

CABINET

SECRETARIAT GÉNÉRAL

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST

**Notre mission**

- Informer
- Conseiller
- Servir



**Notre devise**

- Abstinence
- Fidélité
- Préservatif

# INDICATEURS D'ALERTE PRECOCE DE LA PHARMACORESISTANCE DU VIH AU TOGO EN 2016

## Rapport

### Juillet 2017

## SOMMAIRE

RESUME EXECUTIF.....	7
1- INTRODUCTION.....	9
2- BUT ET OBJECTIFS.....	12
3- MÉTHODOLOGIE .....	13
4- RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION 2016 DES IAP.....	20
5- ANALYSE GÉNÉRALE DES RÉSULTATS DES IAPS .....	46
6- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	49
ANNEXES.....	53

## Remerciements

La présente évaluation des indicateurs de la pharmaco résistance du VIH aux ARV a été réalisée par un processus participatif avec la contribution de plusieurs acteurs. Il me revient d'exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes et organisations qui ont consacré leur expertise et leur temps à ce processus d'évaluation et à l'élaboration de ce document important pour la lutte contre le VIH au Togo.

Nous tenons à les assurer que le PNLIS-IST apprécie leur effort continu consenti pour non seulement l'accélération de l'accès aux soins et aux traitements des personnes vivant avec le VIH, mais aussi leur implication active dans la surveillance des résistances du HIV aux médicaments ARV.

Nos remerciements particuliers vont à l'endroit du Fonds Mondial de lutte contre le sida le paludisme et la tuberculose et le DAT- ONUSIDA pour leur soutien à la fois technique et financier dans la réalisation de cette évaluation.

Qu'il me plaise d'adresser notre gratitude au consultant Serge Clotaire Billong, qui a su mettre son expertise et temps à contribution et a fait preuve de beaucoup d'engagement dans la réalisation de ce travail.

Nous exprimons également notre reconnaissance à Messieurs et dames Ariziki NASSAM, Zakillatou ADAM, Mounerou SALOU, Edje ALI, Kouyolé Wadja Sewede Mossiyamba, Essopha POKOLOKO pour leur accompagnement administratif et technique qui a fortement contribué à l'aboutissement de ce résultat.

Que toutes les institutions et les personnes ressources notamment les extracteurs de données qui n'ont pas été citées de manière singulière et qui ont contribué de près ou de loin à ce document, reçoivent ici l'expression de ma profonde gratitude.

**Pr Anoumou Dagnra**

## LISTE DES TABLEAUX

<a href="#">Tableau 1: Sites retenus et taille des échantillons par site</a> .....	15
<a href="#">Tableau 2: de présentation des effectifs</a> .....	21
<a href="#">Tableau 3: Niveau général des indicateurs sur le plan national</a> .....	23
<a href="#">Tableau 4: Suppression de la charge virale à 12 mois de TARV (IAP 5) dans les 6 régions du Togo (seuil acceptable =75%)</a> .....	26
<a href="#">Tableau 5: Niveau général des indicateurs de la Savane</a> .....	27
<a href="#">Tableau 6: Niveau général des indicateurs Centrale</a> .....	30
<a href="#">Tableau 7: Niveau général des indicateurs Kara</a> .....	32
<a href="#">Tableau 8: Niveau général des indicateurs Plateau</a> .....	34
<a href="#">Tableau 9: Niveau général des indicateurs Maritime</a> .....	36
<a href="#">Tableau 10: Niveau général des indicateurs Commune de Lomé</a> .....	39
<a href="#">Tableau 11: présentation de la cartographie des IAP par sites</a> .....	42
<a href="#">Tableau 12: présentation des données des performances dans les sites ayant des bons scores à l'IAP1</a> .....	45

## LISTE DES FIGURES

<a href="#"><u>Figure 1: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, 6 régions du Togo</u></a> .....	24
<a href="#"><u>Figure 2: Taux de rétention des patients sous ARV au 12è mois de traitement parmi les patients recrutés (IAP2) dans les 6 régions du Togo</u></a> .....	24
<a href="#"><u>Figure 3: Rupture de stock en médicaments ARV dans les 6 régions du Togo (IAP3)</u></a> .....	25
<a href="#"><u>Figure 4: Suppression de la charge virale à 12 mois de dans les 6 régions du Togo (IAP5)</u></a> .....	26
<a href="#"><u>Figure 5: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, 7 sites enquêtés dans la savane</u></a> .....	28
<a href="#"><u>Figure 6: Taux de rétention des patients sous ARV au 12è mois de traitement parmi les patients recrutés dans les 7 sites enquêtés dans la Savane</u></a> .....	29
<a href="#"><u>Figure 7: Rupture de stock en médicaments ARV dans la savane</u></a> .....	29
<a href="#"><u>Figure 8: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais dans la région Centrale</u></a> .....	31
<a href="#"><u>Figure 9: Taux de rétention des patients sous ARV au 12è mois de traitement parmi les patients recrutés dans les sites de la région Centrale</u></a> .....	31
<a href="#"><u>Figure 10: Rupture de stock en médicaments ARV dans la région Centrale</u></a> .....	32
<a href="#"><u>Figure 11: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, 10 sites enquêtés à Kara</u></a> .....	33
<a href="#"><u>Figure 12: Taux de rétention des patients sous ARV au 12è mois de traitement parmi les patients recrutés dans les 10 sites enquêtés à KARA</u></a> .....	33
<a href="#"><u>Figure 13: Rupture de stock en médicaments ARV dans la région de Kara</u></a> .....	34
<a href="#"><u>Figure 14: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, 14 sites enquêtés au Plateau</u></a> .....	35
<a href="#"><u>Figure 15: Taux de rétention des patients sous ARV au 12è mois de traitement parmi les patients recrutés en aout 2014 dans les 14 sites enquêtés au Plateau</u></a> .....	35
<a href="#"><u>Figure 16: Rupture de stock en médicaments ARV dans la région du Plateau</u></a> .....	36
<a href="#"><u>Figure 17: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, en région Maritime</u></a> .....	37
<a href="#"><u>Figure 18: Taux de rétention des patients sous ARV au 12è mois de traitement parmi les patients recrutés dans les 16 sites enquêtés de la région Maritime</u></a> .....	38
<a href="#"><u>Figure 19: Rupture de stock en médicaments ARV en région Maritime</u></a> .....	38

## LISTE DES ACRONYMES

ARV	Antirétroviraux
CHU:	Centre Hospitalier Universitaire
CTA :	Centre de Traitement Ambulatoire
CMS :	Centre Médico de social
CV :	Charge Virale
CHP :	Centre Hospitalier Préfectoral
CSI :	Centre de santé Intégré
FS :	Formation Sanitaire
CHR :	Centre Hospitalier Régional
IAP :	Indicateur d'Alerte Précoce
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
ND:	Non disponible
ONG :	Organisme Non Gouvernemental
OMS :	Organisation Mondiale de la santé
PYRSAN :	Pyramide Sanitaire
PNLS :	Programme national de Lutte contre le Sida
PVVIH :	Personne vivant avec le VIH
PECM	Prise en Charge médicale
Sida :	Syndrome d'immuno- déficience acquise
TARV :	Traitement Antirétroviral
UPEC :	Unité de Prise en Charge
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

## RESUME EXECUTIF

**Contexte et justification** : La volonté du Togo de passer à la stratégie « Tester et traiter » de l'ONUSIDA dans l'ambition de mettre fin à l'épidémie du VIH suppose de doubler le nombre actuel de personnes sous traitement antirétroviral (TARV) dans un délai très court. Le risque d'émergence des résistances du VIH aux ARV constitue par conséquent une priorité sanitaire nationale. En effet, ce risque est élevé, compte tenu de la sélection éventuelle des souches virales résistantes. Dans l'optique de préserver l'efficacité des protocoles antirétroviraux (première et seconde lignes), l'OMS recommande aux pays de mettre sur pied un programme national de prévention et de surveillance de la pharmaco-résistance du VIH. L'une des premières actions de ce processus est la surveillance régulière des données sur les « Indicateurs d'Alerte Précoce » (IAP) de la pharmaco-résistance du VIH dans les structures de prise en charge médicale (PECM). La surveillance des résistances du VIH aux ARV par la collecte de ces données essentiellement disponibles dans les registres de suivi des patients sous TARV (registres de TARV et de pharmacie) ou fichiers électroniques, est jugée moins onéreuse. Avec l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et du DAT-ONUSIDA, l'évaluation des IAP et l'analyse des indicateurs de qualité de suivi des patients sous TARV en 2016 ont été réalisées.

**Méthodologie** : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au mois de juin 2017, dans 80 sites de TARV en zone rurale et urbaine dans les 06 régions sanitaires du pays. Les sites ont été choisis pour leur représentativité à l'échelle nationale et suivant un échantillonnage de probabilité proportionnelle à la taille de chaque strate. La cohorte de patients observée a été celle des patients ayant initié le traitement au cours de l'année 2015. Les patients ont été suivis de manière longitudinale ou transversale suivant l'indicateur au cours de l'année 2016. Les données portant sur les 6 IAP suivants ont été étudiés :

**IAP1 : Retrait des médicaments ARV dans les délais** ; IAP transversal avec pour seuils : Rouge <80%; Jaune 80–90%; Vert >90%,

**IAP2 : Rétention sous TARV après 12 mois d'initiation du traitement** ; IAP longitudinal avec pour seuils : Rouge <75%; Jaune 75–85%; Vert >85%,

**IAP3 : Ruptures de stocks de médicaments**, IAP transversal avec pour seuils : Rouge <100%; Vert =100% de mois sans rupture de stock en 2016,

**IAP4: Pratiques de prescription à l'initiation du traitement ARV**; IAP transversal avec comme seuils: Rouge <100%; Vert =100% de prescription conformes aux directives nationales.

**IAP5a : Couverture de réalisation des charges virales avec rendu des résultats** ; IAP longitudinal, avec pour seuils : Rouge < 70%, Vert > 70% des patients ayant une charge virale disponible à 12 mois d'initiation au TARV,

**IAP5b: suppression de la charge virale à 12 mois**; IAP transversal avec pour seuils: Rouge <75%, Jaune 75-90%, Vert >90% de suppression de charge virale à 12 mois de TARV,

Les résultats ont été présentés suivant les codes couleurs ci-après :

**Rouge** : *Mauvaise performance, le niveau souhaité n'est pas atteint,*

**Jaune** : *Performance satisfaisante ou modérée, en progression vers le niveau souhaité,*

**Vert** : *Performance excellente, le niveau souhaité est atteint,*

**Gris** : *Pas d'informations sur l'IAP concerné,*

**Noir** : *La charge virale n'est pas disponible en routine (pour l'IAP5)*

**Résultats et Discussion** : De manière générale IAP 1, très peu de patients 67% (N=8160) retirent leurs médicaments dans les délais. Par ailleurs 91% (3429/3767) de personnes initiées au TARV sont restés sous traitement douze mois après (IAP 2) mais seulement 5,2% (178/3429) des PvVIH dans le besoin ont eu accès à l'examen de la charge virale (IAP5a). Des efforts sont certainement faits dans la lutte contre la stigmatisation, mais un effort aussi devrait être fait pour l'extension de la Charge Virale, surtout en zone rurale. Par ailleurs seuls 13 sites parmi les 36 ayant un score vert à l'IAP2 avaient atteint l'objectif de suppression de la CV (IAP 5b.). Concernant la rupture de stock de médicaments (IAP3), seuls 63 sites sur les 80 sélectionnés ont eu 100% de mois sans rupture durant l'année 2016, conformément aux recommandations de l'OMS Il convient de signaler que 36 sites sur les 80 choisis ont pu atteindre l'objectif de l'IAP2, c'est-à-dire que dans ces sites plus de 90% des patients sont restés sous TARV 12 mois après l'initiation au traitement. La majeure partie de ces sites était localisée dans Lomé Commune (13/36) et une autre importante partie dans la Région Maritime (8/36) ; les autres sites étaient repartis dans le reste des régions. La plupart de ces sites étaient des structures publiques soient 20 sur les 36 et localisés essentiellement en zone urbaine.

