2%	10,3%	21,7%	4,6%
Plateaux	253	105	40	4	402
Positif	7	6	7	0	20
%	2,8%	5,7%	17,5%	0,0%	5,0%
Centrale	137	69	26	13	245
Positif	5	1	4	0	10
%	3,6%	1,4%	15,4%	0,0%	4,1%
Kara	190	94	26	8	318
Positif	1	2	2	0	5
%	0,5%	2,1%	7,7%	0,0%	1,6%
Savanes	68	21	5	0	94
Positif					
%					
Total général	1766	827	279	58	2930
Positif	48	26	33	5	112
%	2,7%	3,1%	11,8%	8,6%	3,8%