

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE
ET DE L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS

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)*

Notre
mission
- Informer
- Conseiller
- Servir



Notre devise
- Abstinence
- Fidélité
- Préservatif

RAPPORT ANNUEL 2020 DES ACTIVITES DU PNLS-HV-IST

Version finale

1 REMERCIEMENTS

Le rapport des activités 2020 du secteur santé de la riposte au VIH/Sida, les Hépatites Virales et des infections sexuellement transmissibles (PNLS-HV-IST) est le fruit d'une franche collaboration des différents acteurs impliqués à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

C'est donc l'occasion pour nous de présenter nos félicitations à tout le personnel du secteur de la santé (public, associatif, privé et confessionnel) qui se déploie dans des conditions parfois difficiles pour offrir leur service aux bénéficiaires.

Nous adressons nos sincères gratitudee au personnel technique et de soutien du Programme National de Lutte contre le Sida, les Hépatites Virales et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-HV-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-HV-IST

Professeur Anoumou DAGNRA

2 Sommaire

1 REMERCIEMENTS	1
2 Sommaire	II
3 INTRODUCTION	1
<i>Focus sur quelques indicateurs clés des interventions du PNLS-HV-IST</i>	2
A. PREMIERE PARTIE : GENERALITES	4
1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE GENERAL DE L'INFECTION A VIH	4
2. Cadre organisationnel du PNLS-HV-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	6
1. Prévention	6
1.1. Communication	6
1.2. Conseil dépistage	7
1.2.1. Conseil dépistage dans les CDT	8
1.2.2. Conseil dépistage dans les SA	9
1.3. Infections sexuellement transmissibles (IST) et Intervention Ciblée (IC)	9
1.3.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)	9
1.3.2. Les interventions ciblées auprès des populations clés dans les SA	10
1.4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	12
1.4.1. Couverture géographique des sites de PTME	12
1.4.2. Prévention primaire de l'infection à VIH et de syphilis	13
1.4.3. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives	14
1.4.4. Interventions spécifiques visant à réduire la TME	15
1.4.5. Diagnostic de l'infection à VIH chez les enfants exposés	16
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	18
2.3. Prise en charge des IO	19
2.3.1. Diagnostic et traitement des IO	19
2.3.2. Prophylaxie au cotrimoxazole	19
2.4. Inclusion des PVVIH sous TARV	20
2.5. Cellules de gestion des nouvelles inclusions	20
2.6. Suivi des patients sous TARV	21

2.7.	Répartition des PVVIH sous ARV par région	22
2.8.	Répartition par sexe du nombre de PVVIH sous ARV	22
2.9.	La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2020 :.....	23
2.10.	Prise en charge des coinfectés VIH/TB	25
2.11.	Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la recherche active de la tuberculose a été faite	26
2.12.	Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée	26
2.13.	Prise en charge des Co infectés VIH/Hépatites Virales	27
2.14.	Suivi biologique des PVVIH	27
2.15.	Mesure de la charge virale	27
2.16.	Cascade de dépistage et de traitement et les résultats des 3x90	28
2.17.	Prise en charge nutritionnelle et psychosociale des PVVIH	30
3.	Activités de laboratoire	32
4.	Gestion des intrants	33
4.1	Quantification et approvisionnement	33
4.2	Dispensation des ARV	34
4.3	Disponibilité des ARV en 2020	34
4.4	Disponibilité des ARV sur les sites de dispensation	34
5.	Suivi-évaluation et recherches	34
5.1.	Revue des activités : PTA et activités de PECM	34
5.2.	Activités de planification	35
6.	Gestion du programme	35
6.1.	Coordination	35
6.2.	Gestion administrative financière et logistique	35
C.	Troisième partie : Difficultés, défis, leçons apprises et perspectives	37
1	Difficultés liées à la mise en œuvre des activités	37
2	Défis	38
4	Opportunités	39
5	ANNEXES	41

Liste des tableaux

Tableau I : Résultats clés des interventions du PNLS-HV-IST en 2020.....	2
Tableau II : Activités de communication réalisées en 2020.....	6
Tableau III : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH en 2020	7
Tableau IV : Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées sans la PTME en 2020.....	8
Tableau V : Nombre de cas d'IST par tranche d'âge en 2020.....	10
Tableau VI: répartition par région des femmes enceintes connaissant leur statut sérologique au VIH en 2020.....	14
Tableau VII : Répartition régionale et par tranche d'âge des résultats de PCR en 2020.....	17
Tableau VIII: Répartition des sites de PECM par type de formations sanitaires en 2020	18
Tableau IX : Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2020	19
Tableau X : Répartition par âge du nombre de cas d'IO diagnostiqué en 2020.....	19
Tableau XI : Répartition de la prophylaxie au cotrimoxazole par région en 2020.....	20
Tableau XII : Répartition des inclusions par région en 2020.....	20
Tableau XIII : répartition des PVVIH sous ARV par région en 2020	22
Tableau XIV: Répartition des PVVIH sous ARV par sexe en 2020	22
Tableau XV : répartition des PVVIH sous ARV populations clés par région en 2020.....	23
Tableau XVI : La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2020.....	23
Tableau XVII : Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques chez les adultes en 2020	24
Tableau XVIII: Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques chez les enfants en 2020	25
Tableau XIX : Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la recherche active de la tuberculose a été faite en 2020	26
Sur 80160 PVVIH sous ARV en 2020, on note une forte diminution du nombre de cas de coïnfection TB/VIH (67) soit 0,08% contre (409) cas en 2019. Tableau XX : Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée en 2020	26
Tableau XXI: Répartition par région de la couverture de la charge virale en 2020.....	27
Tableau XXII ; Répartition des PVVIH ayant leur charge virale supprimée par région en 2020	27
Tableau XXIII : répartition par tranches d'âge et sexe de la proportion des PVVIH ayant CV supprimée en 2020.....	28
Tableau XXIV: répartition des PVVIH/TB ayant bénéficié des kits alimentaires par région.....	30
Tableau XXV : sensibilité et spécificité du test « Mylan HIV Self Test »	33
Tableau XXVI : Performances en matière de Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles (VIH/Sida) (Indicateurs PNDS).....	34
Tableau XXVII : Présentation du budget de l'Etat comparatif des dépenses de l'année 2020 et celui de 2019.....	36
Tableau XXVIII: répartition du budget par source de financement en 2020.....	36
.Tableau XXIX : Présentation du budget gestion 2020 par partenaires et domaine d'intervention	37

Liste des figures

Figure 1: Evolution du dépistage du VIH chez les malades TB de 2008 à 2021	8
Figure 2: Conseil dépistage dans les SA en 2020.....	9
Figure 4 : répartition des cas d'IST par région en 2020	10
Figure 5 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé en 2020.....	11
Figure 6 : Cascade de dépistage et de traitement chez les populations clés en 2020	12
Figure 7 : Comparaison du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région en 2020	13
Figure 8 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2020	16
Figure 9: Evolution du nombre de PVVIH sous ARV de 2010 à 2020.....	21
Figure 10 : Cascade de dépistage et de traitement en 2020.....	29
Figure 11 : Cascade des 3X90 en 2020	29
Figure 12 : taux de réalisation physique des activités du PTA 2020 en fonction des domaines d'intervention	35

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 -HV-IST	:	Programme National de Lutte contre le Sida, les hépatites Virales et les Infections Sexuellement Transmissibles
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

3 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) 2020 du PNLS-HV-IST reflète les orientations stratégiques de la riposte du secteur santé du PSN 2016-2020.

L'année 2020 a été la 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 2020 du PNLS-HV-IST et présente les résultats obtenus et leur analyse pour le compte de de cette période

Focus sur quelques indicateurs clés des interventions du PNL5-HV-IST

Tableau I : Résultats clés des interventions du PNL5-HV-IST en 2020

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	2247	
	HSH	392	
	UD	171	
	DETENUS	104	
	TOTAL	2914	
Nombre total de cas d'IST diagnostiqués	70343		
Séropositivité de la syphilis chez les femmes enceintes venues en CPN	0,70%		
Conseil dépistage			
Nombre de personnes conseillées et dépistées	481 637		
Taux de séropositivité	4,2%		
Répartition des cas positifs par type de VIH	VIH1	20125 (98,9%)	DEN : 20314
	VIH2	55 (0,27%)	DEN : 20314
	VIH1&2	134 (0,83%)	DEN : 20314
Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME)			
Nombre et % de centres de SMNI offrant la PTME	777		
Nombre et % de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	72,3% (208 513)	DEN : 288457	
Nombre de femmes enceintes séropositives	2070		
Taux de séropositivité chez les femmes enceintes en CPN	1% (2070)	DEN : 206912	
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant initié le TARV	1938		
% des femmes enceintes VIH+ ayant initié le TARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	63,6% (3627)	DEN : 5700 (Spectrum 2020)	
Proportion des femmes enceintes VIH+ ayant initié le TARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	96,5% (3627)	DEN : 3759	
Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	2387		
Proportion de nouveaux nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	81,55% (2387)	DEN : 2927	
Nombre et % de nourrissons né de mères séropositives ayant bénéficié du diagnostic précoce à 2 mois après leur naissance	17,4% (993)	NUM : Bases charge virale DEN : 5700 (Spectrum 2020)	
Proportion de nourrissons né de mères séropositives ayant bénéficié du diagnostic précoce à 2 mois après leur naissance	33,9% (993)	DEN : 2927	
Prise en charge médicale			
Nombre de centres de PEC qui dispensent les ARV	132		
Nombre de centres de PEC des PVVIH*	682		
Nombre de sites CD4	75		
Nombre de sites offrant la charge virale	10		
Nombre de PVVIH adultes et enfants sous ARV en fin 2020	80160		
Couverture thérapeutique des PVVIH (adultes et enfants) sous traitement ARV	72,8%	DEN : 110 000 (Spectrum 2020)	
Nombre d'enfants sous TAR	4544		
Couverture thérapeutique chez les enfants	46,8%	DEN : 9700	
Taux de couverture des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la charge Virale	37% (30038/80160)		

Indicateurs	Résultats	Observations
Pourcentage des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la CV qui présente une suppression de la charge virale (CV < 1000 copies)	84% (25246)	DEN : 30038
Pourcentage des PVVIH sous TAR ayant bénéficié de la CV qui présente une suppression de la charge virale (CV < 1000 copies) 12 mois après l'initiation de leur traitement	85,4% (1868)	DEN : 2188
Proportion des patients coinfectés TB/VIH sous traitement antituberculeux et antirétroviral	99%	
Taux de rétention des PVVIH après 12 mois de début de traitement antirétroviral	89,50%	
Résultats des 3X90		
Pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	73%	NUM : 80299 DEN : 110 000
Pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique au VIH recevant un TAR	99,8%	NUM : 80160 DEN : 80299
Pourcentage réajusté des PVVIH sous TAR qui ont une Charge virale (CV) supprimée	84%	NUM : 25246 DEN : 30 008

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 2,0% en 2020. (Spectrum, 2020).

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 l'enquête de seconde génération chez les populations clés réalisée en 2017, 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-HV-IST

Selon le nouvel organigramme du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), le PNLS-HV-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, les Hépatites Virales et les Infections sexuellement transmissibles (PNLS-HV-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-HV-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-HV-IST se trouve un Coordonnateur nommé par arrêté ministériel.

Le PNLS-HV-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-HV-IST a connu une légère diminution de son personnel de 2013 à 2020 passant de 73 à 63 employés. L'effectif du personnel en 2020 se présente en fonction des budgets d'émargement comme suit : 32 employés pour le budget général soit 50.79%, 12 sur la subvention du Fonds mondial soit 19.05%, 9 sur le projet PEPFAR soit 14.29%, 7 contractuels sur la subvention de l'Eta soit 11.11 % et 3 employés sur divers financements soit 4.76%.

2.2. Interventions du PNLS-HV-IST

Le PNLS-HV-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

Tableau II : Activités de communication réalisées en 2020

Activités	Date et lieux	Partenaires	Résultats obtenu
Dissémination des supports de communication (Dépliants, Affiches) pour la prévention et la prise en charge du VIH et des IST chez l'adolescent et le couple mère enfant	27 au 31 janvier 2020	PNLS-HV-IST	-Les supports déjà existants sont recensés -Le suivi des activités de communication est fait -Les insuffisances en matière de communication sont relevées et les approches de solutions sont proposées - les affiches et les dépliants sur la prévention et la prise en charge du VIH et les IST chez l'adolescent et le couple mère enfant sont mise à la disposition des acteurs.
Atelier d'élaboration des messages clés et de conception des supports de communication à l'endroit des PVVIH leur famille dans le contexte de la pandémie COVID 19	06 au 10 juillet 2020	FHI 360	Un aide-mémoire sur les éléments du suivi des patients vivant avec le VIH dans le contexte de la COVID - Un aide-mémoire sur la prise en charge globale des PVVIH dans le contexte de la COVID 19 à l'usage des prestataires -45 Messages sur les mesures barrières, la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH et leur famille pour leur changement de comportement
Activités de sensibilisation et de dépistage	9 au 11 Février 2020 à Lomé en collaboration	L'association GBES	Les chiffres - 150 personnes dépistées dont 11 déclarés séropositifs

	avec l'association GBES		<ul style="list-style-type: none"> - 500 personnes sensibilisées sur le VIH - 1000 dépliants distribués - 5000 préservatifs masculins distribués - 1000 préservatifs féminins distribués - 100 bracelet VIH distribué
--	-------------------------------	--	--

Les activités de communication en 2020 se sont substantiellement focalisées sur la sensibilisation, élaboration des messages clés, conception des supports de communication et sur la dissémination des supports.