**Conclusions et recommandations** : Les résultats de cette étude mettent en évidence un risque d'émergence de la pharmaco-résistance du VIH sur le plan national. Les pratiques de dispensation sont conformes aux directives nationales, la rétention sous TARV à 12 mois est excellente, mais le respect des délais de retrait des médicaments ARV et les ruptures de stocks dans l'approvisionnement des ARV, constituent des facteurs majeurs dans plusieurs sites, favorisant l'émergence de la pharmaco-résistance du VIH au Togo. Par ailleurs la couverture de l'examen de la charge virale permettant une surveillance des échecs thérapeutiques est très faible et nécessite d'être étendue. Actuellement elle est essentiellement réalisée dans un but de diagnostic plutôt que dans un but de suivi ou de surveillance de la thérapie comme le recommande aujourd'hui l'OMS.

## 1- INTRODUCTION

En 2001, lors de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH et le SIDA [1], il avait été recommandé, le renforcement de l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) dans les pays à ressources limitées, afin de lutter contre les disparités entre pays pauvres et pays riches. A la suite de cette recommandation, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait développé des directives de santé publique pour appuyer et faciliter la mise à échelle des traitements antirétroviraux (TARV) dans ces pays.

Le dernier rapport mondial ONUSIDA [2] révèle qu'en fin 2015, on comptait environ 36,7 millions [34 – 39,8] de personnes vivant avec le VIH, dont 2,1 millions de nouvelles infections dans le monde. Dans la zone Afrique occidentale et centrale, on estimait à cette date la population des PVVIH à 6,5 millions (5,3 – 7,8) avec 60% de femmes et 410 000 nouvelles infections.

En juin 2016, on estimait au niveau mondial à 18,2 millions (16,1 – 19,00) le nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale (TAR), dont 1,8 millions dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires d'Afrique occidentale et centrale. Ces personnes représentent 28% des personnes qui vivent avec le VIH dans ces pays [2]. Le nombre de PVVIH sous ARV est passé au Togo de 11 000 en 2008 à 43 603 en fin 2015 ; 11,53 % de ces malades sont déjà sous traitement de 2<sup>ème</sup> ligne et 16 patients sous traitement de 3<sup>ème</sup> ligne. Les enfants représentent 7% de cette file active. Sur les 956 PVVIH ayant un examen de charge virale rapporté (2% des malades sous traitement), 73 % présentent une suppression de charge virale (inf. à 1000 copies). [3]. En 2016, en matière de soins et traitement, « le pays a dépassé la barre symbolique de 50% des PVVIH sous ARV. Une PVVIH sur 2 était sous ARV soit 51.320, avec une réduction de la mortalité liée au SIDA de plus de 40 % en 5ans ». [7]

La volonté des pays de passer à la stratégie Tester et traiter de l'ONUSIDA dans l'ambition de mettre fin à l'épidémie à VIH suppose que dans cette zone, il est prévu de doubler le nombre actuel de personnes sous TARV d'ici 2020.

L'épidémie du VIH au Togo est de type généralisé avec une prévalence de 2,5% dans la population générale (EDSTIII). Suivant les estimations effectuées à l'aide du logiciel agréé EPP-Spectrum version 5.56, on estime à 100 000 le nombre de PVVIH en 2016. Le Togo dans le souci de passer à l'échelle par rapport à la stratégie « Tester et Traiter

de l'OMS », l'objectif actuel prévoit que 90% des personnes vivant avec le VIH soient mises sous TARV d'ici 2020. [4]

Avec l'objectif d'une couverture de 81% sans conditions en 2020 (PSN 2016-2020), [4] la prévention du risque d'émergence des résistances du VIH aux ARV constitue une priorité sanitaire nationale. En fait, Le traitement ARV (TARV) étant pour toute la vie, Le passage à l'échelle du TARV s'accompagne inévitablement d'un risque croissant d'émergence de la pharmaco résistance. En effet avec une couverture massive en ARV, logiquement on s'attend à l'augmentation des résistances du VIH aux ARV chez les personnes sous traitement, même si des schémas thérapeutiques appropriés leur sont proposés et que l'observance du traitement est effective. Ceci est dû au fait que des erreurs surviennent souvent lors de la réplication du VIH, au taux élevé de mutation du VIH lorsque des antirétroviraux exercent une pression sélective, à des recombinaisons virales, et au fait que le traitement est fourni pour la vie entière.

Pour ces raisons, il est important que chaque pays développe un paquet d'activités nécessaires pour prévenir l'apparition des résistances évitables aux ARV. Cette prévention est indispensable pour assurer dans le temps l'efficacité et l'efficience du programme national de prise en charge par TARV. En effet, les implications humaines et financières de la résistance aux ARVs sont importantes : le coût moyen d'une année de traitement par un schéma thérapeutique de TARV de deuxième intention peut être huit fois plus élevé que celui d'une année de traitement par un schéma thérapeutique de première intention. Raison de plus de garder autant que possible les patients dans le Schéma de première intention. Notons qu'en fin 2015, dans les pays à revenus faibles exclus ceux récemment passés « à revenus intermédiaires », on estime à 19 milliards de dollars l'investissement effectué dans la riposte contre le VIH. [5]

Suivant le répertoire récemment réalisé des études effectuées entre 2001 et 2015 par le SP/CNLS-IST au Togo, on note qu'une étude sur la pharmaco résistance aux ARV a été réalisée en 2010 dont toute la documentation n'a pas été conservée.

Depuis 2013, l'OMS recommande de faire un suivi biologique comprenant dans les pays à ressources limitées, l'examen de la charge virale plasmatique des patients sous TARV pour une détection précoce de l'échec thérapeutique. Etant donné que l'accessibilité à la charge virale et au test de résistance génotypique du VIH est encore très faible dans les pays à ressources limitées, la surveillance des facteurs permettant de prédire tout risque d'émergence de la pharmaco résistance du VIH se révèle une

fois de plus pertinente. A cet effet, il est nécessaire de mettre en place l'évaluation des IAP comme approche optimale pour minimiser l'émergence des résistances potentiellement évitables en mettant en œuvre des actions correctrices simples et basées sur des évidences contextuelles. Ces évaluations, basées exclusivement sur les données disponibles dans les registres de suivi des patients sous TARV (registres de TARV et de pharmacie ou dossiers électroniques) sont jugées moins onéreuses pour leur réalisation.

Sur la base des expériences acquises durant les années antérieures dans différents pays, l'implémentation et la réalisation routinière des activités d'évaluation des IAP se sont révélées d'une grande importance. Depuis 2015, de nouveaux IAP, ainsi qu'une nouvelle méthodologie de sélection des sites pour une représentativité à l'échelle nationale sont recommandés aux pays. En 2015 en effet, l'OMS a émis de nouvelles directives pour aider les programmes de traitement antirétroviral à minimiser l'émergence des résistances aux ARV qui peuvent être prévenues [6]. Les composantes de la stratégie proposées sont les suivantes :

- La surveillance des indicateurs d'alerte précoce (IAP) de la pharmacorésistance du VIH (HIVDR) ;
- La surveillance de la résistance prétraitement du VIH-1 chez les patients initiant un TARV ;
- La surveillance de la résistance transmise du VIH-1 (dans les populations récemment infectées par le VIH-1) ;
- La surveillance des résistances acquises du VIH-1 chez les patients adultes ayant reçu le traitement ARV depuis 12±3 mois ;
- La surveillance des résistances chez les enfants infectés âgés de <18 mois, en utilisant le papier buvard suivant le programme national de diagnostic précoce du VIH

Le présent travail a étudié les Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) de la pharmacorésistance du VIH. Les Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) de la pharmacorésistance du VIH sont définis comme des facteurs spécifiques du programme de TARV qui peuvent être associées à l'émergence de la pharmacorésistance du VIH au cours du traitement antirétroviral. Il s'agit d'une approche santé publique coût/efficace applicable en routine et ne nécessitant pas le recours au laboratoire.

L'OMS proposait aux pays un menu de huit Indicateurs d'Alerte Précoce (IAPs). Suite aux différentes revues effectuées dans différents pays, actuellement 05 indicateurs

sont proposés. Suivant la possibilité de les mettre en œuvre et suivant que la collecte s'adapte à l'environnement de travail et au système d'information existant dans les hôpitaux, chaque pays est sensé choisir un panel plus ou moins large d'indicateurs à surveiller. Au Togo, le PNLS-IST a retenu d'investiguer les 05 indicateurs recommandés.

## **2- BUT ET OBJECTIFS**

### **2.1 But**

Le but de l'évaluation en 2017 des IAP 2016 était de contribuer à réduire au minimum les risques d'émergence des résistances aux ARV évitables sur le territoire Togolais.

### **2.2- Objectif général de l'étude**

L'objectif général de l'étude était d'évaluer le fonctionnement du programme de TARV dans l'optique de la prévention de la survenue de la résistance aux ARV chez les PVVIH.

### **2.3- Objectifs spécifiques**

De façon spécifique, il s'agissait de :

- Mesurer sur 80 différents sites de prise en charge médicale des personnes sous TARV, des indicateurs d'alerte précoce de survenue des résistances aux ARV ;
- Déterminer les facteurs liés au programme et au comportement des PVVIH sous antirétroviraux en relation avec la fréquence des IAP ;
- Formuler des recommandations pour améliorer la gestion du programme et la qualité de suivi des PVVIH sous ARV au niveau de chaque site de prise en charge médicale.

## 3- MÉTHODOLOGIE

### 3.1 - Indicateurs d'alerte précoce (IAP) retenus

Sur la base des informations recueillies à travers les outils de suivi des patients disponibles (registre de traitement, registre de dispensations, fiche de gestion des stocks de médicaments, logiciels de suivi, etc.), les 05 indicateurs pertinents recommandés par l'OMS ont été étudiés. Il s'agit de :

**IAP 1** : *Retrait des médicaments dans les délais ;*

**IAP 2** : *Rétention sous TAR à 12 mois après l'initiation au traitement ;*

**IAP 3** : *Rupture de stocks de médicaments ;*

**IAP 4** : *Pratiques de prescription à l'initiation du traitement ARV.*

**IAP 5b** : *Suppression de la charge virale à 12 mois de TAR ;*

A ces 05 indicateurs sus mentionnés, le pays a retenu un sixième qu'il a jugé pertinent. Il s'agit de l'IAP5a :

**IAP5a** : *Couverture de réalisation des charges virales avec rendu des résultats ;*

Les différents indicateurs sont définis comme suit:

#### ***IAP1 : Retrait des médicaments dans les délais.***

Cet indicateur de type transversal renseigne sur le pourcentage des patients qui ont retiré leurs médicaments ARV avant, le jour même ou au plus 2 jours après la date fixée pour le rendez-vous après le retrait initial. Le seuil de la cible est le suivant :

Rouge	:	<80%;
Jaune	:	80–90%;
Vert	:	>90%.

#### ***IAP2 : Rétention sous TAR à 12 mois après l'initiation au traitement.***

Cet indicateur de type longitudinal évalue le pourcentage des patients encore vivants et sous TAR 12 mois après l'initiation du traitement. Le seuil de la cible est le suivant:

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

#### ***IAP3 : Rupture de stocks de médicaments***

Cet indicateur de type transversal renseigne sur le pourcentage de mois au cours d'une année donnée pendant lesquels aucune rupture de médicaments ARV n'a été observée. Le seuil de la cible est le suivant:

Rouge : >0% sur une période de 12 mois;  
Vert : 0% sur une période de 12 mois

#### ***IAP 4 : Les pratiques de prescription à l'initiation du traitement ARV***

Cet indicateur de type transversal est le pourcentage de patients débutant le TARV sur le site au cours de la période sélectionnée, à qui il a été prescrit un protocole conforme aux directives nationales lors de l'initiation du traitement ARV. Le seuil de la cible est fixé à 100%.

#### ***IAP 5a : Couverture de réalisation des charges virales avec rendu des résultats.***

Cet indicateur de type longitudinal renseigne sur le pourcentage de patients avec un résultat de charge virale à  $12 \pm 3$  mois disponible au niveau des sites de prise charge médicale, parmi ceux qui devraient avoir ce résultat selon les recommandations nationales. Le seuil de la cible est le suivant :

Rouge : < 70% des patients ayant une charge virale disponible à 12 mois ;  
Vert :  $\geq 70\%$  des patients ayant une charge virale disponible à 12 mois ;

#### ***IAP 5b : Suppression de la charge virale à 12 mois de TAR***

Cet indicateur de type transversal renseigne sur le pourcentage des patients qui ont une suppression de la charge virale (< 1000 copies/ml), parmi ceux pour lesquels la charge virale a été mesurée à  $12 \pm 3$  mois après initiation du TARV. Le seuil de la cible est le suivant :

Rouge : <75% de suppression charge virale à 12 mois de TAR ;  
Jaune : 75-90% de suppression charge virale à 12 mois de TAR ;  
Vert : >90% de suppression charge virale à 12 mois de TAR ;

### **3.2 - Echantillonnage**

#### **3.2.1. Critère de sélection des sites et d'inclusion des patients :**

##### ***Choix des sites et critères de sélection des patients***

La sélection des sites s'est faite par un échantillonnage stratifié à 3 variables :

- La région
- La localité (Urbaine/Rural) ;
- La *taille de la file active* (*Petite* lorsqu'elle était inférieure à la médiane globale des files actives des différents sites: 183 et *Grande* lorsqu'elle est supérieure à cette médiane).

La sélection des patients s'est faite de manière consécutive sur la période définie pour chacun des IAPs.

### 3.2.2 Taille des échantillons des sites

Dans un premier temps et compte tenu des ressources limitées, 80 sites de traitement ARV ont été sélectionnés parmi les 140 offrant le traitement ARV. Le choix des sites s'est fait par un sondage aléatoire de probabilité proportionnelle à la taille de chaque strate.

La taille des échantillons par site a été déterminée suivant les recommandations de l'OMS. Le tableau 1 suivant présente la répartition des sites sélectionnés :

Tableau 1: Sites retenus et tailles des échantillons par site

Régions	Districts	Nom des sites de PECM	Statut	Urbain/Rural	Effectif	Taille Echantillon
Lomé commune	D1	Polyclinique de Lomé	Public	Urbain	426	140
Lomé commune	D1	Centre de santé de Lomé	Public	Urbain	600	155
Lomé commune	D2	ONG Horizon nouvel	Associatif	Urbain	128	100
Lomé commune	D2	CMS Adakpamé	Public	Urbain	844	160
Lomé commune	D2	Cabinet Médical PED. "La Vie "	Privé	Urbain	131	100
Lomé commune	D2	Clinique LE CŒUR	Privé	Urbain	14	14
Lomé commune	D3	CRIPS	Associatif	Urbain	978	175
Lomé commune	D3	CS Amoutivé	Public	Urbain	263	120
Lomé commune	D3	Hôpital de Bè	Public	Urbain	2071	180
Lomé commune	D3	SA+	Associatif	Urbain	274	120
Lomé commune	D3	ACS	Associatif	Urbain	1402	175
Lomé commune	D3	CMS-Port	Public	Urbain	49	49
Lomé commune	D3	Clinique BARRUET	Privé	Urbain	83	75
Lomé commune	D3	Clinique Autel d'Elie	Privé	Urbain	60	60
Lomé commune	D4	CS de Kodjoviakopé	Public	Urbain	548	155
Lomé commune	D4	JADE POUR LA VIE	Associatif	Urbain	620	155
Lomé commune	D4	JMAH	Associatif	Urbain	259	120
Lomé commune	D4	Clinique Biassa	Privé	Urbain	16	16
Lomé commune	D5	MEDES	Associatif	Urbain	323	130
Lomé commune	D5	CMS Cacavéli	Public	Urbain	551	155
Lomé commune	D5	CHU SO	Public	Urbain	3788	200
Lomé commune	D5	Clinique Mawubedzro	Privé	Urbain	21	21
Lomé commune	D5	CHAL	Militaire	Urbain	817	160
Lomé commune	D5	AIDSS	Associatif	Urbain	286	110
Lomé commune	D2	PSAS	Associatif	Urbain	12	12
Lomé commune	D5	CLINIQUE_INT_DR_KODOM	Privé	Urbain	119	100
Maritime	Avé	CMS Kévé	Public	Rural	49	49
Maritime	Golfe	CMS Agoè	Public	Urbain	1273	275
Maritime	Golfe	CMS Adamavo	Public	Urbain	248	110
Maritime	Golfe	CMS Ste Joséphine Bakhita	Public	Urbain	612	155
Maritime	Golfe	Millénium Friends	Public	Urbain	339	130
Maritime	Lacs	CHP Aného	Public	Urbain	1673	180
Maritime	Lacs	CMS Aklakou	Public	Rural	132	100
Maritime	Bas-Mono	HOP St jean de Dieu d' Afagnan	Confessionnel	Urbain	575	155
Maritime	Vo	CHP Vogan	Public	Urbain	980	175
Maritime	Vo	CMS Anyronkopé	Confessionnel	Rural	108	100
Maritime	Vo	CMS SNPT Hahotoé	Privé	Rural	82	75
Maritime	Yoto	CHP Tabligbo	Public	Urbain	230	110
Maritime	Yoto	CMS Ahépé	Public	Rural	20	20

Régions	Districts	Nom des sites de PECM	Statut	Urbain/Rural	Effectif	Taille Echantillon
Maritime	Yoto	CMS Providence Kouvé	Confessionnel	Rural	1791	180
Maritime	Zio	AIDSS Tsévié	Associatif	Urbain	112	100
Maritime		ESPOIR_VIE_VUE		Urbain	387	135
Plateaux	Agou	HOP. Agou-Gare	Public	Urbain	271	120
Plateaux	Amou	CMS Santé et Vie/ATBEDC	Associatif	Rural	18	18
Plateaux	Amou	CMS Témédja	Public	Rural	50	50
Plateaux	Moyen-Mono	CHP Tohoun	Public	Urbain	137	100
Plateaux	Est-Mono	Polyclinique Elavagnon	Public	Urbain	123	100
Plateaux	Haho	CHP Notsè	Public	Urbain	504	145
Plateaux	Kloto	CHP Kpalimé	Public	Urbain	659	155
Plateaux	Kpélé	CMS Adéta	Public	Urbain	288	130
Plateaux	Ogou	Hop St Joseph Datcha	Confessionnel	Rural	10	10
Plateaux	Ogou	ONG AKARALE	Associatif	Urbain	101	75
Plateaux	Ogou	CREJE	Associatif	Urbain	114	100
Plateaux	Anié	CMS Anié	Public	Urbain	318	
Plateaux	Akébou	CMS Kougnohou	Public	Urbain	151	100
Plateaux	Wawa	CHP Badou	Public	Urbain	250	110
Centrale	Blitta	Hôpital de district de Blitta	Public	Urbain	173	100
Centrale	Blitta	CMS Agbandi	Public	Rural	33	33
Centrale	Sotouboua	CHP Sotouboua	Public	Urbain	404	140
Centrale	Sotouboua	CMS Adjengré	Public	Rural	72	72
Centrale	Tchamba	CHP Tchamba	Public	Urbain	108	75
Centrale	Tchaoudjo	CMS Bon Secours	Public	Urbain	231	110
Centrale	Tchaoudjo	USP Kolowaré	Confessionnel	Rural	486	145
Centrale	Tchaoudjo	Cabinet ESSOFA	Confessionnel	Urbain	106	75
Kara	Bassar	CHP Bassar	Public	Urbain	358	135
Kara	Binah	CMS Kétau	Public	Rural	123	100
Kara	Dankpen	Hôpital Guérin Kouka	Public	Rural	48	48
Kara	Doufelgou	CHP Niamtougou	Public	Urbain	213	110
Kara	Kéran	Hôpital du district de Kantè	Public	Urbain	127	100
Kara	Kozah	Polyclinique Kara	Public	Urbain	79	75
Kara	Kozah	CMA Kara	Public	Urbain	82	75
Kara	Kozah	AED-Lidaw	Associatif	Urbain	1024	175
Kara	Kozah	Hôpital Mère Enfant (SOS Kara)	Associatif	Urbain	78	75
Savanes	Tandjoaré	CHP Tandjoaré	Public	Urbain	41	41
Savanes	Tandjoaré	CMS Bombouaka	Public	Rural	12	12
Savanes	Tandjoaré	Code Utile Afrique	Associatif	Urbain	14	14
Savanes	Tône	Polyclinique de Dapaong	Public	Urbain	82	75
Savanes	Tône	CMA Niprouma	Militaire	Urbain	78	75
Savanes	Tône	VIVRE DANS L'ESPERANCE		Urbain	596	155
Savanes	Oti	HOPITAL_DE_MANGO		Urbain	141	100

### 3.2.3 Echantillonnage des patients

L'approche de sélection des patients dépendait des types d'IAP. La période d'observation pour chaque IAP était la même pour tous les sites. Il y avait un IAP longitudinal (l'IAP 2) et cinq IAP transversaux (les IAP 1, 3, 4, 5a et 5b).

**Pour l’IAP 1** : La procédure a consisté à indiquer un mois de référence (le mois de retrait de base, correspondant à un mois qui reflète au mieux la situation habituelle) qui était celui d’avril 2016 (26 Mars 2016 au 25 Avril 2016 inclus). Ensuite nous avons enregistré le nombre de patients ayant pris le traitement au cours de ce mois et la date du prochain retrait (retrait 1). Nous avons renseigné le cas échéant, la date de transfert dans un autre site ou la date de décès, la date d’arrêt de traitement sans reprise après le mois de retrait de référence

**L’IAP 2 (cohorte rétrospective IAP 2)** mesurait les facteurs liés aux comportements des patients de la cohorte, qui restaient sous traitement 12 mois après l’initiation du traitement. La durée d’observation pour chaque cohorte mensuelle était de 12 mois. Notre cohorte était constituée des malades qui ont initié le traitement en 2015.

Le point de départ de l’observation de chaque patient était la date d’initiation de son traitement. Il était alors observé pendant les 12 mois suivant le jour d’initiation de son traitement. Tous les patients qui ont débuté leur traitement en 2015 ont été inclus à l’exemple des patients de l’illustration ci-dessous des patients ayant commencé leur traitement aux mois 1, 2 et 3. Suivant les orientations de l’OMS, la taille de l’échantillon est calculée en fonction du nombre de nouveaux patients mis sous traitement ARV au cours des années précédentes. Pour les patients absents aux 03 derniers mois d’observation, une recherche était effectuée les 03 mois suivants (rouge) pour confirmer leur caractère « Perdu de vue ».