1.2. Conseil dépistage

Le dépistage de l'infection à VIH est une approche à la prévention et la porte d'entrée pour la prise en charge. 481 637 clients ont été dépistés en 2020 pour toutes les stratégies et cibles confondues contre 451 736 en 2019. Cela peut s'expliquer par la disponibilité des intrants durant toute l'année contrairement à l'année 2019 au cours de laquelle le pays a connu des ruptures. Par ailleurs au cours de cette année, le pays a adopté les nouvelles stratégies de dépistage qui permettront dans les années à venir l'améliorer le dépistage des personnes plus à risque. 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 (IT) et l'Auto-Test (AT).

Il faut noter que 612 440 tests ont été effectués en 2020

Tableau III : Répartition par région des résultats du dépistage du VIH en 2020

Régions	Nombre dépistés	Nombre positifs	Taux de séropositivité (%)
GRAND LOME	141 624	11154	7,9%
MARITIME	69 568	3962	5,7%
PLATEAUX	97 684	2644	2,7%
CENTRALE	51 011	963	1,9%
KARA	69 096	1133	1,6%
SAVANES	52 654	458	0,9%
TOTAL	481 637	20314	4,2%

Se référant au tableau ci-dessus, on constate qu'en termes de clients dépistés la région Lomé commune vient en tête (141 624) suivi de Plateaux (97 684). Quant au taux de séropositivité

globale, il est de 4,2% contre 3,5 en 2019 ; ce taux de séropositivité suit le profil épidémiologique habituel en décroissant lorsqu'on évolue vers le septentrion (tableau III).

Tableau IV : Répartition par région et par tranches d'âge du nombre de personnes dépistées sans la PTME en 2020

Régions	0-9 ans	10-14 ans	15-19ans	20-24ans	25 ans et +	Total dépisté	Total cas positifs	Séropositivité (%)
Lomé commune	6234	3424	8780	17371	60925	96734	10219	10,6%
Maritime	2859	1009	3753	6814	25040	39475	3539	9,0%
Plateaux	3894	1854	5919	9745	28876	50288	2340	4,7%
Centrale	4623	1370	2950	4758	12973	26674	793	3,0%
Kara	1583	593	5271	10288	20922	38657	965	2,5%
Savanes	1306	654	2997	5651	12299	22907	388	1,7%
National	20499	8904	29670	54627	161035	274735	18244	6,6%

Comme dans le tableau précédent, Le Grand Lomé a le plus fort taux de séropositivité. Cette séropositivité décroît du Grand Lomé à la région des savanes suivant le profil épidémiologique.

1.2.1. Conseil dépistage dans les CDT

L'offre du dépistage du dépistage aux tuberculeux est un indicateur majeur de performance des deux programmes, tuberculose et VIH/SIDA.

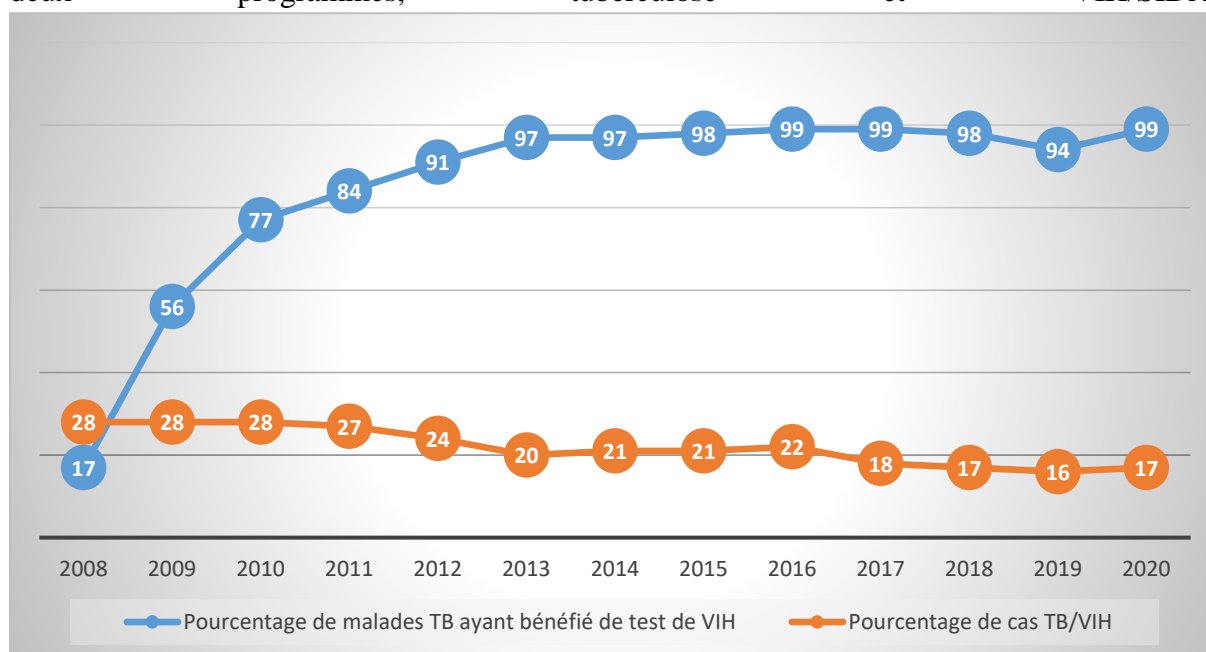


Figure 1: Evolution du dépistage du VIH chez les malades TB de 2008 à 2021

Le taux des patients tuberculeux enregistrés dans les CDT et ayant bénéficié du test de dépistage au VIH est de 99% en 2020 contre 98% en 2019. Suivant la figure ci-dessous, l'analyse des différents résultats obtenus montrent une stabilisation du taux de dépistage entre 97% et 99% depuis 2013 avec baisse progressive du taux de séropositivité du VIH chez les tuberculeux.

1.2.2. Conseil dépistage dans les SA

Les Services Adaptés (SA) sont destinés à accueillir essentiellement les Populations Clés (PC) chez qui la prévalence du VIH est nettement plus élevée que dans la population générale. Ainsi le conseil/dépistage du VIH s'y fait en vue de la prise en charge de ladite cible.

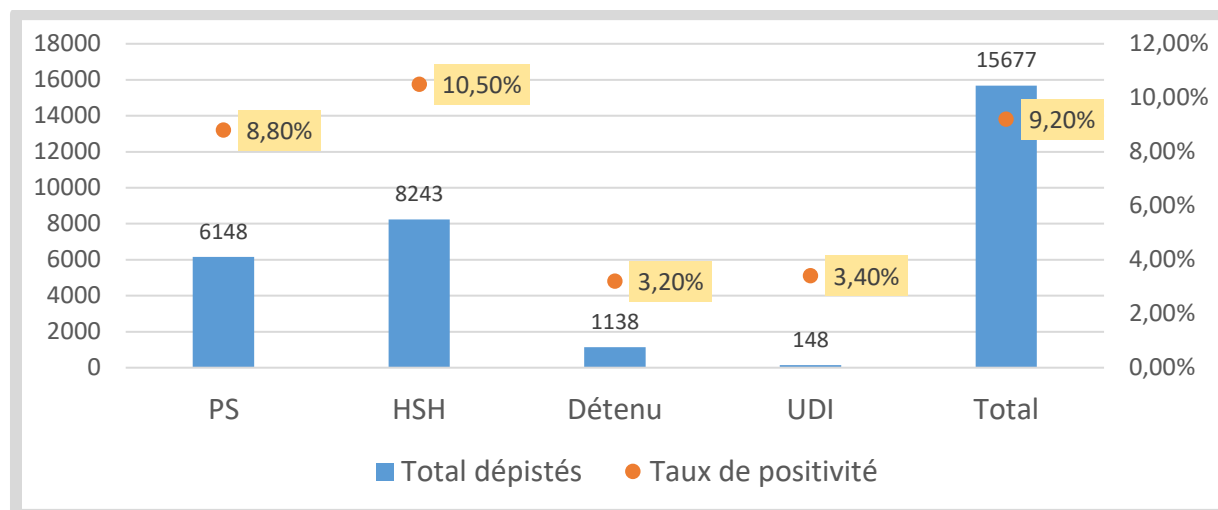


Figure 2: Conseil dépistage dans les SA en 2020

Selon la figure ci-dessus, les HSH ont été les plus dépistés suivis des PS. Les cas de séropositivité sont plus nombreux chez les HSH : 863 soit 59,6% des cas dépistés positifs au sein des populations clés. La tendance était différente en 2019 où on notait que c'était chez les PS que la proportion des positifs était élevée (53,28%)

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

1.3.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

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

En 2020, un total de 70343 cas d'IST ont été diagnostiqués et traités contre 82898 en 2019.

La majorité des cas d'IST diagnostiqués et traités se situe chez les plus de 25 ans (54%) comme en 2019. 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).

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 V : Nombre de cas d'IST par tranche d'âge en 2020

Syndromes IST	0 - 29 jours	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25 ans & +	Total	%
Écoulement anal		32	2	13	39	72	158	0,2%
Ulcération anale		4	2	15	57	109	187	0,3%
Écoulement urétral		29	50	743	2437	5474	8733	12,4%
Écoulement vaginal (cervicites et/ou vaginites)		82	272	6019	13254	22889	42516	60,4%
Ulcération génitale		30	24	356	878	1684	2972	4,2%
Tuméfaction du scrotum		10	17	40	104	241	412	0,6%
Douleur abdominale basse (SIP)		100	239	2146	4678	7495	14658	20,8%
Bubon Inguinal			20	14	62	88	184	0,3%
Végétations vénériennes		1	4	80	108	146	339	0,5%
Conjonctivite du nouveau-né (0 à 29 jours)	184						184	0,3%
Total	184	288	630	9426	21617	38198	70343	100%

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

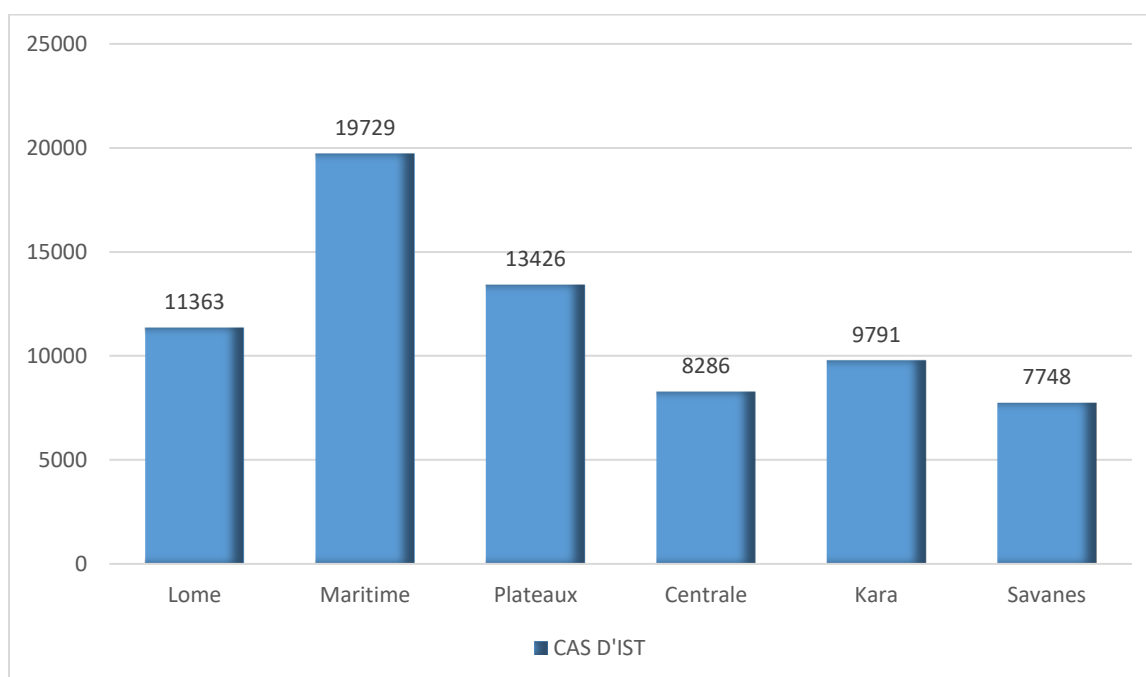


Figure 3 : répartition des cas d'IST par région en 2020

La région Maritime (19729 cas) vient en tête des cas d'IST diagnostiqués et traités. Les mêmes tendances ont été trouvées en 2019. 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.

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

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

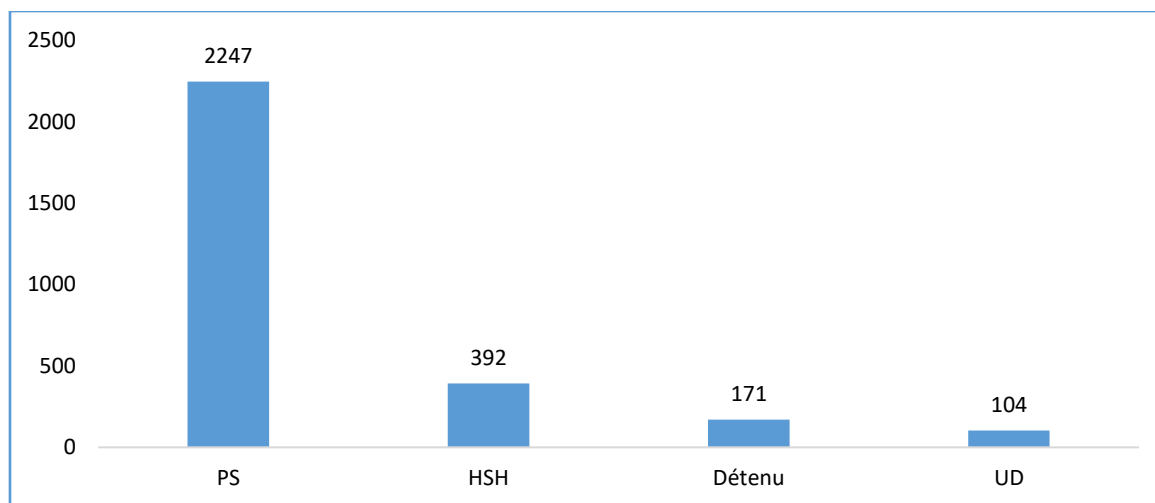


Figure 4 : Répartition des cas d'IST diagnostiqués et traités par population clé en 2020

1.3.2.2. 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.

Ainsi en plus des 2914 cas d'IST notifiés, 15677 membres des populations clés ont été dépistés au VIH avec 944 cas positifs. Au total, 1921 PVVIH issues des populations clés sont sous ARV

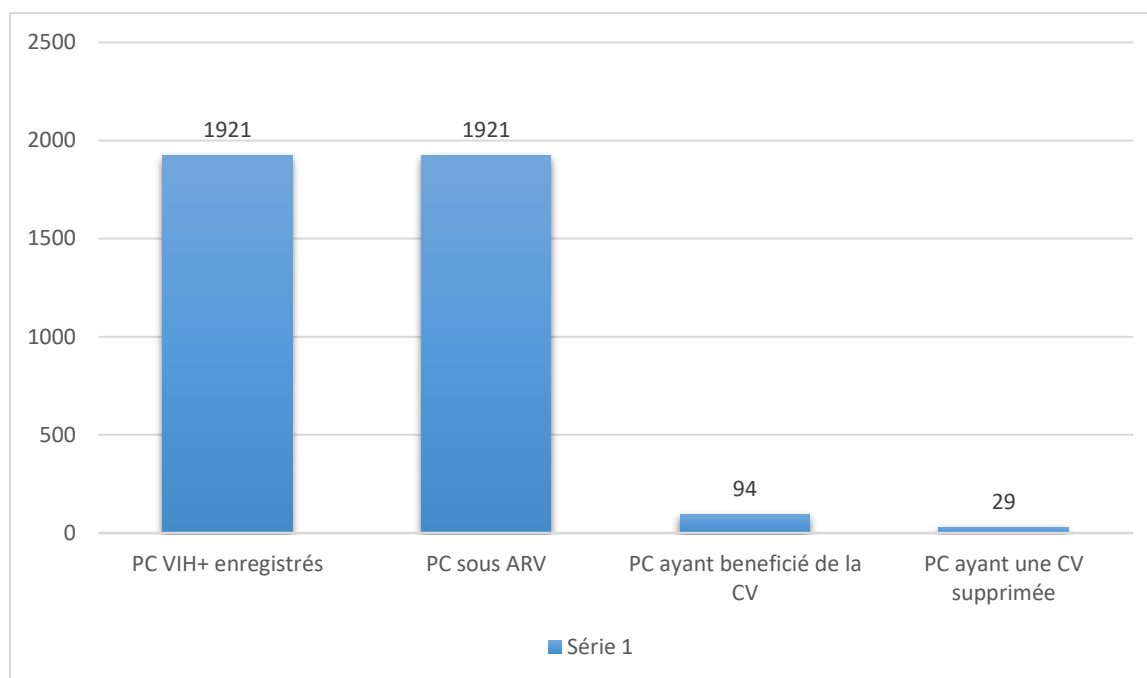


Figure 5 : Cascade de dépistage et de traitement chez les populations clés en 2020

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

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) 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

1.4.1. Couverture géographique des sites de PTME

En 2020, la PTME n'a pas pu être intégrée dans aucun centre de SMNI. Ce qui maintient le nombre de sites formés en PTME à 798 soit une couverture géographique de 87% (d= 917) en considérant la liste fournie par les directions régionales en 2018.

Cependant, 21 des sites dont les prestataires sont formés, majoritairement des privés (10 de la région Grand Lomé, 06 de la région maritime, 04 de la région des plateaux et 01 de la région des savanes), 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 777, soit une couverture géographique de 84,7%. Comme l'indique la figure ci-dessous

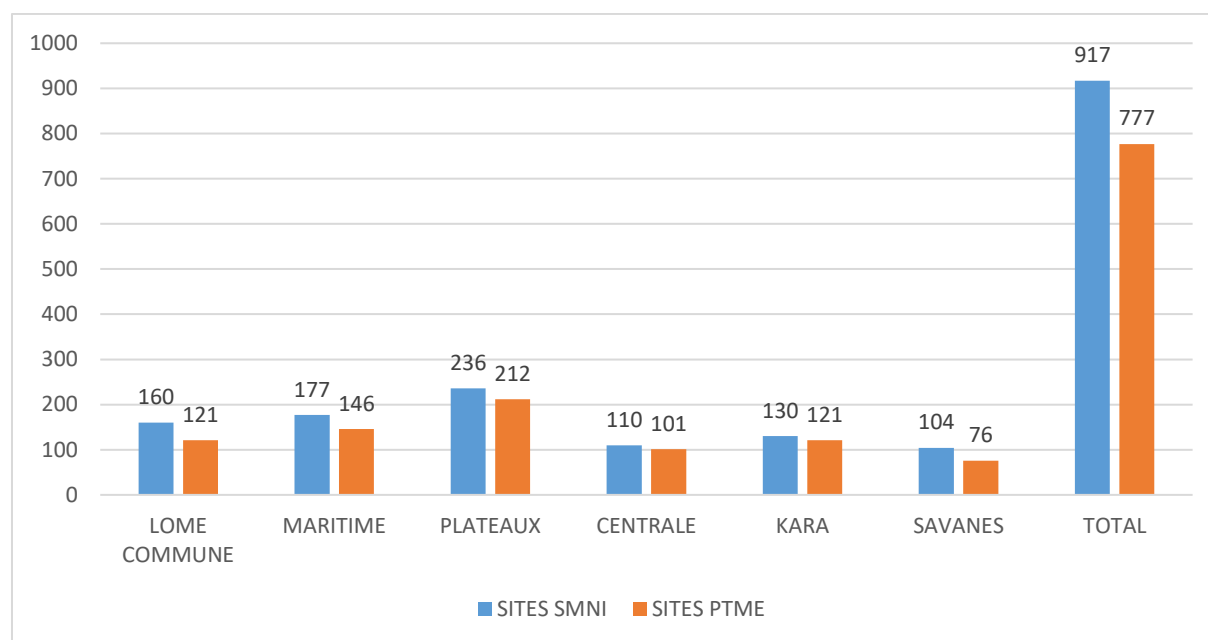


Figure 6 : Comparaison du nombre de sites de PTME et de centres de SMNI par région en 2020

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

Les activités de prévention primaire ont consisté au conseil dépistage du VIH et de la Syphilis.

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 72,3% (208513/288457) de femmes enceintes de connaître leur statut sérologique à l'égard du VIH à l'échelle nationale. Sur le plan régional, malgré la persistance du faible taux de connaissance du statut sérologique dans les régions méridionales, on note une légère amélioration par rapport à l'année 2019. Plateaux (73,9% à 74,5%), Grand Lomé (60,5% à 64,4%) et Maritime (55,2% à 61,5%).

La sous notification et l'insuffisance de coordination des activités des structures privées expliqueraient en partie cette faible performance dans ces trois régions.

Tableau VI: répartition par région des femmes enceintes connaissant leur statut sérologique au VIH en 2020

REGION	FE ATTENDUES	NB FE connaissant leur statut sérologique	Proportion de FE connaissant leur statut (%)
Lomé commune	39661	25550	64,4
Maritime	82293	50582	61,5
Plateaux	63834	47564	74,5
Centrale	28768	24483	85,1
Kara	35849	30581	85,3
Savanes	38053	29753	78,2
TOTAL	288457	208513	72,3

Sur le plan national, le taux de connaissance du statut sérologique chez les femmes enceintes est passé de 69,5% en 2019 à 72,3% en 2020. Cette augmentation pourrait s'expliquer par une disponibilité permanente de réactifs de dépistage au cours de l'année 2020 sur les sites. Le maintien et l'amélioration de cette couverture passerait par : i) la sécurisation des réactifs pour les femmes enceintes, ii) l'approvisionnement régulier des sites, iii) le renforcement du partenariat secteur publique-secteur privé et iv) l'amélioration de la notification des cas.

Pour les partenaires des femmes enceintes, sur 208 513 femmes enceintes dépistées, seulement 19 018 ont connu leur statut sérologique à l'égard de VIH soit une proportion de 9,1%. On note une stabilité par rapport à 2019 (9,7 %). La majorité des partenaires dépistés sont ceux des femmes séronégatives. Aux difficultés de mobilisation des partenaires des femmes liés au non partage du statut sérologique s'ajoute les autres problèmes de dépistage cités plus haut. Le passage à l'échelle de l'index testing pourrait contribuer à améliorer cet indicateur

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 depuis 2018. L'offre du dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes a permis de dépister 73 767 femmes. Parmi elles, 1566 étaient positives, soit un taux de 2,1% contre 1,5% en 2019. Concernant le traitement des femmes séropositives à la syphilis, seulement 791 (50,5%) ont bénéficié de la Benzathine Benzyl Pénicilline. Les signes de syphilis congénitale ont été retrouvés chez vingt-quatre (24) enfants nés des mères séropositives à la syphilis contre 18 en 2019. Cette augmentation est probablement due à l'amélioration de la notification des cas. 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 ne permettent pas de renseigner l'administration de la prophylaxie au Benzathine Benzyl Pénicilline à tous les enfants exposés à la syphilis de même que le traitement à la pénicilline G aux enfants ayant présenté les signes de syphilis congénitale.

1.4.3. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives

La prévention des grossesses non désirées se fait à travers l'offre des services de planification familiale aux femmes séropositives dans les ONG de PECM des PVVIH et dans les centres de SMNI. Seulement 693 femmes séropositives ont adopté une méthode contraceptive. Les préservatifs féminins et masculins ont été distribués à 3097 femmes en âge de procréer pour la

double protection. La faible proportion des femmes séropositives ayant adopté une méthode contraceptive est due en partie à l'insuffisance de la traçabilité des femmes séropositives dans les outils de SR/PF et l'insuffisance dans la proposition des services PF aux femmes séropositives au VIH dans les centres de PECM et de PTME.

1.4.4. Interventions spécifiques visant à réduire la TME

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

L'offre des services de PTME dans les sites fonctionnels a permis d'enregistrer 3759 femmes enceintes séropositives dont 2070 nouvellement dépistées. Parmi les femmes enceintes séropositives enregistrées, 3627 sont sous TAR. Parmi celles sous TAR, 1689 le sont avant la grossesse, et 1938 pendant la grossesse. Comparativement à 2019, il est noté une régression du nombre des femmes enceintes séropositives sous TAR passant de 4189 à 3627. Cette diminution serait liée à l'impact de COVID-19 sur la fréquentation des formations sanitaires

En 2020, les femmes enceintes séropositives attendues sur le plan national étaient estimées à 5700 selon les estimations Spectrum (V5.86). Ainsi, le pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu le TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 63,63% (3627/5700).

Par ailleurs, il est noté aussi 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 PNLH-HV-IST 2018); le renforcement de la participation communautaire avec l'engagement des hommes dans l'élimination de la transmission mère-enfant de VIH permettrait l'amélioration de la rétention dans les soins des femmes.

Les accouchements des femmes enceintes séropositives ont permis d'enregistrer 2927 enfants vivants nés de mères séropositives. Parmi eux 2387 ont reçu la prophylaxie antirétrovirale soit 81,55% (2387/2927) des enfants enregistrés et 41,8% (2387/5700) des enfants attendus. On note une baisse de performance par rapport à l'année précédente (97,6%). Ceci serait dû à la rupture de NVP sp connue en début d'année, à l'insuffisance de rétention dans les soins et aux insuffisances de rapportage.