Mois 1	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	Mois 6	Mois 7	Mois 8	Mois 9	Mois 10	Mois 11	Mois 12	Mois 13	Mois 14	Mois 15
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

**Cohorte**

**Période maximum d'observation pour les patients recrutés au mois 1**

**Période maximum d'observation pour les patients recrutés au mois 2**

**Période maximum d'observation pour les patients recrutés au mois 3**

**Les IAP transversaux 3, 4 et 5a** explorent les facteurs liés aux sites.

**Pour l'IAP 3**, il s'agissait de déterminer le pourcentage de mois sans rupture de stocks dans chaque FOSA enquêtée au cours de l'année 2016.

**Pour l'IAP 4** : l'observation des pratiques de prescription à l'initiation du traitement ARV nous avons étudié la même cohorte que celle de l'IAP 2

**Pour l'IAP 5a**, il s'agissait pour cet IAP de déterminer le pourcentage de patients qui à 12 mois de traitement, ont une charge virale <1000 copies. Ils étaient déduits des patients de la cohorte de l'IAP 2.

**Remarque :**

- La même cohorte permettait d'extraire les IAP 2, 4, 5a et 5b ;
- Les patients de l'IAP 5 sont ceux de l'IAP 2 qui ont effectués une charge virale à 12± 3 mois ;
- Tous les patients de l'IAP 1 sont les patients ayant retiré un traitement antirétroviral au mois de référence, avril 2016 (anciens et nouveaux) ;
- Toutes les molécules antirétrovirales utilisées dans la structure pendant chacun des 12 mois sélectionnés étaient concernés par l'IAP 3.

### **3.3- Procédures**

Un guide de collecte sous forme d'un manuel permettait aux agents de la collecte et aux superviseurs de maîtriser la procédure à suivre et la conduite à tenir sur le terrain. Il permettait également aux agents de collecte préalablement formés d'avoir la même compréhension des différents items. C'était le document de référence des agents de collecte et des superviseurs. Quant aux outils de collecte, les fichiers Excel élaborés par l'OMS et émis en 2014 ont été utilisés. Les agents de collecte et les superviseurs ont été formés à cet effet sur ces différents outils. Les protocoles identifiaient bien les IAP pour lesquels les données étaient collectées.

#### **3.3.1- Formation des agents de collecte de données**

Le personnel de collecte a été identifié parmi le personnel intervenant dans la lutte contre le VIH au Togo. Après cette identification, ils ont suivi une formation dans le but de se familiariser aux objectifs de l'étude et aux outils d'extraction des données relatives aux différents IAP.

### 3.3.2- Collecte des données

Les sites de prise en charge médicale étaient les lieux choisis pour la collecte de données. Cette collecte consistait à l'extraction des données pour mesurer les différents IAP retenus. Les agents de collecte étaient répartis dans les 6 régions sanitaires, après leur formation, pour la sélection des dossiers des PVVIH sous TARV et l'extraction des données relatives aux différents IAP.

### 3.3.3- Supervision de l'extraction des données

Pour se rassurer de la qualité des données collectées, des équipes de supervision ont fait le tour des 6 régions sanitaires pour le contrôle qualité des données collectées par les agents de collecte.

Les superviseurs étaient chargés de superviser et valider la collecte des données dans les sites retenus dans leurs régions. Ils faisaient des descentes sur chacun des sites au cours de l'extraction par les enquêteurs, afin de vérifier la qualité des données collectées et contrôler l'extraction des données dans les outils primaires (registres, dossiers des patients, fiches de stock, ...) et le remplissage des outils Excel de l'OMS. Ils faisaient un feedback immédiat aux équipes d'extraction des données.

Pour tous les IAP, la validation des données se faisait selon une méthode aléatoire simple sur un échantillon correspondant à 10% de la taille d'échantillon retenue pour le site. Après l'extraction, les données étaient validées avant d'être saisies dans les outils électroniques. Le superviseur utilisait l'outil de vérification approprié pour collecter les mêmes données, puis les comparaient à celles correspondant aux 10% des patients identifiés pour la validation. S'il y avait **au moins une discordance** pour un IAP donné, les données étaient invalidées pour cet IAP et l'extraction était reprise dans le site pour cet IAP.

### 3.3.4- Saisie, analyse des données et rédaction du rapport

Le programme « Excel » développé par l'OMS a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données. Les données collectées ont été traitées et analysées. Les données saisies ont été apurées et tabulées pour la rédaction du présent rapport de l'étude.

### **3.3.5- Validation du rapport d'étude**

Le rapport élaboré a été validé lors d'un atelier à Lomé le 30 août 2017. Les amendements issus de cet atelier ont été intégrés dans le rapport final imprimé pour diffusion.

### **3.3.6- Limites de l'étude**

L'évaluation menée présente quelques limites à prendre en compte pour une exploitation optimale des résultats obtenus. La taille de l'échantillon dans chaque site suivant la méthodologie OMS utilisée est fonction de l'enrôlement des patients au TARV. Les enrôlements au TARV n'étant pas importants nous avons dans chaque site effectué un recrutement consécutif et exhaustif. Le très faible taux de réalisation de la charge virale ne permet pas dans l'analyse de faire des conclusions sur la base des résultats quantitatifs. Toutefois les signaux de couleurs ayant un caractère qualitatif gardent toute leur valeur d'alerte précoce.

## **4- RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION 2016 DES IAP**

### **4.1 Description des sites de l'étude**

Quatre-vingts sites ont été sélectionnés de manière aléatoire suivant leur poids dans les six régions : La Commune de Lomé (26), Maritime (16), Plateaux (14), Centrale (08), Kara (09), Savane (07), dont 64 sites urbains et 16 ruraux. On dénombre 07 formations sanitaires privées, 02 hôpitaux militaires, 15 associatives, 06 confessionnelles et 50 formations sanitaires publiques. Deux sites avaient été choisis en zone centrale, 9 en zone intermédiaire et 67 sites en périphérie. Sur les 80 sites 67 prenaient en charge des patients de 2<sup>ième</sup> ligne, et 9 sites seulement prenaient en charge les patients de 3<sup>ième</sup> ligne. La taille des files actives en 2016 étaient très disparates, comprises entre 10 patients (Hop St Joseph Datcha ; site confessionnel, région plateaux) et 3788 (au CHU Sylvanus Olympio de Lomé commune). Le poids du secteur associatif était de 24% (6683/27685) patients contre 4% (1032/27685) pour le secteur privé, 14% (3841/27685) pour le secteur confessionnel et enfin 58% (16129/27685) pour le secteur public.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des sites selon, la région, la zone de résidence, la fila active, le type de structure, la pyramide sanitaire et le lieu de localisation.

Tableau 2: de présentation des effectifs

Caractéristiques		Effectifs	Pourcentage
Région	Savane	7	8,8
	Centrale	8	10,0
	Kara	9	11,3
	Plateaux	14	17,5
	Maritime	16	20,0
	Lomé Commune	26	32,5
Zone	Urbaine	63	80
	Rural	15	20
File active	Grande file active >1000	9	12,5
	File active moyenne (100<F<1000)	39	54,2
	Petite file active (<100)	24	33,3
Type de structure	Associatif	17	23,9
	Confessionnel	7	9,9
	Privée	10	14,1
	Publique	37	46,3
Pyramide sanitaire	Central	2	2,6
	intermédiaire	9	11,5
	Périphérique	67	83,8
Lieu de collecte	Hors site	6	7,7
	Sur-site	72	92,3

#### 4.2. Niveau général des IAP dans les 80 sites sélectionnés

Le tableau ci-dessous nous montre que sur le plan national, les sites de prise en charge des PvVIH sélectionnés et représentatifs du pays réalisent de mauvaises performances pour la prévention de la pharmaco-résistance du VIH sur certains indicateurs notamment en ce qui concerne :

- L'IAP 1 « **Retrait des médicaments ARV dans les délais** », seulement 67% (N=8160) des patients retirent leurs médicaments ARV dans un délai ≤ à 2 jours après la date prévue du premier retrait, Les sites les moins performant ont été observés dans les Régions des Plateaux (51%) de la Savane (64%) et la région Centrale (66%) ceux les plus performants dans les Régions Maritime (79%), dans celle de Kara (73%) et Lomé Commune (70%).
- l'IAP 3 sur la « **Rupture de stock de médicaments** » était aussi au signal rouge sur le plan national. Dans toutes les régions, on a dénombré des sites qui ont connu des mois avec rupture de stock. Concernant les sites, seuls 62 sites sur les 80 sélectionnés ont eu comme recommandé un score vert (0%) c'est-à-dire aucun mois avec rupture de stock en médicaments ARV durant l'année

2016. Le nombre de sites présentant des ruptures allait de 58% dans la région des Savanes, à 100% dans la région Lomé Commune et à 51% dans la région des Plateaux. Sur les 18 sites ayant présenté des ruptures la majorité était des sites publics 33,3% (6/18), suivis des sites associatifs 28% (5/18) ensuite des sites privés 5,6%(1/18) et confessionnels 16,7%(3/18).

Tous les autres IAP excepté la couverture de l'examen de charge virale sont au signal Vert, qui suppose une bonne performance. En effet :

- Pour ce qui est de l'IAP 2 « **Rétention des malades 12 mois après l'initiation** », la performance est excellente. Le résultat obtenu sur le plan global est de 91 % (3429/3767) le seuil requis suivant les normes OMS, ratio de malades présents au TARV après 12 mois de traitement étant >85%. Par ailleurs toutes les régions ont des résultats au-delà de ce seuil. Il est important de noter toutefois que les sites suivants MAWUBDZERO (19%), le CMS de Bombouaka (50%) méritent une attention particulière.
- Concernant l'IAP4 qui investigate les pratiques de prescription à l'initiation du traitement ARV, il a été observé que tous les malades ont reçu un protocole de traitement conforme aux directives nationales lors de l'initiation du traitement ARV. Le seuil de la cible était fixé à 100%.
- Pour l'IAP 5a, le pourcentage des patients qui ont une suppression de la charge virale (< 1000 copies/ml), parmi ceux pour lesquels la charge virale a été mesurée à 12 ± 3 mois après initiation du TARV, le score national était aussi de 91% (163/178). Le seuil de la cible était fixé >90% de suppression de charge virale à 12 mois de TARV. Le résultat a été atteint.
- L'IAP 5b mesure le pourcentage de patients avec un résultat de charge virale à 12 ± 3 mois disponible au niveau des sites de prise en charge médicale, parmi ceux qui devaient avoir ce résultat selon les recommandations nationales. Le seuil fixé était > 70% des patients ayant une charge virale disponible à 12 mois ; seulement 5,2% (178/3429) des PVVIH ont eu accès à l'examen de la charge virale.

Le tableau 3 suivant présente le niveau d'atteinte général des indicateurs sur le plan national.

Tableau 3: Niveau général des indicateurs sur le plan national

<b>Pays :</b>	<b>TOGO</b>	
<b>Date d'extraction</b>	<b>2017</b>	
<b>MALADES ADULTES</b>		
<b>IAP 1</b>	<b>Retrait des médicaments dans les délais</b> <i>(Mois de référence : file active de Avril 2016)</i>	<b>67%, Rouge</b> <b>(&lt;85%)</b>
<b>IAP 2</b>	<b>Rétention à 12 mois de traitement ARV</b> <i>(période d'observation : janvier 2016-décembre 2016)</i>	<b>91% Vert</b> <b>(&gt;85%)</b>
<b>IAP 3</b>	<b>Ruptures de stock de médicaments</b> <i>(période d'observation : janvier 2016-décembre 2016)</i>	<b>Rouge</b> <b>(&lt;100% de mois sans ruptures)</b>
<b>IAP 4</b>	<b>Bonnes pratiques de prescription</b> <i>(cohorte de l'IAP 2)</i>	<b>0% Vert</b> <b>(=100% conforme aux normes nationales)</b>
<b>IAP 5a</b>	<b>Suppression de la charge virale à 12 mois de TARV</b> <i>(cohorte de l'IAP 2)</i>	<b>91% Vert</b> <b>(&gt;90%)</b>
<b>IAP 5b</b>	<b>Couverture de réalisation de la charge virale avec rendu des résultats</b> <i>(cohorte de l'IAP 2)</i>	<b>5,2% Rouge</b> <b>(&lt;70% de couverture)</b>

Une analyse plus détaillée par indicateur est faite dans les lignes qui suivent pour mieux étayer ces résultats.