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

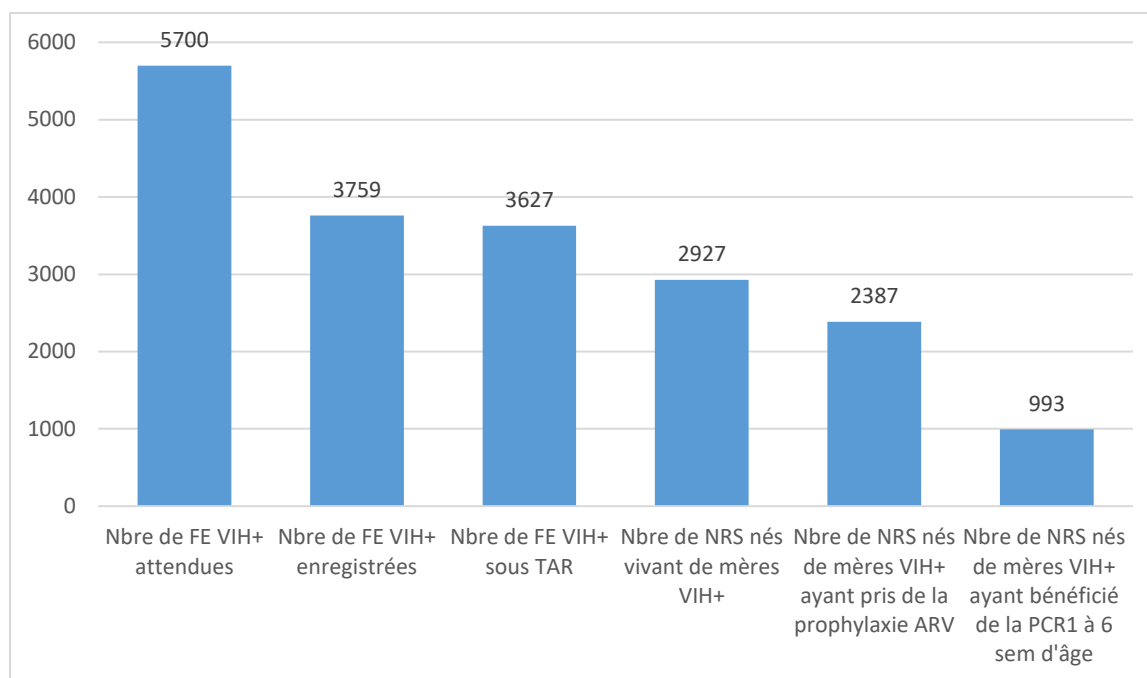


Figure 7 : Cascade des indicateurs de la PTME en 2020

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

Les enfants exposés au VIH bénéficient obligatoirement de trois types de diagnostic : le diagnostic précoce dans les deux premiers mois de vie, le diagnostic intermédiaire à 9 mois et le diagnostic de confirmation à 18 mois qui permet de déterminer le statut final face au VIH.

1.4.5.1. Diagnostic précoce

Le plateau technique pour la réalisation du diagnostic précoce du VIH a été renforcé avec l'optimisation de 14 GeneXpert dans 14 laboratoires de districts en plus des deux (02) laboratoires de Biologie Moléculaires (BIOLIM). Deux types de diagnostic précoce sont réalisés : le premier entre 6 et 8 semaines d'âge (PCR1) et le second (PCR2) à 9 mois d'âge en cas de sérologie positive.

Le diagnostic précoce du VIH a été réalisé globalement chez 1690 nourrissons exposés au VIH soit une proportion de 57,7% avec un taux de positivité de 3,6%.

En revanche, les nourrissons ayant bénéficié de ce diagnostic dans les deux premiers mois de vie (PCR1) étaient seulement de 993 soit 33,% (993/2927) avec une positivité de 1,9%.

Entre 2019 et 2020, la couverture en PCR1 dans les deux premiers mois d'âge est passée de **48,8%** à **33,4**. On note une importante régression probablement due à la rupture de kits DBS connu sur le plan nationale, l'insuffisance dans la collaboration avec certains agents de la Société de la Poste du Togo (SPT) et l'impact du COVID 19.

La remédiation de ces insuffisances passerait par la sécurisation des Kits DBS et réactifs des différentes plateformes, l'amélioration du système d'approvisionnement des sites et l'amélioration de la collaboration avec la SPT.

Le suivi de la mise sous TAR 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 des parents de la mise sous traitement de ces enfants.

Tableau VII : Répartition régionale et par tranche d'âge des résultats de PCR en 2020

	≤2 mois]2 - 6 mois]]6 - 12 mois]	>12 mois	Total général
Grand Lomé	347	170	46	6	569
Positif	6	7	10	1	24
%	1,7%	4,1%	21,7%	16,7%	4,2%
Maritime	345	183	81	11	620
Positif	7	6	7	1	21
%	2,0%	3,3%	8,6%	9,1%	3,4%
Plateaux	121	59	19	8	207
Positif	3	3	1	3	10
%	2,5%	5,1%	5,3%	37,5%	4,8%
Centrale	62	40	12	1	115
Positif	2	2	1		5
%	3,2%	5,0%	8,3%	0,0%	4,3%
Kara	105	39	11	1	156
Positif	1				1
%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Savanes	13	8	1	1	23
Positif	0	0	0	0	0
%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total général	993	499	170	28	1690
Positif	19	18	19	5	61
%	1,9%	3,6%	11,2%	17,9%	3,6%

1.4.5.2. Diagnostic de confirmation

La confirmation du statut sérologique au VIH des enfants exposés à 18 mois d'âge a permis d'enregistrer 34 cas positifs. Cependant les données disponibles dans le DHIS 2 ne permettent pas une analyse de ce dépistage.

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

En matière des soins et soutien aux femmes enceintes/mères séropositives, les activités de groupes de parole qui se menaient à l'endroit de ces femmes, leurs partenaires et leurs enfants sur certains sites des régions Maritime, Plateaux et Centrale ont été suspendues faute d'appuis financiers et surtout à cause de la situation de Covid 19.

Les femmes enceintes/mères séropositives ont bénéficié des appels téléphoniques pour le rappel des RDV sur 23 sites de PTME et de PECP. Ces rappels ont permis d'améliorer la rétention sur certains sites et la communication entre les acteurs. Cependant ces activités sont confrontées à la réticence de certaines femmes sur certains sites du au non partage de leur résultat sérologique.

1.5. Sécurité transfusionnelle

En 2020, 51530 poches de sang ont été collectées réparties en **36 516** pour le CNTS de Lomé et 15 014 pour le CRTS de Sokodé contre respectivement **40 598** et **15 622** pour le **CNTS de Lomé** et le **CRTS de Sokodé** en **2019**. De manière générale, il y a eu une diminution du volume des activités de collecte de sang par rapport à l'année 2019. Ceci est lié à la pandémie au Covid-19 qui a obligé le CNTS à suspendre les collectes mobiles (à partir du 20 mars 2020) et à recentrer l'activité sur le site fixe dans le respect des mesures d'urgence sanitaires prises par le Gouvernement

La recherche des marqueurs viraux liés au VIH a donné respectivement un taux de 1,08% de résultat positif ou douteux au CNTS de Lomé et 1,63% pour le CRTS de Sokodé comparativement à 1,21% et 1,58% respectivement pour le CNTS de Lomé et CRTS de Sokodé en 2019.

2. Soins Soutien et Traitement

2.1. Couverture géographique des structures de PECM

L'extension des services de TAR dans les structures de soins de santé maternelle et infantile (SMNI) a été effective grâce à la mise en œuvre de la délégation de tâches. Ce qui a porté le nombre de sites de prise en charge de 141 en 2012 à 586 en 2018, 670 en 2019 puis à 682 en 2020, soit une couverture géographique de 66 % (679/1024). Il faut noter que seul 638 sites ont rapporté des données dans le DHIS2 en 2020. Les sites n'ayant pas rapportés dans le DISH2 sont des sites en délégation de tâches nouvellement mis sur pieds.

Tableau VIII: Répartition des sites de PECM par type de formations sanitaires en 2020

Région	Publique	ONG/Association	Privée /Confessionnelle	Total général
Lomé commune	28	20	17	65
Maritime	135	10	29	174
Plateaux	157	8	25	190
Centrale	86	3	9	98
Kara	98	4	6	108
Savanes	41	3	3	47
Total général	545	48	89	682

2.2. Inscription dans les soins

En 2020, 80299 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 IX : Répartition par région des PVVIH enregistrées en 2020

Région	Enfants	Adultes	Total	%
Grand Lomé	1794	33030	34824	43,4
Maritime	1300	21478	22778	28,4
Plateaux	582	8251	8833	11,0
Centrale	260	4263	4523	5,6
Kara	371	6086	6457	8,0
Savanes	240	2644	2884	3,6
National	4547	75752	80299	100%

La répartition des PVVIH par région, montre qu'environ 72% sont dans les régions Grand Lomé et Maritime.

Pour espérer parvenir à l'élimination de l'infection à VIH au Togo à l'horizon 2030, les interventions à haut impact doivent être concentrées dans ces deux régions

2.3. Prise en charge des IO

2.3.1. Diagnostic et traitement des IO

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

Tableau X : Répartition par âge du nombre de cas d'IO diagnostiqué en 2020

Indicateurs	< 15 ans	15 ans & +	Total
Nombre de cas de toxoplasmose	1	170	171
Nombre de cas de Kaposi	4	176	180
Nombre de cas de zona	10	317	327
Nombre de cas de candidose (œsophagienne, buccale, ...)	412	1088	1500
Nombre de cas de cryptococcose (neuro-méningée, autre forme...)	30	226	256

En 2020, on note une diminution du nombre de cas de candidose (œsophagienne, buccale) 2297 cas (26,9%) en 2019 contre 1500 cas en 2020 et une augmentation du nombre de cas de Kaposi enregistré 59 cas (0,01%) contre 180 cas en 2020 (7,3%).

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 2020, **21584** patients sous ARV ont bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole

Tableau XI : Répartition de la prophylaxie au cotrimoxazole par région en 2020

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	453	9007	9460	43,8
Maritime	364	4637	5001	23,2
Plateaux	218	2593	2811	13,0
Centrale	129	1662	1791	8,3
Kara	100	1690	1790	8,3
Savanes	29	702	731	3,4
National	1293	20291	21584	100,0%

2.4. Inclusion des PVVIH sous TARV

Les données du tableau ci-dessous, montrent que le nombre de PVVIH ayant démarré le traitement antirétroviral est de **15864** en **2020** contre 12971 en **2019**. Cette augmentation des nouvelles inclusions se justifie par la mise en œuvre de la stratégie « test and treat ». Si nous considérons le nombre de PVVIH sous ARV en 2019 qui était de 76 230, l'attrition de 9% (audit de la file active en 2016) et 15864 nouvelles inclusions de 2020, le nombre total de PVVIH sous ARV devrait être de 85233 au lieu de 80160 enregistrés soit un gap de 5073. Cette situation est due aux effets COVID-19 qui ont entraînés beaucoup de perdus de vue.

En 2020, les régions du Grand Lomé, maritime et des plateaux ont inclus 14115 patients soit 89 % de l'ensemble des inclusions contre 8828 en 2019 soit 68%. Cette augmentation est liée aux nouvelles techniques de dépistage couplé à un arrimage systématique des cas positifs aux soins mis en place dans le cadre de la mise en œuvre du projet PEPFAR.

Tableau XII : Répartition des inclusions par région en 2020

Région	Enfants (moins de 15ans)	Adultes (15 ans & plus)	PTME	Total	%
Grand Lomé	345	6101	528	6974	44,0
Maritime	292	4567	724	5583	35,2
Plateaux	111	1171	276	1558	9,8
Centrale	43	481	156	680	4,3
Kara	40	560	152	752	4,7
Savanes	22	225	70	317	2,0
National	853	13105	1906	15864	100

2.5. Cellules de gestion des nouvelles inclusions

Pour faciliter la mise en œuvre de test and treat, les comités thérapeutiques ont été transformés en cellules de gestion de nouvelles inclusions aux ARV. Ainsi 60 cellules ont été mises en place au niveau de tous les districts, CHR, CHU et les structures à grosse file active.

Ces cellules ont principalement pour rôle d'organiser et de coordonner les activités liées à l'arrimage aux soins, d'assurer la traçabilité des nouvelles inclusions et l'attribution du numéro unique national ARV et du couple de carnets pour l'accès aux soins.