**L'évaluation de l'IAP 1** nous a permis de relever que seule la région Maritime avait un niveau acceptable sur les six régions sanitaires que compte le Togo (score jaune : 79%). Au plan national ; aucune région n'a atteint le score vert de bonnes performances qui est de 85% de retrait de médicaments dans le délai requis.

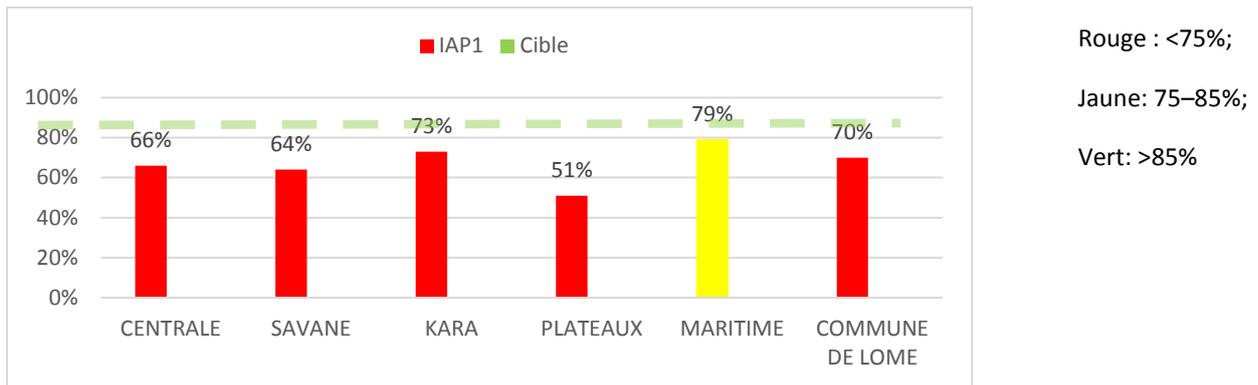


Figure 1: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, 6 régions du Togo

**L’IAP 2, la « Rétention à 12 mois de TARV »,** toutes les régions ont atteint et dépassé le score minimal qui est de 85%. De l’avis des acteurs, cela serait attribuable en grande partie au soutien accordé par les bailleurs de fonds dans la lutte contre la pandémie qui a permis l’amélioration des conditions de prise en charge des PVIH.

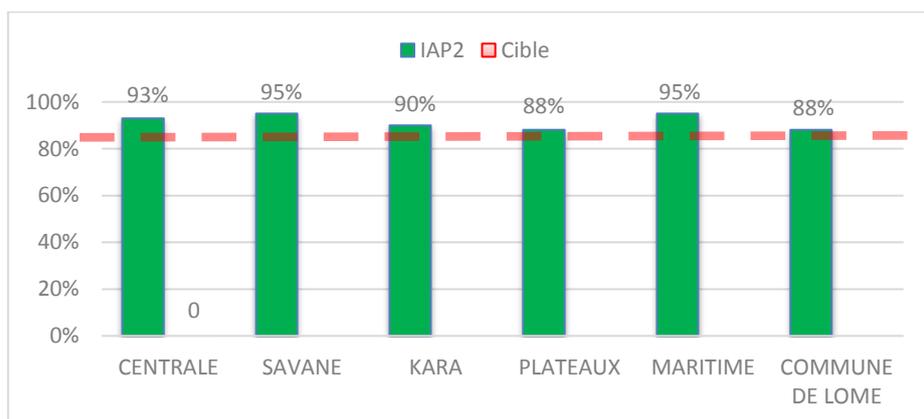


Figure 2: Taux de rétention des patients sous ARV au 12<sup>e</sup> mois de traitement parmi les patients recrutés (IAP2) dans les 6 régions du Togo

**L’IAP 3, le score de les sites ayant connu 100% de mois sans rupture de stock ARV (IAP 3),** n’est pas bon. Aucune région n’a atteint le score requis. On remarque tout de même dans toutes les régions des sites ayant atteint l’objectif. Il faut noter que le switch de DUOVIR-N par TDF/3TC/EFV pourrait aussi influencer ce résultat.

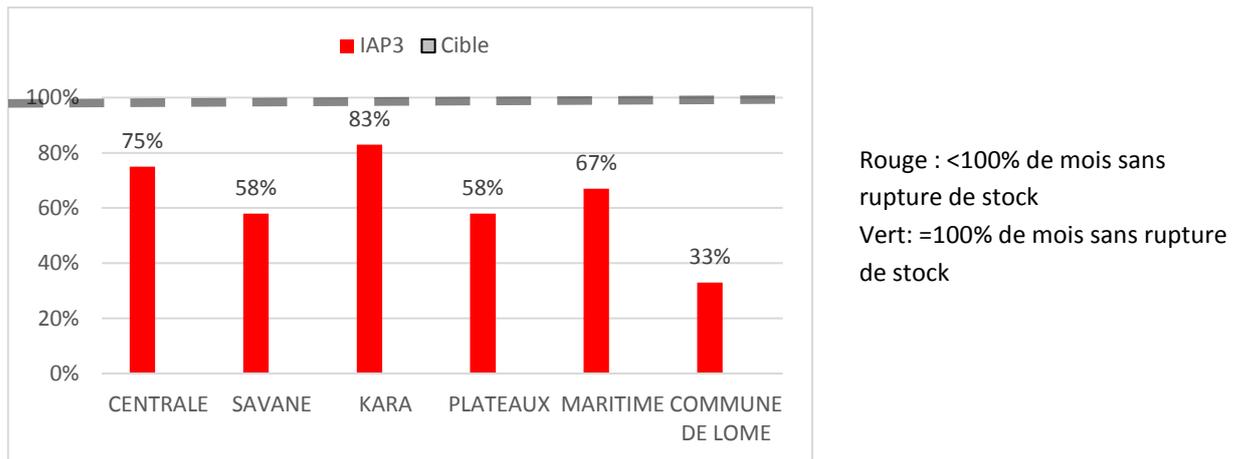


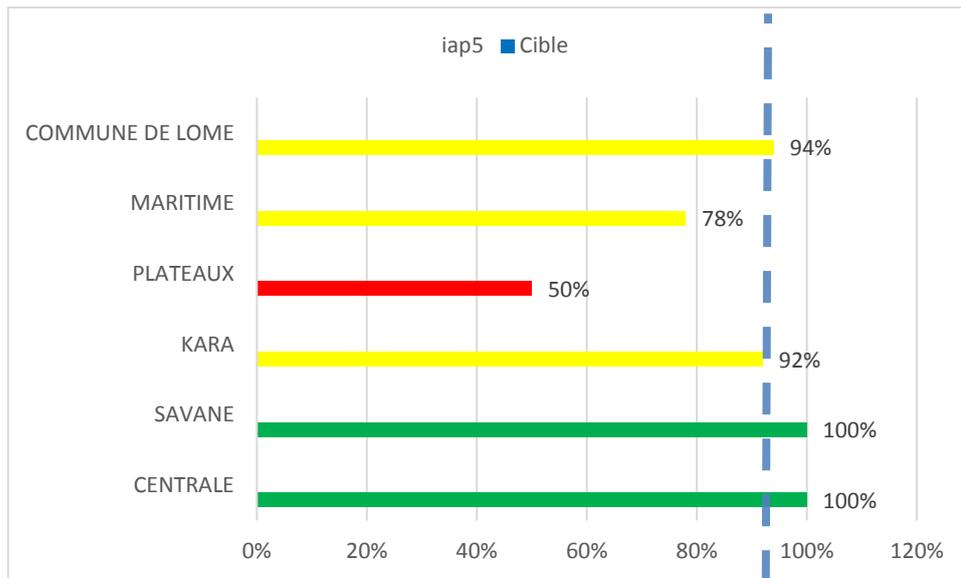
Figure 3: Rupture de stock en médicaments ARV dans les 6 régions du Togo (IAP3)

Le score était zéro, en effet vue l'exigence de cet indicateur avec un objectif fixé à 100% et un caractère binaire Oui/Non pour l'interprétation, le fait qu'au moins un site d'une région soit à 0% avait un effet inducteur sur le score de toute la région.

**En ce qui concerne l'IAP 4**, les bonnes pratiques de prescription, sur les 80 sites ayant répondu au questionnaire administré auprès des coordonnateurs des centres de traitement ambulatoire (CTA), il ressort que 92,5% d'entre eux avaient adoptés de bonnes pratiques en matière de prescription ARV.

**S'agissant de l'IAP5**, sur les 80 sites visités, seuls 26 prescrivaient l'examen de charge virale et parmi ces sites un seul n'avait pas atteint le seuil de 70% de patients avec résultats de charge virale disponible à 12 mois. On a relevé surtout que :

- Sur le plan national, dans les sites visités, seulement 178 mesures de charge virale ont été effectuées après initiation au TARV. L'inaccessibilité financière était la principale explication au faible taux de réalisation de cet examen,
- La majorité des sites visités ont déclaré avoir prescrit cet examen pour diverses raisons, parmi lesquelles les signes d'échec thérapeutique (échec clinique et/ou échec immunologique), suivi de l'adhérence des patients au TARV.



Rouge : <80%;  
Jaune: 80–95%;  
Vert: >95%

Figure 4: Suppression de la charge virale à 12 mois de dans les 6 régions du Togo (IAP5)

Le tableau n°5 ci-dessous présente les résultats pour l'IAP5. Compte tenu du peu de sites qui ont des données sur la charge virale, les résultats sont directement présentés pour chacun de ces sites. Les faibles fréquences ne permettent pas une analyse approfondie. Elles mettent toutefois en relief des patients à rechercher et à surveiller particulièrement compte tenu du constat de leur échec thérapeutique.

Tableau 4: Suppression de la charge virale à 12 mois de TARV (IAP 5) dans les 6 régions du Togo (seuil acceptable =75%)

REGIONS	Sites	Suppression de la CV à 12mois (Numérateur)	Suppression de la CV à 12mois (Dénominateur)	Score de l'IAP5 (seuil 75%)
<b>SAVANE</b>	CHP MANGO	1	1	100%
<b>CENTRALE</b>	CHP TCHAMBA	2	2	100%
	CHP KANTE	4	5	80%
<b>KARA</b>	CHP DOUFELGOU	1	1	100%
	AED LIDAW	23	25	92%
	CMA KARA	6	6	100%
<b>PLATEAU</b>	CHP KPALIME	1	2	50%
	CMS AKLAKOU	1	1	100%
<b>MARITIME</b>	CHP ANEHO	3	4	75%
	E2V	3	4	75%
	POLYCLINIQUE DE LOME	6	6	100%
	JMAH	1	1	100%
	JADE POUR LA VIE	5	5	100%
	CHAL	5	5	100%
<b>LOME TOGO</b>	CS KODJOVIAKOPE	5	6	83%
	CLINIQUE BARRUET	0	1	0%
	ACS	7	8	86%
	CHU SO	16	17	94%
	CACAVELI	1	1	100%

REGIONS	Sites	Suppression de la CV à 12mois (Numérateur)	Suppression de la CV à 12mois (Dénominateur)	Score de l'IAP5 (seuil 75%)
	SA+	4	4	100%
	AIDSS	6	8	75%
	HORIZON NOUVEL	2	2	100%
	CS AMOUTIVE	5	5	100%
	CRIPS	3	3	100%
	CMS ADAKPAME	12	12	100%
	CENTRE DE SANTE DE LOME	6	6	100%

### 4.3. Niveau des indicateurs par site et par région

Au niveau des sites de prise en charge l'analyse ne s'est pas étendue sur la pratique des prescriptions qui en totalité était correcte et sur la couverture ou la suppression de la charge virale dont les effectifs ne peuvent pas permettre d'effectuer des analyses consistantes.