2.6. Suivi des patients sous TARV

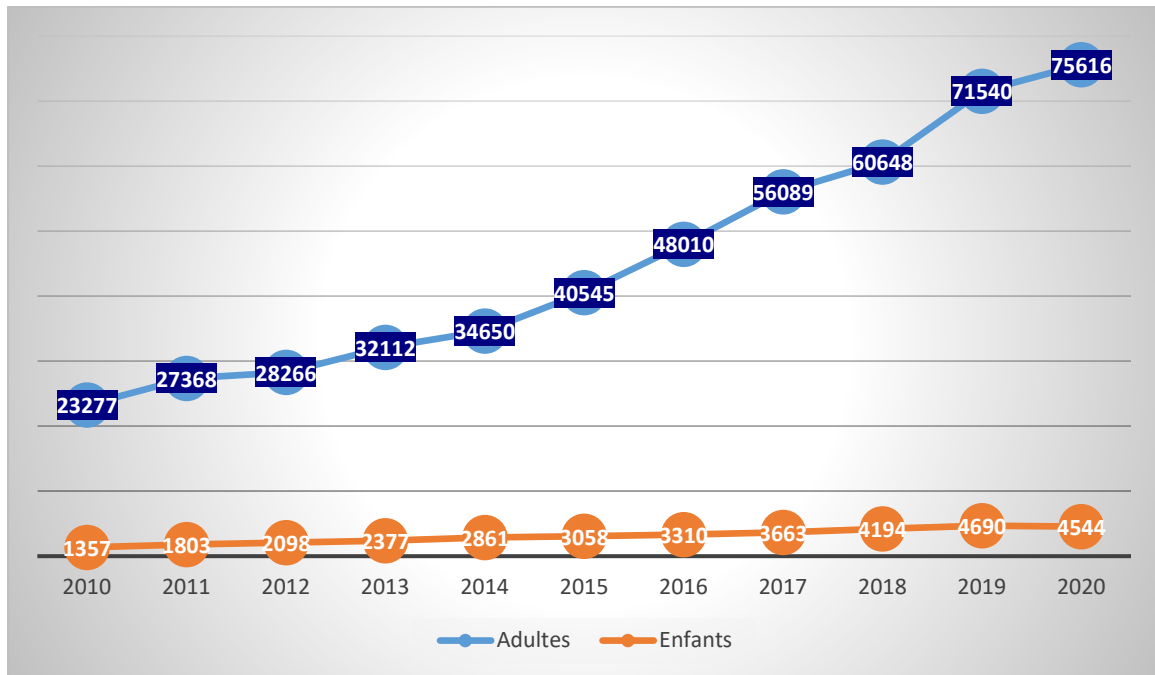


Figure 8: Evolution du nombre de PVVIH sous ARV de 2010 à 2020

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, CDIPP, l'index testing) afin de dépister plus d'enfants et les mettre sous ARV

2.7. Répartition des PVVIH sous ARV par région

Tableau XIII : répartition des PVVIH sous ARV par région en 2020

Région	Enfants	Adultes	Total	%
Grand Lomé	1793	32995	34788	43,4
Maritime	1300	21452	22752	28,4
Plateaux	581	8206	8787	11,0
Centrale	259	4255	4514	5,6
Kara	370	6075	6445	8,0
Savanes	241	2633	2874	3,6
National	4544	75616	80160	100,0

Plus de 2/3 des patients sont suivi dans les régions Grand Lomé et maritime. En tenant compte des nouvelles inclusions de 2020 qui est de 15864, et de la file active de 2019 qui était de 76230, l'on pourrait s'attendre à une file active de 96 000 PVVIH environ sans l'attrition estimé à 10,5%. Cette situation pourrait s'expliquer par :

- des saisies en doublon sur 2 gros sites dans le DHIS2 : Vivre dans l'espérance à Dapaong (719) et Crips Togo à Noepe (189) dont le total est de 908,
- d'un surplus de 2846 PVVIH saisi dans le DHIS2 au CHR Lomé commune en fin 2019 (file active rapportée en Novembre 2019=1486 ; file active rapportée en décembre 2019= 4332),
- 59 sites qui n'ont pas du tout rapporté en 2020 (file active rapporté par ces sites en 2019 est égale à 141 PVVIH) ; les justifications et les raisons avancées se présentent de la manière suivante pour le Grand Lomé et Maritime :
- Les écarts constatés sont essentiellement dus aux perdus de vue (les sites ne disposant pas de médiateurs n'arrivaient pas à faire la recherche des perdus de vue)

2.8. Répartition par sexe du nombre de PVVIH sous ARV

Tableau XIV: Répartition des PVVIH sous ARV par sexe en 2020

REGIONS	Nb PVVIH sous TAR suivis <15ANS	Nb PVVIH sous TAR suivis 15ANS ET + MASCULIN	Nb PVVIH sous TAR suivis 15ANS ET + FEMININ
Lome	1793	9239	23756
Maritime	1300	6007	15445
Plateaux	581	2298	5908
Centrale	259	1191	3064
Kara	370	1701	4374
Savanes	241	737	1896
TOTAL PAYS	4544	21172	54444

Les enfants suivis sous TAR représentent 8% de la file active nationale

Tableau XV : répartition des PVVIH sous ARV populations clés par région en 2020

Région	PS	HSH	Detenus	UD	Total
Lomé commune	881	769	17		1 667
Maritime	72	52	33	1	158
Plateaux	24		8		32
Centrale	26				26
Kara	14	7	4		25
Savanes	13				13
	1 030	828	62	1	1 921

95,5% des On note populations clés sous ARV sont réparties dans les dans les régions Lomé commune et Maritime.

Aussi faut-il mieux estimer la taille de chaque type de population clé pour mieux apprécier la couverture de la cible attendue dans ce contexte du test and treat. Cette estimation de la taille reste un défi pour un meilleur suivi de l'intervention

2.9. La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2020 :

Tableau XVI : La répartition par ligne thérapeutique des PVVIH sous ARV en 2020

Lignes thérapeutiques	Effectif	Pourcentage
1ère ligne	73161	91,3%
2ème ligne	6902	8,6%
3ème ligne	97	0,1%
Total	80160	100,0%

Sur 80160 PVVIH sous ARV, 91,3% sont en première ligne.

❖ Répartition des patients par ligne thérapeutique en fonction de l'âge en 2020

Les résultats obtenus en 2020 montrent que 91 % des adultes sous TAR sont en première ligne, 8,6% en deuxième ligne et 0.1 % en troisième ligne de traitement ARV. Le protocole le plus prescrit en première ligne au Togo est le TDF/3TC/DTG (300/300/50) suivi du TDF/3TC/EFV (300/300/400).

Tableau XVII : Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques chez les adultes en 2020

1^{ère} ligne		
Protocoles utilisés	Nombre	Proportions
AZT/3TC+EFV (300/15+600)	401	0,5%
ABC/3TC+EFV (600/300+600)	547	0,7%
ABC/3TC+DTG (600/300+50)	597	0,8%
AZT/3TC+DTG (300/15+50)	157	0,2%
TDF/3TC/EFV (300/300/400)	32 568	43,1%
TDF/3TC/DTG (300/300/50)	34 756	46,0%
TOTAL	69 026	91,3%
2^{ème} ligne		
Protocoles utilisés	Nombre	Proportions
TDF/3TC + LPV/r (300/300+200/50)	835	1,1%
TDF/3TC + ATV/r (300/300+300/100)	2 597	3,4%
AZT/3TC + LPV/r (300/150+200/50)	509	0,7%
AZT/3TC + ATV/r (300/150+100/100)	468	0,6%
ABC/3TC+LPV/r (600/300+200/50)	381	0,5%
ABC/3TC + ATV/r (600/300+300/100)	983	1,3%
AZT/3TC+DTG (300/150+50)	720	1,0%
TOTAL	6 493	8,6%
3^{ème} ligne		
Protocoles utilisés	Nombre	Proportions
TDF/3TC+DRV+RAL+RTV	55	0,1%
ABC/3TC+DRV+RAL+RTV	38	0,1%
TDF/3TC+DRV+RTV+DTG	3	0,0%
ABC/3TC+DRV+RTV+DTG	1	0,0%
TOTAL	97	0,1%
TOTAL patients adultes sous ARV	75 616	100,0%

Chez les enfants, on note 91 % en première ligne de traitement ARV et 9 % en deuxième ligne. Le diagnostic de l'échec est difficile chez les enfants faute de génotypage.

Tableau XVIII: Répartition des patients par ligne et schémas thérapeutiques chez les enfants en 2020

1^{ère} ligne		
Protocoles utilisés	Nombre	Proportions
TDF/3TC/EFV (300/300/400)	259	5,7%
TDF/3TC/DTG (300/300/50)	307	6,8%
AZT/3TC+EFV (60/30+200)	198	4,4%
ABC/3TC+EFV (120/60+200)	2627	57,8%
AZT/3TC+LPV/r (60/30+40/10)	123	2,7%
ABC/3TC+LPV/r (120/60+40/10)	621	13,7%
TOTAL	4135	91,0%
2^{ème} ligne		
Protocoles utilisés	Nombre	Proportions
ABC/3TC+DTG (600/300+50)	73	1,6%
ABC/3TC+DTG (120/60+50)	181	4,0%
TDF/3TC + LPV/r (300/300+200/50)	102	2,2%
TDF/3TC + ATV/r (300/300+300/100)	8	0,2%
ABC/3TC + ATV/r (600/300+300/100)	45	1,0%
TOTAL	409	9,0%
TOTAL patients enfants sous ARV	4544	100,0%

Le schéma thérapeutique de première ligne préférentielle au Togo en 2020 est le TLD avec 55% de patient. La transition de TLE au TLD se poursuit sur tous les sites pour atteindre la cible de 95%.

2.10. Prise en charge des coinfectés VIH/TB

En termes de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH, il existe un cadre de collaboration mis en place entre les deux programmes par arrêté ministériel depuis 2007 (N° 0061/2007/MS/DGS/DSSP) avec mise en place d'un comité national et ses démembrements régionaux. Une convention de collaboration a été également signée entre les deux programmes au cours de la même année. Des activités conjointes sont planifiées entre les deux programmes. La Surveillance de la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux se fait à travers le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, le PNLS- HV-IST dote les centres de prise en charge des tuberculeux en réactifs et consommables et forme les prestataires pour le conseil dépistage du VIH.

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

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 tuberculose chez les PVVIH se fait à chaque visite médicale du patient et 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.

Tableau XIX : Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la recherche active de la tuberculose a été faite en 2020

Région	Enfants	Adultes	Total
Grand Lomé	1 793	33 028	34 821
Maritime	1 298	21 452	22 750
Plateaux	542	8 073	8 615
Centrale	260	4 261	4 521
Kara	371	6 085	6 456
Savanes	240	2 638	2 878
National	4 504	75 537	80 041

Au total 80041 PVVIH ont bénéficié de la recherche active de la tuberculose en 2020

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

Sur 80160 PVVIH sous ARV en 2020, on note une forte diminution du nombre de cas de coïnfection TB/VIH (67) soit 0,08% contre (409) cas en 2019. Tableau XX : Répartition par région du nombre de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée en 2020

Région	Enfants VIH/TB (moins de 15ans)	Adultes VIH/TB (15 ans & plus)	Total
Lomé commune	1	10	11
Maritime	3	11	14
Plateaux		10	10
Centrale	2	24	26
Kara		1	1
Savanes		5	5
National	6	61	67

2.13. Prise en charge des Co infectés VIH/Hépatites Virales

Depuis 2020, le programme National de lutte contre les Hépatites a été intégré à celles du VIH/Sida afin de mutualiser les ressources (Arrêté n°018/2020/MSHP/CAB/SG) ; les plaidoyers sont en cours pour mobiliser les ressources afin de faire une analyse situationnelle en vue de l'élaboration d'un plan stratégique national.

2.14. Suivi biologique des PVVIH

Peu de patients ont bénéficié du dosage des lymphocytes TCD4 (692). Cela est lié aux difficultés d'approvisionnement et à la priorité donnée à la charge virale.

2.15. Mesure de la charge virale

En 2020, 30038 PVVIH ont bénéficiés de la mesure de la charge virale soit une couverture de 37,5% ; ce faible résultat s'explique par les ruptures fréquentes des réactifs et consommables Charge virale et aux pannes des équipements.

Parmi les 30038 PVVIH ayant bénéficié de la charge virale, 25246 ont une charge virale supprimée

Tableau XXI: Répartition par région de la couverture de la charge virale en 2020

Région	PVVIH ayant bénéficié CV	File active sous ARV	Couverture charge virale
Grand Lomé	14331	34788	41,2%
Maritime	8575	22752	37,7%
Plateaux	3116	8787	35,5%
Centrale	603	4514	13,4%
Kara	2744	6445	42,6%
Savanes	669	2874	23,3%
National	30038	80160	37,5%

Tableau XXII ; Répartition des PVVIH ayant leur charge virale supprimée par région en 2020

Région	PVVIH ayant CV	PVVIH ayant CV Supprimée	% CV Supprimée
LOME COMMUNE	14331	12167	84,9%
Adulte	13594	11655	85,7%
Enfant	737	512	69,5%
MARITIME	8575	7146	83,3%
Adulte	8011	6833	85,3%
Enfant	564	313	55,5%
PLATEAUX	3116	2601	83,5%
Adulte	2902	2466	85,0%
Enfant	214	135	63,1%
CENTRALE	603	522	86,6%

Adulte	568	495	87,1%
Enfant	35	27	77,1%
KARA	2744	2289	83,4%
Adulte	2550	2165	84,9%
Enfant	194	124	63,9%
SAVANES	669	521	77,9%
Adulte	602	480	79,7%
Enfant	67	41	61,2%
Total général	30038	25246	84,0%

Sur les 80160, seul 30038 PVVIH sous ARV ont bénéficié de la charge virale. Parmi ceux qui ont eu accès à cette charge virale, 84% en ont supprimé en 2020. Des efforts restent à faire pour améliorer l'accès à la charge virale.

Tableau XXIII : répartition par tranches d'âge et sexe de la proportion des PVVIH ayant CV supprimée en 2020

Tranches d'âge	Total PVVIH ayant bénéficié CV	Total PVVIH ayant CV Supprimée	%
1. Entre 0 à 4 ans	270	186	68,9%
Féminin	155	107	69,0%
Masculin	115	79	68,7%
2. Entre 5 à 9 ans	644	398	61,8%
Féminin	317	208	65,6%
Masculin	327	190	58,1%
3. Entre 10 à 14 ans	897	568	63,3%
Féminin	461	292	63,3%
Masculin	436	276	63,3%
4. Entre 15 à 19 ans	791	544	68,8%
Féminin	416	288	69,2%
Masculin	375	256	68,3%
5. Entre 20 à 24 ans	910	724	79,6%
Féminin	587	459	78,2%
Masculin	323	265	82,0%
6. 25 ans et plus	26526	22826	86,1%
Féminin	1371	1133	82,6%
Masculin	301	260	86,4%
Total général	30038	25246	84,0%

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

Concernant les 3 X 90, on voit que l'accès au dépistage reste toujours un défi (72,99%). Par contre les efforts du programme à travers les différentes stratégies mis en place pour enrôler les PVVIH sous ARV tout en les maintenant dans les soins se sont améliorés. En effet, parmi les

PVVIH qui connaissent leurs statuts 99, 20% ont eu accès aux ARV. Quant à la charge virale, 84% parmi ceux qui ont eu accès à la charge virale en ont supprimé.