#### Régions des Savanes :

Le tableau ci-dessous présente le niveau d'atteinte général des indicateurs d'alerte précoce dans la région des Savanes.

Tableau 5: Niveau général des indicateurs des Savane

Région : REGIONS DES SAVANES		
IAP 1	Retrait des médicaments dans les délais	Rouge
IAP 2	Rétention à 12 mois de traitement ARV	Vert
IAP 3	Ruptures de stock de médicaments	Rouge
IAP 4	Bonnes pratiques de prescription	Rouge
IAP 5	Suppression de la charge virale	Vert

La performance régionale de l'IAP 1 « **Retrait des médicaments ARV dans les délais** » était de 64% (fig.5). Dans le détail, presque tous les sites étaient au signal rouge pour cet indicateur. Le meilleur score était celui réalisé par l'ONG Code Utile (100%, fig.5). Les autres sites, CHP Mango, Association Vie, CMA NIOUKPOURMA, CMS Bombouaka, Hôpital Tanjoaré, Polyclinique DAPAONG, présentaient respectivement des scores de 58%, 72%, 61%, 20%, 47% et 57% signalant ainsi que le niveau d'adhérence au TARV chez les patients reste encore faible dans cette région.

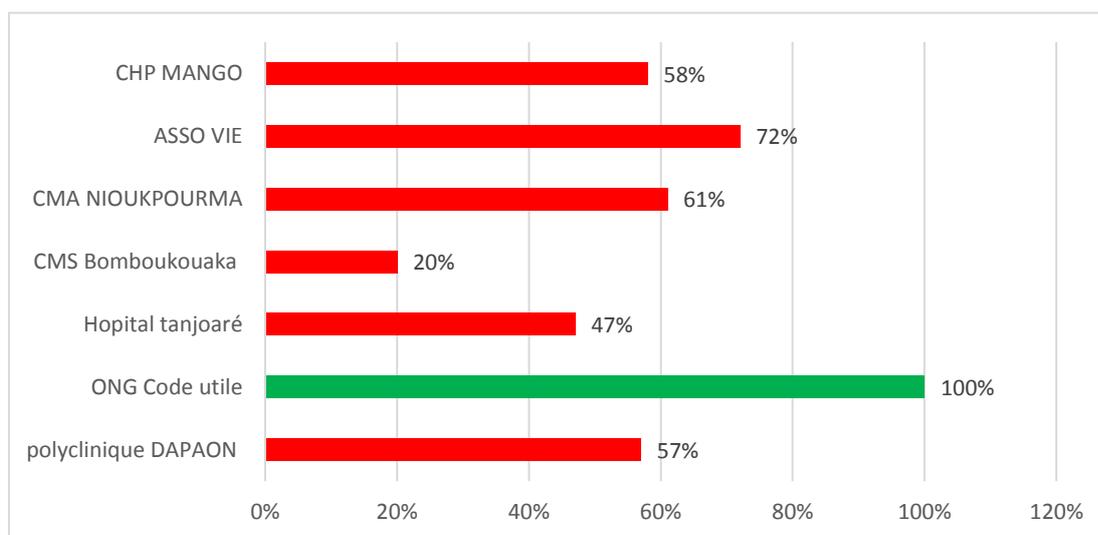


Figure 5: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, 7 sites enquêtés dans la savane (Rouge : <80%; Jaune: 80–90%; Vert: >90%)

La performance régionale de l'IAP 2 « **Rétention sous TARV à 12 mois de traitement** » était de 95% (fig.6). Quatre sites sur les 7 sites que compte la région de la Savane étaient au vert, il s'agissait de l'ONG code Utile, de l'Hôpital de Tanjoaré, de l'Association Vie et de CHP Mango qui avaient respectivement 100%, 100%, 93% et 96%. Seul le site CMS Bombouaka était en rouge avec un score de 50%

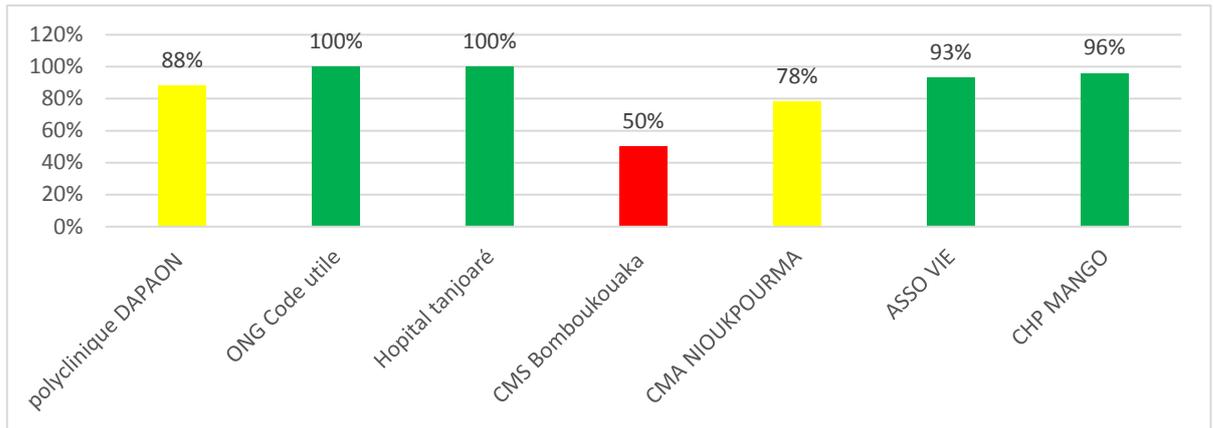


Figure 6: Taux de rétention des patients sous ARV au 12<sup>e</sup> mois de traitement parmi les patients recrutés dans les 7 sites enquêtés dans la Savane (Rouge : <75%; Jaune: 75–90%; Vert: >90%)

Une action devrait être menée pour comprendre cette faible rétention des malades à Bombouaka afin d'y prendre des mesures correctrices.

Concernant l'IAP 3 « **Rupture de stocks en médicaments** », le score régional était rouge compte tenu du caractère exigeant de cet indicateur toutefois tous les sites sélectionnés dans cette région étaient au vert pour cet IAP et chacun avait un score de 100%, sauf le CHP Mango qui avait un score faible de 58%.

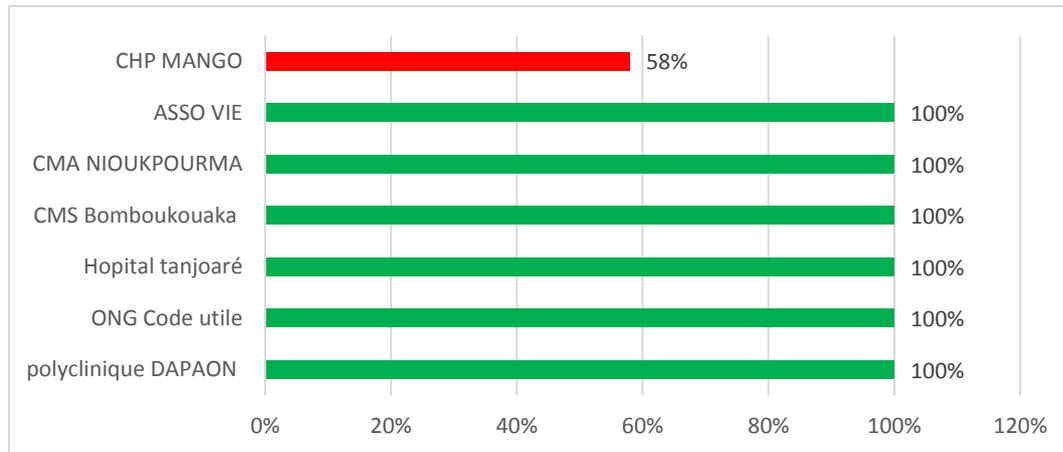


Figure 7: Rupture de stock en médicaments ARV dans la savane (Rouge : <100%; Vert: =100% de mois sans rupture de stock)

### Région Centrale :

Le tableau ci-dessous présente le niveau d'atteinte général des indicateurs d'alerte précoce dans la région Centrale.

Tableau 6: Niveau général des indicateurs Centrale

Région :		REGION CENTRALE
IAP 1	Retrait des médicaments dans les délais	Rouge
IAP 2	Rétention à 12 mois de traitement ARV	Vert
IAP 3	Ruptures de stock de médicaments	Rouge
IAP 4	Bonnes pratiques de prescription	Vert
IAP 5	Suppression de la charge virale	Vert

Pour l'IAP 1, la région Centrale avait réalisé un score insuffisant de 66% de patients qui ont retirés leurs médicaments ARV dans les délais (fig.7).

De façon détaillée, sur les 08 sites enquêtés dans la région Centrale, seuls le CMS KOLOWARE et le CHP TCHAMBA ont obtenu un bon score (respectivement 93% et 98% des patients retiraient leurs médicaments ARV dans les délais). Les autres étaient rouges avec des scores compris entre 46% et 77%.

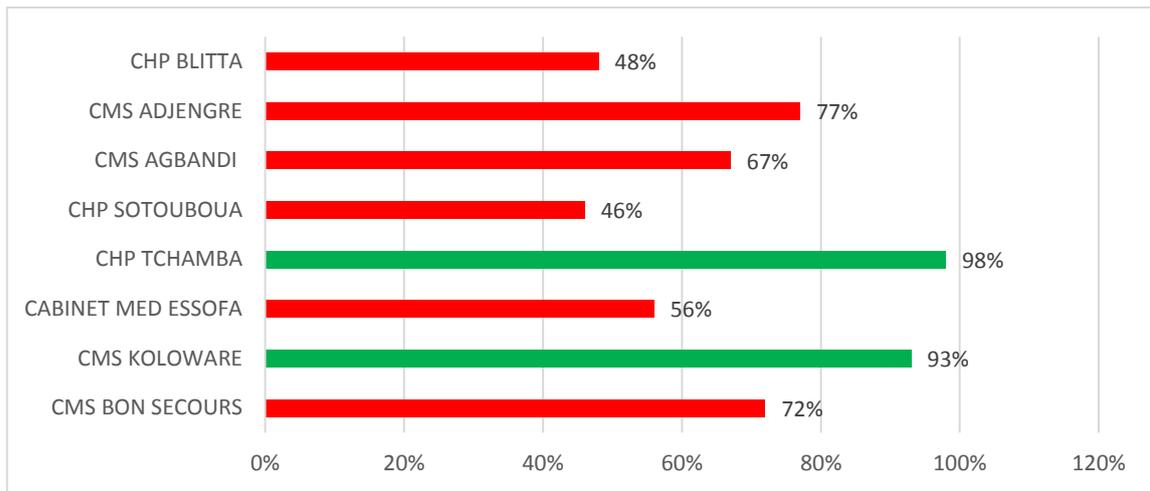


Figure 8: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais dans la région Centrale (Rouge : <80%; Jaune: 80–90%; Vert: >90%)

En ce qui concerne l'IAP 2 dans la région Centrale, la performance régionale était bonne avec un score régional de 93% de rétention des patients sous TARV à 12 mois (fig.9). Les performances acceptables de la région ont été réalisées par le Cabinet Médical ESSOFA, de CHP TCHAMBA et de CHP BILITTA avec respectivement 100%, 93% et 96% de score (score vert : >90%) et seul le CMS KOLOWARE était rouge avec un score inférieur à 75%, le reste des sites sont jaune (score jaune : 80%).

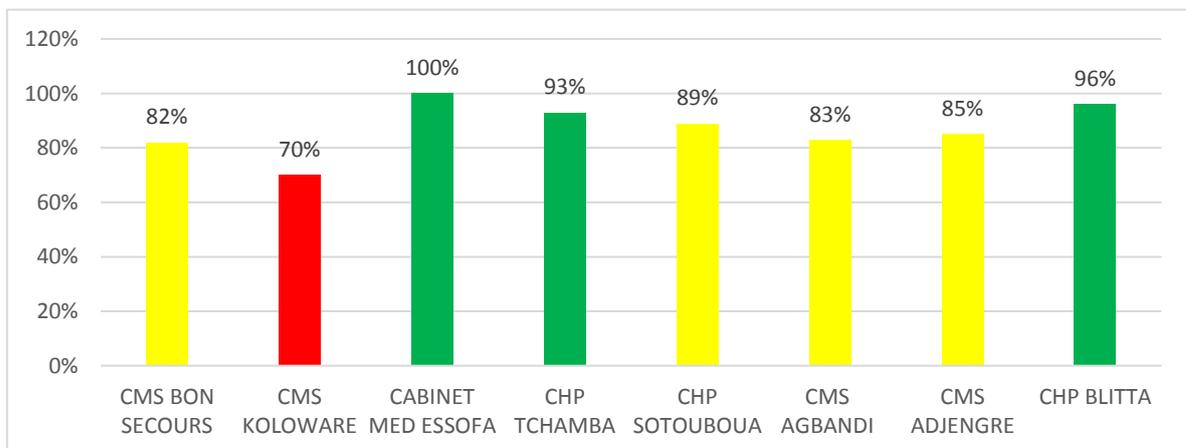


Figure 9: Taux de rétention des patients sous ARV au 12<sup>e</sup> mois de traitement parmi les patients recrutés dans les sites de la région Centrale (Rouge : <75%; Jaune: 75–90%; Vert: >90%)

Concernant l'IAP 3 « **Rupture de stocks en médicaments** », le score régional était de 75% de mois sans rupture de stock. Cette performance reste à améliorer. Tous les sites sélectionnés dans cette région étaient au vert pour cet IAP et chacun avait un score de 100%, sauf le CHP TCHAMBA et CHP BLITTA qui avait respectivement un score de 83% et 92%.

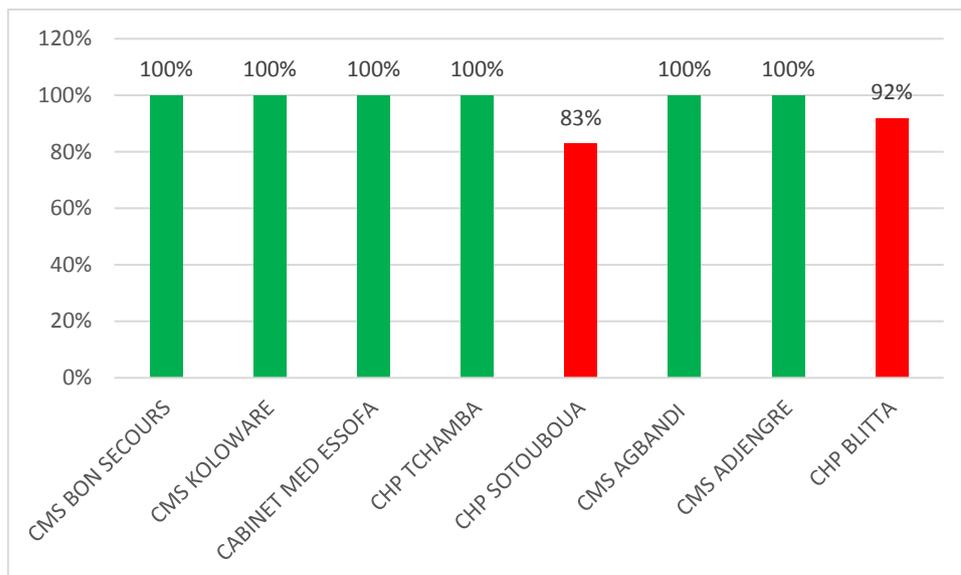


Figure 10: Rupture de stock en médicaments ARV dans la région Centrale (Rouge : <100%; Vert : =100% de mois sans rupture de stock)

### Région de KARA :

Le tableau ci-dessous présente le niveau d'atteinte général des indicateurs d'alerte précoce dans la région de Kara.

Tableau 7: Niveau général des indicateurs Kara

Site:		REGION DE KARA
IAP 1	Retrait des médicaments dans les délais	Rouge
IAP 2	Rétention à 12 mois de traitement ARV	Vert
IAP 3	Ruptures de stock de médicaments	Rouge
IAP 4	Bonnes pratiques de prescription	Rouge
IAP 5	Suppression de la charge virale	Vert

Dans cette région, on a enregistré des performances assez bonnes avec un score régional de 73% à l'IAP 1 mais sur les 9 sites d'enquête, seul la Polyclinique KARA qui avait un score de 84% en jaune. Le reste des sites enquêtés réalisent des faibles scores qui varient entre 34% au CHP Kantè à 73% à l'AED LIDAW.

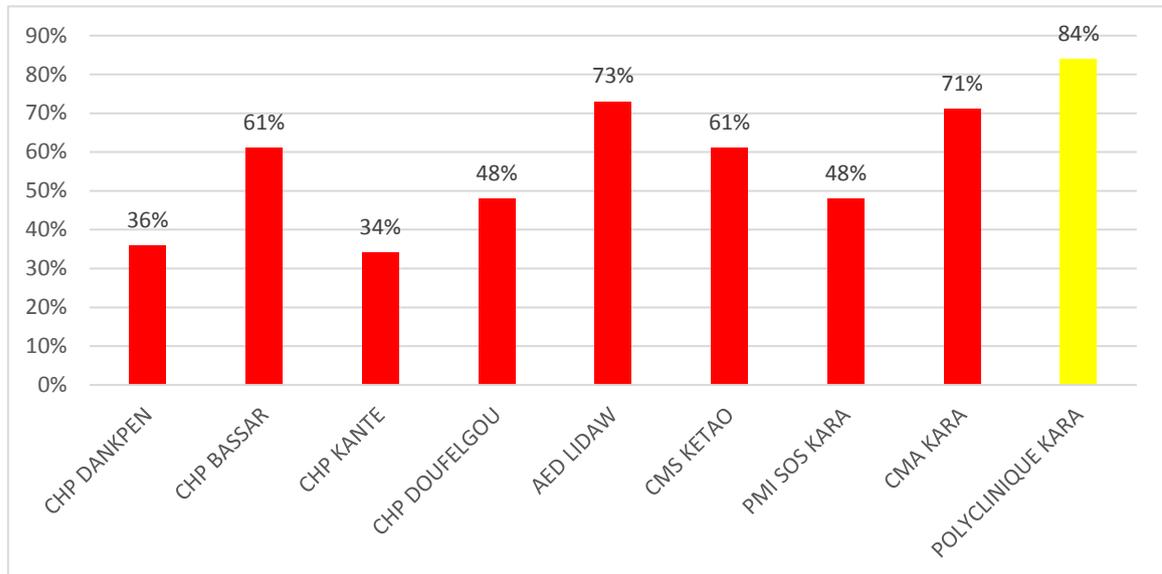


Figure 11: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, 10 sites enquêtés à Kara (Rouge : <80%; Jaune: 80–90%; Vert: >90%)

Concernant l'IAP2, le score régional était de 90% au vert (fig.12). Quatre sites ont réalisé de bonnes performances : le PMI SOS Kara, la Polyclinique KARA, le CMA de KARA et l'AED Lidaw. Malgré ce bon score régional, il est important de signaler que 02 sites d'enquête sont au signal rouge.

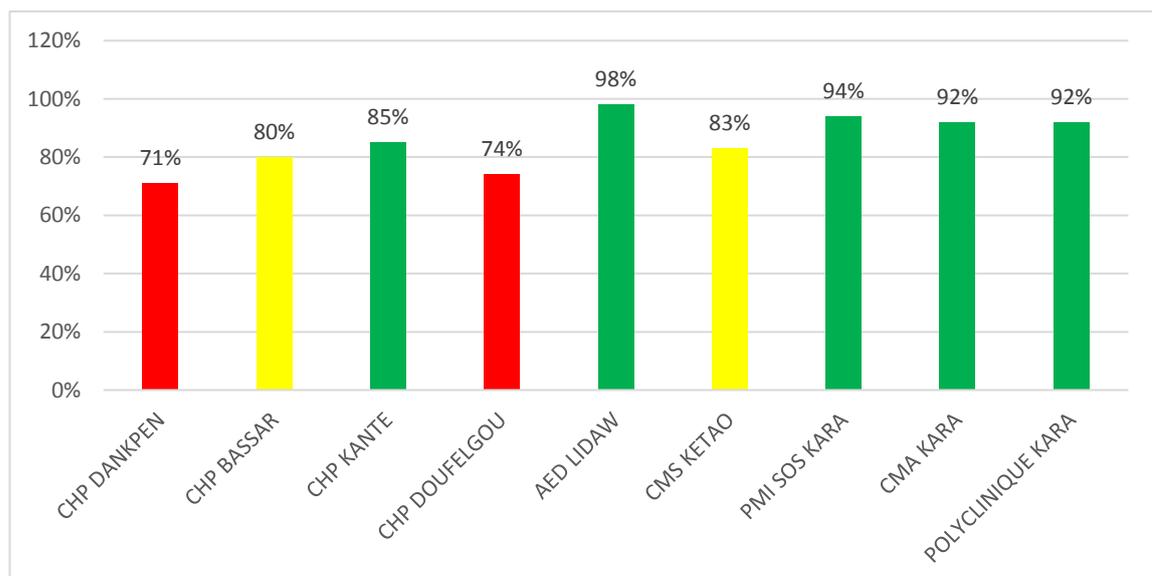


Figure 12: Taux de rétention des patients sous ARV au 12<sup>e</sup> mois de traitement parmi les patients recrutés dans les 10 sites enquêtés à KARA (Rouge : <75%; Jaune: 75–85%; Vert: >85%)

Pour l'IAP 3 à Kara, le score régional était de 83% en environs 10 mois sur 12 au cours de l'année sans rupture de stock en ARV. Dans le détail, excepté les sites et Polyclinique qui enregistre un score de 83%, tous les autres sites n'ont pas connu de rupture pendant la période.