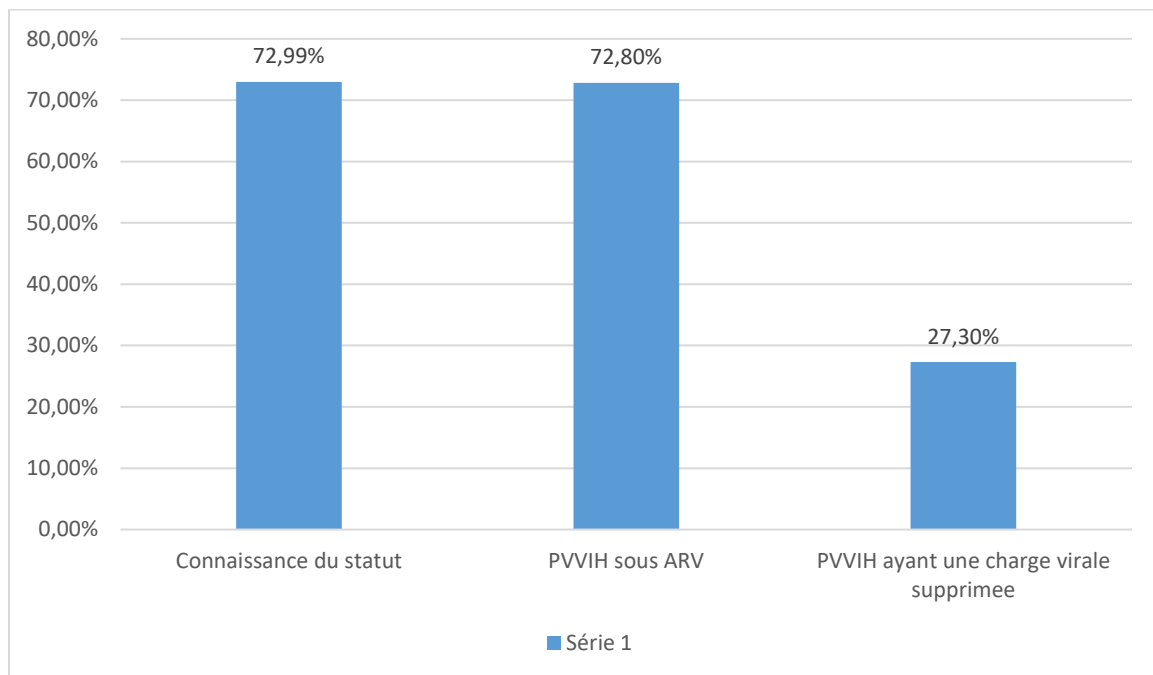


Figure 9 : Cascade de dépistage et de traitement en 2020

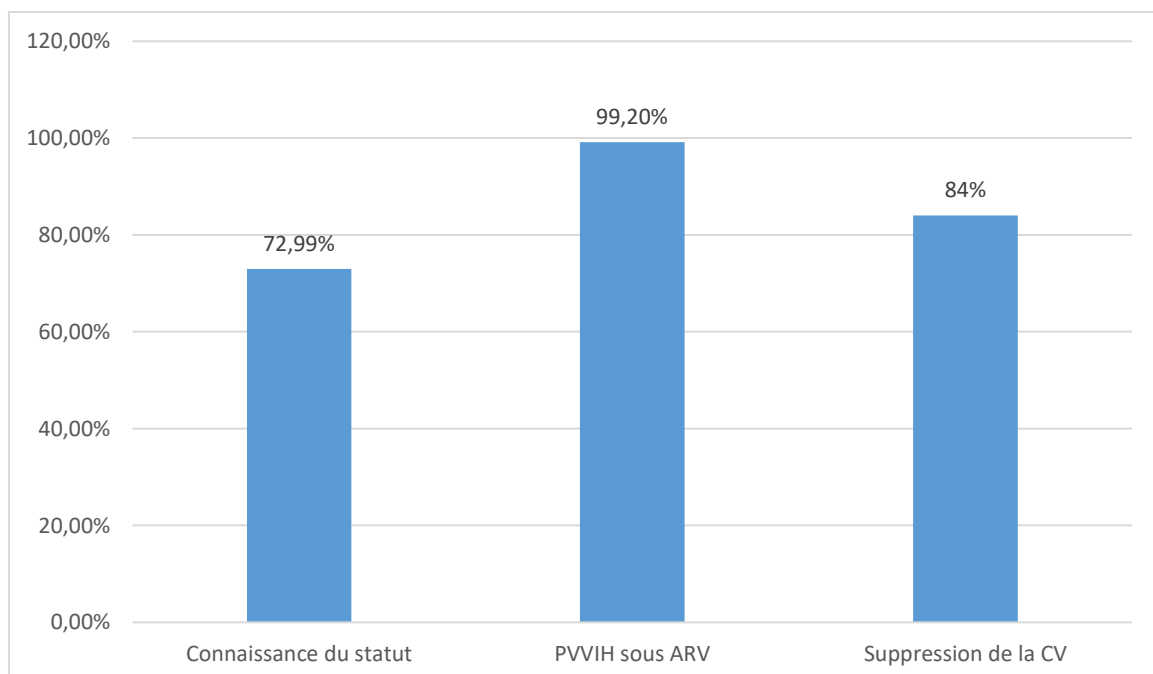


Figure 10 : Cascade des 3X90 en 2020

2.17. Prise en charge nutritionnelle et psychosociale des PVVIH

2.17.1. Prise en charge nutritionnelle

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 dans les six régions sanitaires du pays avec l'appui du PAM. Ce projet a mis en évidence des taux de 3,7% de malnutrition aigüe sévère et 10,3% de malnutrition modéré chez les PVVIH.

Les sites sélectionnés ont été dotés de matériels anthropométriques.

En 2020 le Programme alimentaire mondial des Nations Unies (PAM) a approuvé un projet d'urgence dénommé LEO (Limited Emergency Operation) pour la période de juillet à décembre 2020, ciblant 3000 ménages des PVVIH/TB pour un total de 15 000 bénéficiaires membres de ménages, pour l'assistance alimentaire d'urgence dans le cadre du COVID19 ; cette assistance a consisté à un don en kit alimentaire dans 5 régions sanitaires (maritimes plateaux centrale Kara et savanes)

Tableau XXIV: répartition des PVVIH/TB ayant bénéficié des kits alimentaires par région

REGION	Nombre de bénéficiaires (membres de ménages PVVIH/TB)	Nombre de ménages PVVIH/TB	MAIS	Haricot	Huile végétale	Sel iodé	Total
MARITIME	4464	892	23,08	6,35	2,33	0,34	32,1
PLATEAUX	3 818	765	19,79	5,44	2,01	0,28	27,52
CRNTRALE	2 414	483	12,49	3,43	1,27	0,18	17,37
KARA	1828	366	9,47	2,6	0,97	0,14	13,18
SAVANES	2475	495	12,82	3,53	1,29	0,19	17,83
TOTAL	16000	3000	78	21	8	1	108

La méthodologie adoptée a été l'identification des sites bénéficiaire en collaboration avec le programme tuberculose suivi de l'enregistrement de ces bénéficiaires par les points focaux VIH districts et régions à travers les sites retenus. La distribution des kits alimentaires a été faite en collaboration avec des ONG locaux et les points focaux VIH. Au total 160000 PVVIH et patients tuberculeux confondus ont bénéficié de cet appui

2.17.2. Prise en charge psychosociale

La prise en charge psychosociale des PVVIH est un volet important de la prise en charge globale. Cependant ce volet reste un maillon faible et nécessite une redynamisation.

Les activités de soutien et d'appui aux PVVIH sont organisées par les structures associatives (ONG), publiques et confessionnelles. Certaines d'entre elles offrent tout le paquet intégré entre autres : la prise en charge nutritionnelle, le soutien pour les activités économiques et d'indépendance, la prise en charge des OEV et des veuves ;

On note également les consultations psychologiques, les groupes de parole, les VAD, les groupes d'entraide, de médiations familiales, activités psychoéducatives de groupe pour enfants

et adolescents, ateliers de jeux et de dessin (travail sur les représentations négatives de la maladie par les enfants à travers le symbolisme du dessin), gestion des conflits conjugaux surtout au sein des couples sérodiscordants, situations d'émotions liées à l'annonce du statut (dénis, culpabilité, dépression angoisse de mort) désir d'enfant, Stigmatisation et discrimination, lassitude du TARV et échec thérapeutique (surtout chez les adolescents et jeunes) etc.....

.Par ailleurs ces activités de prise en charge psychosociale sont plus développées dans le secteur communautaire. Toutefois quelques structures publiques ont bénéficié de l'appui des psychologues recrutés grâce au financement du fond mondial

En 2020, cinq (5) psychologues ont été recrutés grâce au financement du fonds mondial pour apporter un appui aux structures à grosse file active

Les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau xxx : Synthèse des activités de Prise en charge psychosociales des PVVIH par les psychologues recrutés sur Financement Fonds Mondial en 2020

INDICATEURS	TOTAL
Nombre de séances de Groupes de Parole Animé	194
Nombre de Personnes Touchées par les groupes de parole	3942
Nombre de consultations psychologiques réalisées*	1408
Nombre de séances d'Éducation Thérapeutique de groupe réalisée (ETP de groupe) réalisé	344
Nombre de Personnes Touchées par ETP de groupe	4356
Nombre de séance d'ETP individuelle réalisé	2247
Nombre d'enfants ayant reçu l'annonce de statut sérologique VIH+	64
Nombre de perdu de vue recherché et retrouvé	347

Principaux goulots liés à la prise en charge psychosociale

Malgré ces efforts, les besoins non couverts sont :

- L'insuffisance de la prise en charge psychosociale dans les structures sanitaires publiques. Les structures publiques disposant de psychologues sont débordés par la

charge du travail. Le nombre de médiateurs est également insuffisant pour couvrir l'ensemble des 682 sites de prise en charge des PVVIH.

- Le contexte de la Covid-19 a impacté négativement la fréquentation des centres et la réalisation des activités de groupe (groupe de parole, ETP de groupe et IEC).
- Les locaux sont inadaptés pour l'animation de groupe de parole et d'éducation thérapeutique
- La réticence des parents à parler de la maladie avec leurs enfants dans le cadre du processus d'annonce de statut sérologique
- L'inobservance au traitement ARV reste un problème récurrent fréquemment observé chez les adolescents de même que l'offre des services liées à la santé sexuelle et de la reproduction

3. Activités de laboratoire

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

Au total, 52 échantillons ont été reçus au CNR/VIH pour confirmation. La répartition par site est consignée dans le tableau en annexe.

3.2. Evaluation des tests VIH

En 2020 le CNR/VIH a évalué la performance d'un autotest du VIH dénommé « Mylan HIV Self Test » sur le sang total.

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.

La performance trouvée pour le test évalué est consignée dans le tableau ci-dessous avec sa place dans l'algorithme national de dépistage VIH.

Il devrait donc être proposé au Togo comme une approche supplémentaire visant à élargir l'offre de dépistage, notamment en direction des populations les plus exposées au risque d'infection à VIH.

Après cette nouvelle évaluation, le tableau récapitulatif de la liste actualisée des tests homologués pour le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH, le VHC et VHB pour l'année 2021 se trouve en annexe du présent rapport.

Tableau XXV : sensibilité et spécificité du test « *Mylan HIV Self Test* »

	SENSIBILITE (%)	SPECIFICITE (%)	VPP (%)	VPN (%)	PLACE DANS ALGORITHME NATIONAL
Mylan HIV Self Test	98,7 % [94,9% – 99,8%]	100 % [96,7% – 100%]	100 % [96,9% – 100%]	98,6 % [94,6% – 99,8%]	Test 1

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-HV-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.

Si en fin 2019 le nombre total des enfants exposés dépistés sur les 14 sites GeneXpert est de 513, en 2020 ce chiffre est de 2159. L’utilisation du GeneXpert pour le dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés a sensiblement améliorée le temps moyen de convoyage des prélèvements des sites PTME vers les laboratoires, la sortie des résultats et la mise sous ARV des enfants séropositifs.

4. Gestion des intrants

4.1 Quantification et approvisionnement

L’estimation des besoins de 2020 a été faite à travers l’actualisation de la quantification en décembre 2019.

L’avènement de la pandémie à COVID 19 en décembre 2019 a impacté fortement la chaîne d’approvisionnement entraînant un rallongement des délais de livraisons. Les livraisons des ARV et des réactifs de laboratoire attendues à fin juillet 2020 ont été retardées de plus de 6 mois. Cette situation a pour conséquence les ruptures constatées sur les sites.

Cependant les réunions des comités régionaux de gestion des intrants se sont tenues régulièrement pour l’expression des besoins en santé. Pour le suivi des approvisionnements une analyse des stocks est faite sur la base des consommations et des inventaires de la CAMEG. Le résultat de cette analyse est présenté au cours des réunions du groupe technique, cellule de coordination des approvisionnements des intrants médicaux (CCAIM) regroupant le PNLS-HV-IST, UGP et les partenaires techniques pour des prises de décisions.

4.2 Dispensation des ARV

Pour assurer l'accessibilité des ARV, le Togo dispose de 132 sites de dispensations repartis sur l'ensemble du territoire. Dans le contexte de COVID 19 le programme a décidé en avril, la dotation de 3 mois aux patients cliniquement stables ou ayant une charge virale supprimée. Cette décision avait pour but de mettre en application des mesures barrières et la distanciation physique en évitant les attroupements sur les lieux de dispensation.

4.3 Disponibilité des ARV en 2020

L'année a été marquée par des tensions de stock et de rupture de certaines molécules notamment ABC/3TC 600/300 ; ATV/r ; ABC/3TC 120/60. Cette situation s'explique par le non-respect des délais de livraison par les fournisseurs dans un contexte aggravé par la COVID 19. Pour maintenir les patients sous traitement des substitutions ont été proposées par le programme. Cependant la situation s'est améliorée à partir de septembre avec la réception des commandes et l'appui d'UNICEF et USAID en approvisionnement d'urgence des ARV pédiatriques.

4.4 Disponibilité des ARV sur les sites de dispensation

L'utilisation de TLD a été effective à partir de 2020 pour toutes les nouvelles inclusions et en substitution chez les patients sous TDF/3TC/EFV et AZT/3TC/NVP. Sur les 132 sites de dispensation seuls 10 sites ont déclaré des ruptures de stocks sur certaines molécules. Les redéploiements des stocks entre les sites a permis d'atténuer l'impact de ces ruptures de stocks.

5. Suivi-évaluation et recherches

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

Indicateurs traceurs de progrès	Valeur de référence 2019	Valeur cible 2020	Valeur réalisée 2020	Performance en 2020	Score de performance en 2020
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	80%	77,06%	63,6 %	0	0
Proportion de PVVIH sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	91%	94,00%	89,5%	0	0

La procédure et le calcul de du score de performance sont contenus dans les annexes du présent rapport

5.1.Revues des activités : PTA et activités de PECM

En 2020, 83 activités avaient été planifiées avec des sources de financement connues dans le plan de travail annuel (PTA) budgétisé. Parmi ces activités, 56 ont été complètement réalisées, soit 67% de taux de réalisation physique contre 78% en 2019. Le graphique ci-dessous montre le taux de réalisation du PTA 2020 ainsi celui des différentes unités.

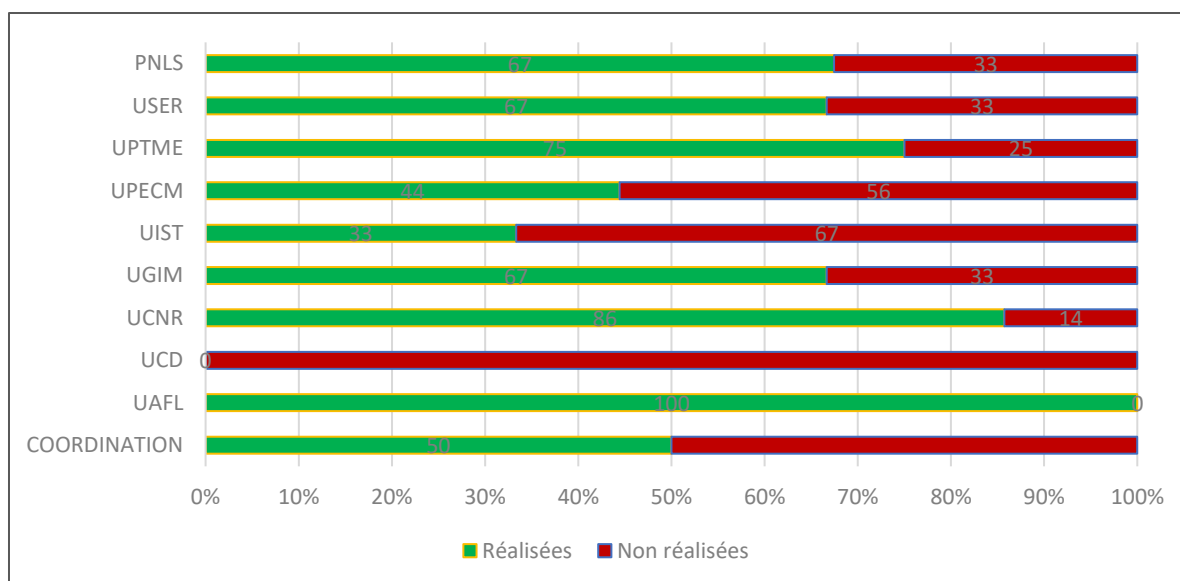


Figure 11 : taux de réalisation physique des activités du PTA 2020 en fonction des domaines d'intervention

5.2. Activités de planification

L'unité suivi et évaluation a coordonné les activités de planification et programmation organisées lors des réunions de coordination du programme et celles de la Direction de la Lutte contre les maladies et les Programmes de Santé Publique (DLMPSP)

6. Gestion du programme

6.1. Coordination

Douze réunions de coordination ont été réalisées au cours de l'année 2020. A ces réunions, chaque unité fait le point de ses activités et présente les activités à réaliser dans les deux semaines qui suivent. Le PNLS-HV-IST a participé aux différentes réunions de planification/ programmation des activités organisé par la direction de la lutte contre les maladies et les programmes de santé publique (DLMPSP).

6.2. Gestion administrative financière et logistique

Le budget prévisionnel et disponible pour la mise en œuvre des activités de toutes les interventions du PNLS-HV-IST au cours de l'année 2020 s'élève à 13 992 677 273 FCFA contre un budget 6 651 678 690 FCFA pour l'année 2019 soit une augmentation d'environ 210 % dû à l'augmentation de l'allocation du budget fonds mondial.

6.2.1. Présentation du budget fonctionnement de l'Etat de l'année 2020 et 2019

Tableau XXVII : Présentation du budget de l'Etat comparatif des dépenses de l'année 2020 et celui de 2019

Nature des dépenses	Montant en Francs CFA		Part dans le budget total	
	2020	2019	2020	2019
Dépenses de personnel (Traitements et salaires)	3 708 430	3 605 860	3,71	3,06
Dépenses de matériel (Achat de biens et services)	96 291 570	101 261 006	96,29	85,84
Dépenses de transfert (Transferts et subventions)				
Total fonctionnement (I)	100 000 000	104 866 866	100,00	88,90
Dépenses internes d'investissement	-	13 099 703	-	11,10
Dépenses externes d'investissement			-	
Total investissement (II)	-	13 099 703	-	11,10
Ressources Propres (III)				
Total général (I+II+III)	100 000 000	117 966 569	100,00	100,00

Ce tableau retrace les dépenses sur le fonctionnement de la subvention de l'Etat. Notons que l'ensemble du budget de fonctionnement est totalement consommé à 100%

4.1.1. Répartition du budget reçu par source de financement

L'analyse de la répartition du budget par source de financement souligne que plus des 4/5 des ressources ont été mobilisées par le Fonds mondial qui occupe la première place avec un taux de 87,76 % pour un montant de 9 808 745 601 FCFA suivi de la subvention de l'ETAT pour un taux de 11.43 % soit 1 600 000 000 FCFA. Notons que la subvention de L'Etat sur la gestion des intrants s'élève à 1 500 000 000 FCFA.

Tableau XXVIII: répartition du budget par source de financement en 2020

N°	Partenaires	Montant financé	Montant dépensé	Ecart	Taux de réalisation
1	ETAT	1 600 000 000	1 600 000 000	-	100,00
2	FONDS MONDIAL	12 279 970 353	9 808 745 601	5 389 221 280	64,54
3	UNICEF	12 462 420	12 462 420	-	100,00
4	CNLS	1 744 300	1 744 300	-	100,00
5	CHAI	5 633 275	5 523 275	110 000	98,05
6	OOAS	8 205 616	7 330 900	874 716	89,34
7	PEPFAR	84 661 309	80 832 453	3 828 856	95,48
TOTAL		13 992 677 273	11 516 638 949	5 394 034 852	82,30

4.1.2. Présentation des dépenses gestion 2020 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 8 962 649 232 FCFA représentant essentiellement les achats des ARV soit un taux de 77.82 % du budget alloué, suivi de la prévention d'une valeur de 1 539 746 236 FCFA soit un taux de 13.37 % comme le témoigne le graphique suivant :

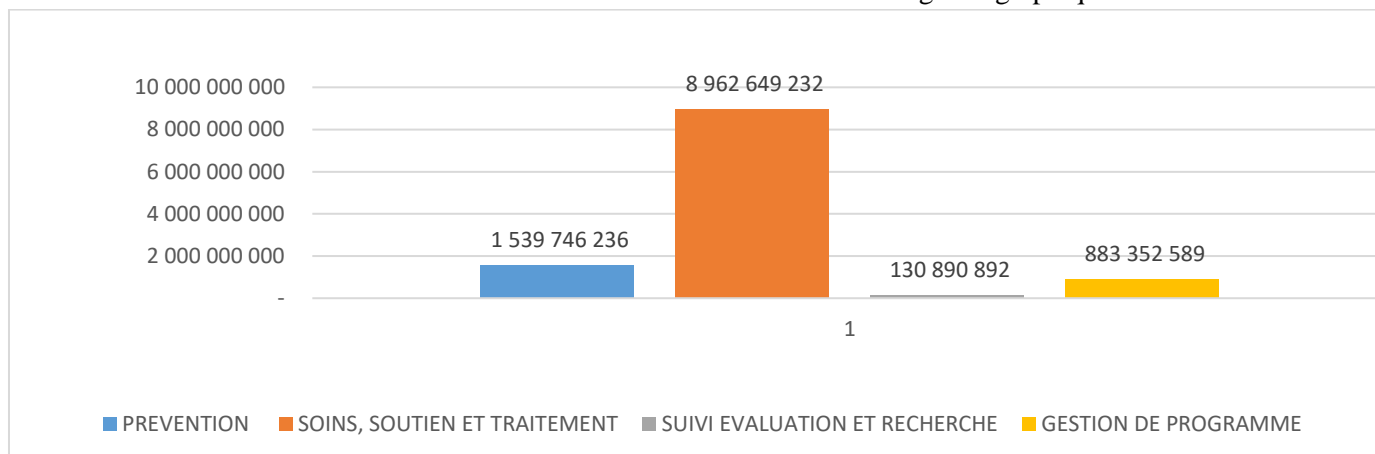


Tableau XXIX : Présentation du budget gestion 2020 par partenaires et domaine d'intervention

N°	SOURCES	PREVENTION	SOINS, SOUTIEN ET TRAITEMENT	SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE	GESTION DE PROGRAMME	Total	Part des partenaires
1	ETAT	-	1 500 000 000	-	100 000 000	1 600 000 000	13,89
2	FM	1 523 927 856	7 424 570 547	108 269 404	751 977 794	9 808 745 601	85,17
3	UNICEF	8 637 980	3 824 440	-	-	12 462 420	0,11
4	CNLS	491 900	-	1 252 400	-	1 744 300	0,02
5	CHAI	-	5 523 275	-	-	5 523 275	0,05
6	OOAS	6 688 500	642 400	-	-	7 330 900	0,06
7	PEPFAR	-	28 088 570	21 369 088	31 374 795	80 832 453	0,7
	Total	1 539 746 236	8 962 649 232	130 890 892	883 352 589	11 516 638 949	100

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

1 Difficultés liées à la mise en œuvre des activités

- Insuffisance dans l'allocation des ressources financières pour la formation de certains acteurs clés du programme (prestataires des services adaptés, prestataires des sites pour la mise en œuvre des nouvelles stratégies de dépistage, dispensateurs)

- Insuffisance dans la prise en charge des populations clés par les prestataires des services adaptés pour faute de formation
- Insuffisance dans l'approvisionnement des intrants (retard dans l'approvisionnement voire rupture des intrants ARV, intrants IST, intrants pour la PTME, Réactifs pour la charge virale, intrants CD4)
- Panne de certains équipements de laboratoire (FacsCount BD, Chaîne ELISA des sites, Hotte à Biolim, Groupe Electrogène à Biolim, Chambre froide au CNR)
- Insuffisance dans la gestion du matériel informatique (panne à répétition des ordinateurs sur des sites de dispensation, dans les laboratoires et dans certaines unités du PNLV_HV-IST ; manque d'ordinateurs au CNR et à Biolim),
- Insuffisance dans la qualité des données rapportées (retard dans la saisie, incohérence des données, absence de complétude et de promptitude des rapports dans le DHIS2, retard dans la mise à jour de la plateforme OSPSIDA, etc...)
- Insuffisance dans la coordination des activités de collecte des DBS et de remise des résultats par la POSTE
- Dépistage et arrimage aux soins des enfants
- Faible couverture des PVVIH à la charge virale

2 Défis

- Mobiliser des ressources financières suffisantes pour permettre le renforcement des compétences des prestataires pour une meilleure offre de service aux populations cibles
- Disposer des données de qualité renseignées dans les différents outils de collecte de données, sur la plateforme DHIS2 et dans OSPSIDA
- Améliorer la disponibilité de l'outil informatique sur les sites et dans les unités du PNLV-HV-IST
- Maintenir les PVVIH sous TAR dans le continuum de soins à travers un suivi individualisé
- Assurer le coaching des sites en délégation de tâches
- Dépister les PVVIH là où elles se trouvent et les arrimer aux soins

3 Perspectives

- Acquérir une chaîne ELISA pour le niveau central CNR afin de permettre le contrôle qualité, l'évaluation de nouveaux tests ELISA dans le cadre de la mise en œuvre du diagnostic de l'infection à VIH (CNR)
- Améliorer la couverture de l'offre de soins aux populations clés et groupes vulnérables (enfants/jeunes/adolescents, femmes, portefaix...)
- Améliorer la disponibilité des intrants
- Organiser semestriellement une rencontre avec les acteurs intervenant dans la mise en œuvre du contrat « de collecte des DBS et de remise des résultats sur les sites de PTME »
- Etendre EDT à l'ensemble des sites de dispensation

- Mettre en place un interconnectivité EDT/ OSPSIDA
- Mettre en place au PNLS-HV-IST un système de répondant pour chaque région afin de faciliter un suivi régulier de la qualité des données saisies dans le DHIS2
- Renforcer le suivi des sites en délégation de tâches
- Renforcer la PEC pédiatrique du VIH

4 Opportunités

- Les nouvelles stratégies de dépistage recommandées par l’OMS adoptées par le Togo (UCD)
- La subvention NFM3 avec l’extension des sites e-tracker pour améliorer la qualité des données
- Existence des partenaires (OMS, FM, UNICEF) (PTME)
- Nouveau contrat avec la POSTE (PTME)

Conclusion

Avec le soutien de l'Etat et des partenaires en développement notamment le Fonds Mondial et l'USAID à travers le Programme PEPFAR, des progrès ont été notés dans la mise en œuvre des interventions du PNL5-HV-IST. Ce rapport fait état des lieux de la dernière année pour l'atteinte des 3X90. Si on note une progression sensible des premiers et deuxième 90, un effort doit être fait pour le troisième 90.

La disponibilité permanente de réactifs de charge virale, ainsi que l'appui en personnel technique permettront au pays de faire des avancées notables pour l'atteinte du troisième 95 d'ici 2030.

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.

5 ANNEXES

Annexe 1 : Cartographie des équipements de comptage des LTCD4+**SITES BD FacsPresto**

N°	Région	Sites
1	Savanes	CHR Dapaong
2		CHP Mango
3		CHP Cinkassé
4		Polyclinique Dapaong
5		Association Vivre dans l'Espérance
6		CHP Tandouare
7		CMS Gando
8	Kara	CHU - Kara
9		Camp G ¹ AMEYI
10		CHR Kara - Tomdè
11		CHP Kantè
12		CMS Baga
13		CHP Pagouda
14		CMS Kétao
15		ONG AED
16		Polyclinique Kara
17		CHP Bassar
18		CHP Assoli
19	Centrale	CHR Sokodé
20		CHP Sotouboua
21		CHP Blitta
22		CMS Adjengré
23		CMS Kolowaré
24		USP Pagala Gare
25		CMS Agbandi
26		CHP Tchamba
27		CHP Mô
28		Polyclinique Sokodé
29		CMS Bon Secours ADESCO
30	Plateaux	CHR Atakpamé
31		CHP Danyi Apéyéomé
32		CHP Notsé
33		CMS Danyi Elavagnon
34		CHP Kpalimé
35		CHP Adéta
36		CMS Kpogandji

37		CHP Agou-Gare
38		CHP Anié
39		CHP Elavagnon Est-Mono
40		Polyclinique Atakpamé
41		CMS Akparé
42		CHP Amlamé
43		CMA Témédja
44		CHP Kougnohou
45		CHP Badou
46		CMS Gleï
47	Maritime	CMS Aképé
48		Hôp. Afagnan
49		CHR Aného
50		Polyclinique Aného
51		CHP Vogan
52		Polyclinique Tsévié
53		CHR Tsévié
54		CMS Providence Kouvé
55		CHP Tabligbo
56		CMS Agbodrafo
57	Grand-Lomé	Centre Loyola
58		CMS Adidogomé
59		CMS Baguida
60		Hôpital de Bè
61		Camp G ¹ GNASSINGBE
62		AMC-CISSA
63		ONG CRIPS
64		CMS Bè - Kpota
65		C S de Lomé
66		ACS
67		C S de Kodjoviakopé
68		CMS CACAVELI
69		CHP Amoutivé
70		Clinique ATBEF
71		CHU - Campus
72		CNR/VIH-CHU-SO
73		Projet FAMME
74		CMS Lucia (EVT)
75		CMS Agoé-Nyivé

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

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

Annexe 3 : Liste actualisée des tests homologués 2020

	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	Test1 et Test2

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
Geenius HIV Confirmatory	Western Blot	Sérum, Plasma	Oui	Test3

Annexe 4 : Cartographie des cellules de gestion des nouvelles inclusions

N°	Régions
MARITIME	
1.	Avé
2.	Bas-mono
3.	CHR Tsevie
4.	CMS Providence de Kouvé
5.	Hôpital Aneho
6.	Hôpital d'Afagnan
7.	Lacs
8.	VO
9.	YOTO
10.	Zio
PLATEAUX	
11.	Agou
12.	Amou
13.	Anié
14.	CHR Atakpamé
15.	Danyi
16.	Est-mono
17.	Haho
18.	Kloto
19.	KPELE
20.	Moyen Mono
21.	Ogou
22.	Wawa
CENTRALE	
23.	CHR Sokode
24.	Blitta
25.	CHR Sokode
26.	Plaine de Mô

27.	Sotouboua
28.	Tchamba
29.	Tchaoudjo
KARA	
30.	Doufelgou
31.	AED Kara
32.	Assoli
33.	Bassar
34.	Binah
35.	CHR Kara
36.	CHU KARA
37.	Dankpen
38.	Kéran
39.	Polyclinique Kara
SAVANES	
40.	Cinkassé
41.	Kpendjal
42.	Kpendjal Ouest
43.	Oti
44.	Oti Sud
45.	Tandjoaré
46.	CHR Dapaong
47.	District Tone
GRAND LOME	
48.	CHU Campus
49.	CHU SO
50.	AMC Lomé
51.	Centre de Santé Amoutivé
52.	Centre de Santé de Lomé
53.	CMS Kodjoviakopé
54.	EVT Lomé
55.	Hôpital de Bè
56.	Centre de Santé de Bè Kpota
57.	CMS Cacaveli
58.	AST Baguida
59.	District Agoenyivé

Annexe 5 : Répartition par site du nombre d'échantillons collectés

N° Ordre	Sites	Nombre d'échantillons reçu au CNR/VIH
1	Institut National d'Hygiène (INH)	9
2	Perfect Labo	3
3	Hôpital de Bè	1
4	ONG Jade pour la Vie	3

5	Clinique Perpétuel	1
6	ONG Amacash	2
7	BIASA	1
8	ATBEF	1
9	CMS Bakhita	1
10	Polyclique Sokodé	2
11	CMS Hosanna	2
12	ONG EVT / CMS Lucia	6
13	Cabinet Médical Bien-être	1
14	Clinique le Sauveur	3
15	LNR TB	5
16	ONG JMAH	2
17	CHU Campus	2
17	Non indentifié	8
Total		53

Annexe 6 : Calcul et détermination du score Performance

Calcul de la performance (Formule)

$$\text{Performance} = \frac{\text{Valeur réalisée} - \text{Valeur de référence}}{\text{Valeur cible} - \text{Valeur de référence}}$$

Détermination du score de performance

Les scores sont affectés de la manière suivante (en posant $P = \text{Performance}$) :

- 0, lorsque $P < 0$, c'est-à-dire le progrès réalisé est négatif (il y a recul de l'indicateur) ;
- 1, lorsque $0 \leq P < 0,25$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 0% et 25%, y compris 0% ;
- 2, lorsque $0,25 \leq P < 0,50$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 25% et 50%, y compris 25% ;
- 3, lorsque $0,50 \leq P < 0,75$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 50% et 75%, y compris 50% ;
- 4, lorsque $0,75 \leq P < 1$ c'est-à-dire le progrès réalisé se situe entre 75% et 100%, y compris 75% ;
- 5, lorsque $P \geq 1$ c'est-à-dire le progrès réalisé est supérieur ou égal à 100% (la valeur cible est atteinte ou dépassée).

Annexe 7 : Activités de renforcement de capacité

Activités de supervision

N°	Libelle de la supervision	Date de réalisation	Entité responsable
1	Supervision des acteurs du conseil/dépistage-VIH centré sur la famille des enfants/jeunes/adolescents de 0-19 ans	10-20 août et 25 oct. Au 04 nov. 2020	UCDP

2	Mission de supervision des sites sur l'utilisation de l'outil de dispensation électronique	9 au 13 septembre 2020 ; 15 au 17 novembre 2020 ; 29 juin au 3 juillet 2021 ; 16 au 20 mars 2020	UGIM
3	Mission de supervision couplée de dotation directe d'intrants sur les sites des Régions des Plateaux, Centrale, Kara et des Savanes, par le niveau central accompagné du niveau régional	25 Octobre au 25 novembre 2020	UCDP/CNR
4	Mission de supervision conjointe des sites PEPFAR dans la région des Plateaux	14 au 17 Septembre_2020	USER/CNR
5	Mission de convoyage et de manipulation des échantillons au CHR Atakpamé, au CHP Kpalimé et au CNR/CHU-SO	06 au 13 septembre 2020	CNR
6	Mission de supervision / dotation en intrants dans les Régions de GRAND LOME ET MARITIME	10 au 22 Août 2020	UCDP/CNR
7	Supervision intégrée de contrôle qualité des activités des laboratoires du réseau par le CNR et Suivi-Evaluation du PNLs-HV-IST	19 au 23 juillet 2020 et 26 au 31 juillet 2020	USER/CNR
8	Mission de supervision des techniciens biologistes des laboratoires de Biologie Moléculaire des Régions Lomé Commune, Maritime et Plateaux impliqués dans le projet PEPFAR	13 au 16 Juillet 2020	CNR
9	Mission de convoyage des réactifs / consommables et outils pour la mesure de la CV au DRS MARITIME, PLATEAUX CENTRALE et KARA	30 au 31 décembre 2020	CNR
10	Supervision de 39 prestataires de soins de 10 formations sanitaires et de 07 agents de la POSTE sur le suivi des activités de diagnostic précoce du VIH dans la région de la Kara	08 au 14 Mars 2020	PTME/CNR
11	Supervision de 23 prestataires de soins de 10 formations sanitaires de la région Maritime sur le suivi des activités de diagnostic précoce du VIH	29/06 au 03/07/2020	PTME/CNR
12	Mission de supervision des sites sur l'utilisation de l'outil de dispensation électronique	9 au 13 septembre 2020 ; 15 au 17 novembre 2020 ; 29 juin au 3 juillet 2021 ; 16 au 20 mars 2020	UGIM
13	Une mission trimestrielle de dotation de couple de carnets et suivi des cellules de gestion de nouvelles inclusions sous ARV	22 au 26 Juin 2020 , 29 Juin au 03 Juillet 2020, du 20 au 24 Juillet 2020	PECM

	de la région Lomé Commune, région Maritime, Savanes, Kara et Centrale	07 au 11 septembre 2020 17 au 20 Novembre 2020	
14	Supervision intégrée du niveau centrale vers les sites de PECM Kara et maritime	09 au 13 mars 2020 29 juin au 03 juillet 2020	PECM
15	Organiser une Réunion de concertation avec les acteurs de la région LC sur la place du comité thérapeutique dans le contexte du Test and treat	14 janvier 2020	PECM
16	Réunion de coordination trimestrielle des activités de PEC globale des PVVIH dans chaque district de LC	27 au 31 juillet 2020	PECM
17	Atelier de consensus national sur la mise en œuvre de la PrEP au Togo	22 au 24 septembre 2020	PECM

Formations

N°	Libelle de la formation	Date de réalisation	Entité responsable
1	Formation de 24 acteurs en conseil/dépistage VIH sur le Document de Politique, Normes et Procédures.	16-18 /09/2021	UCDP
2	Formation des agents sur la dispensation des ARV et des médicaments anti-IO, la gestion de stocks et l'aide à l'observance	23 au 27 novembre 2020 ; 24 au 28 aout 2020	UGIM
3	Atelier d'échange et de validation du guide de mise en œuvre de l'autotest au Togo	12 Mars 2020	UCDP/CNR
4	Atelier trimestriel de coordination du comité régional de gestion des intrants TB / VIH / Malaria pour le contrôle et la validation des données dans la région des Savanes	20 au 21 Octobre 2020	UGIM / CNR
5	Atelier du groupe technique restreint sur l'accélération de la Charge Virale	17 Décembre 2020	
6	Formation des agents sur la dispensation des ARV et des médicaments anti-IO, la gestion de stocks et l'aide à l'observance	23 au 27 novembre 2020 ; 24 au 28 aout 2020	UGIM
7	Atelier de briefing des prescripteurs, parrains pédiatriques et des dispensateurs sur l'introduction du DOLUTEGRAVIR dans les protocoles de prise en charge au Togo, des régions Centrale, Kara et Savanes (3 sessions)	17 au 22 Août 2020	PECM
8	Atelier de de formations en délégation de tâches	16 au 20 mars 2020 28 septembre au 1 ^{er} Octobre 2020	PECM

9	Atelier de renforcement des compétences des prestataires de soins des formations sanitaires a la prise en charge globale du VIH	22-26 Juin 2020	PECM
---	---	-----------------	------