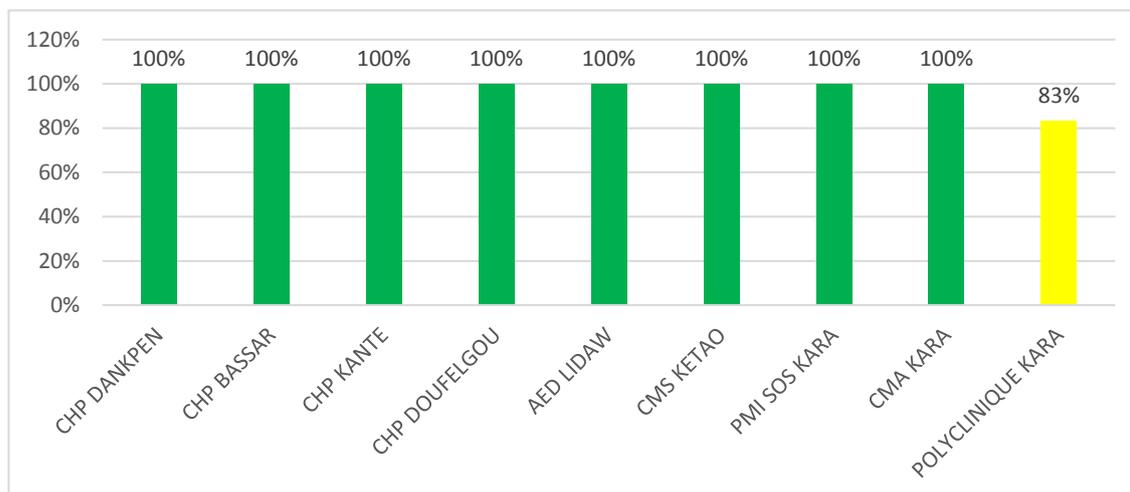


Figure 13: Rupture de stock en médicaments ARV dans la région de Kara (seuil acceptable =100%)

### Région des Plateaux :

Le tableau ci-dessous présente le niveau d'atteinte général des indicateurs d'alerte précoce dans la région des Plateaux.

Tableau 8: Niveau général des indicateurs Plateau

Site: REGION DES PLATEAUX		
IAP 1	Retrait des médicaments dans les délais	Red
IAP 2	Rétention à 12 mois de traitement ARV	Green
IAP 3	Ruptures de stock de médicaments	Red
IAP 4	Bonnes pratiques de prescription	Green
IAP 5	Suppression de la charge virale	Red

Cette région a présenté les résultats les moins bons sur le plan national avec une mauvaise performance pour l'IAP 1 : 51% de patients qui retiraient les médicaments ARV dans les délais (fig.14). Un seul site, le CMS santé et Vie avait dépassé le seuil avec un bon score (94%). Pour le reste des sites de la région les performances étaient relativement mauvaises comprises entre 19% et 76% toutes en rouge.

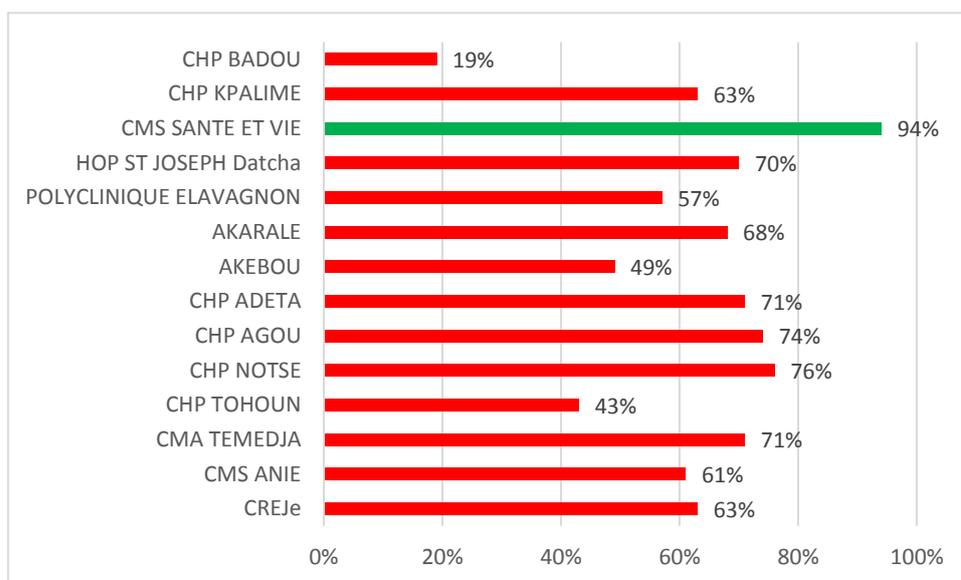


Figure 14: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, 14 sites enquêtés au Plateau (Rouge : <80%; Jaune: 80–90%; Vert: >90%)

Pour ce qui est de l'IAP 2, le score régional n'était pas excellent (88%, fig.15). 7 sur 13 sites enquêtés ont un score vert variant entre 98% à 100% et les 6 autres sites ont des scores jaunes compris entre 78% et 85%, nous n'avons pas enregistré de score rouge.

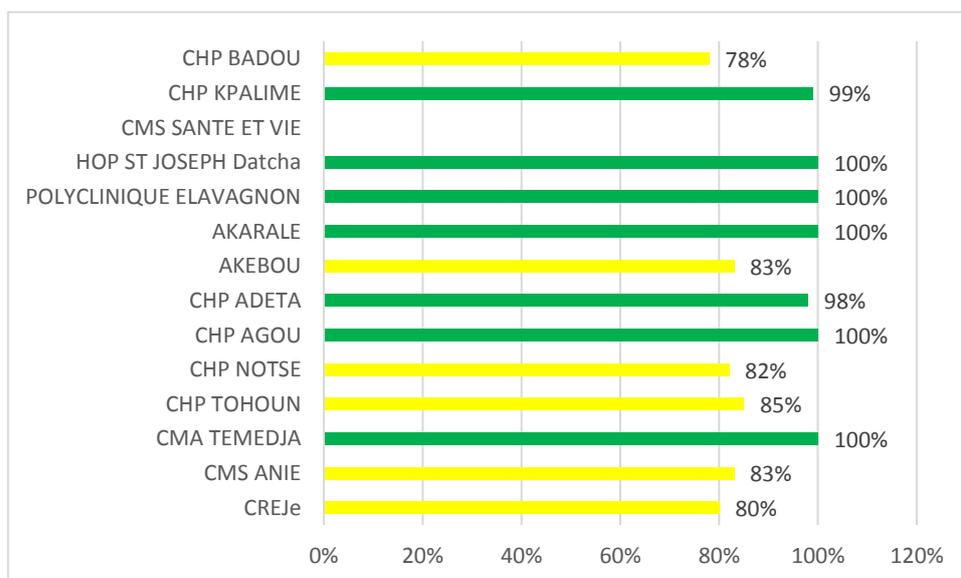


Figure 15: Taux de rétention des patients sous ARV au 12è mois de traitement parmi les patients recrutés en aout 2014 dans les 14 sites enquêtés au Plateau (Rouge : <75%; Jaune: 75–85%; Vert: >85%)

Il est à noter que pour l'IAP 3, seuls le CHP de NOTSE et le CHP de TOHOUN avec des scores en rouge respectivement de 67% et 92% ont été en rupture pendant quatre mois de la période sans les produits suivants AZT/3TC/NVP, LOP/r, EFV et NVP. Les autres onze sites enquêtés étaient au vert pour cet IAP.

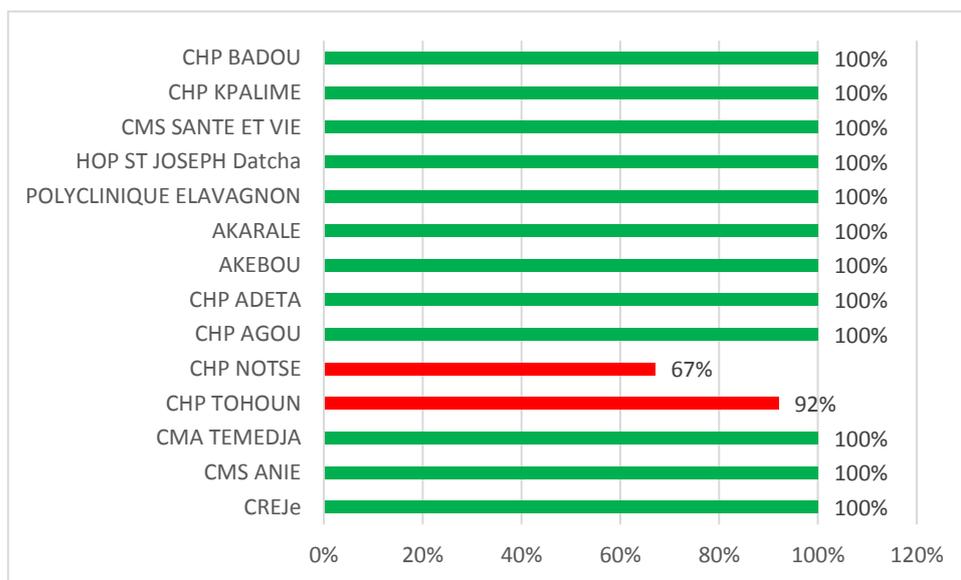


Figure 16: Rupture de stock en médicaments ARV dans la région du Plateau (seuil acceptable =100%)

Pour l'IAP 5b seul le CHP KPALIME avait un score au rouge 50% sur la suppression de la charge virale.

### Région Maritime :

Le tableau 9 suivant présente le niveau d'atteinte général des indicateurs d'alerte précoce dans la région Maritime.

Tableau 9: Niveau général des indicateurs Maritime

Site: REGION MARITIME		
IAP 1	Retrait des médicaments dans les délais	Rouge
IAP 2	Rétention à 12 mois de traitement ARV	Vert
IAP 3	Ruptures de stock de médicaments	Rouge
IAP 4	Bonnes pratiques de prescription	Vert
IAP 5	Suppression de la charge virale	Jaune

Le pourcentage des patients qui retiraient leurs médicaments ARV dans les délais (IAP 1, score rouge : 70%) n'est pas au niveau acceptable. 5 sites sur les 16 avaient largement dépassé le seuil avec des scores en verts. La performance de cette région est tirée vers le bas par 10 sites sur les 16 sites avec des scores en rouge allant de 0% à 67%. Seul l'AIDSS présente un score en jaune 87%.

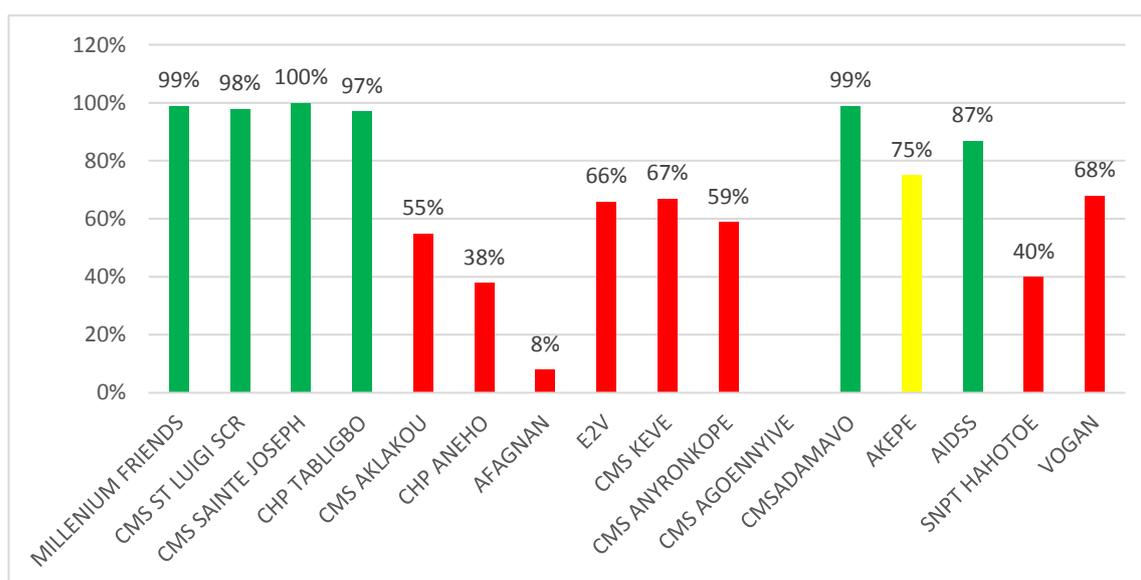


Figure 17: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, en région Maritime (Rouge : <80%; Jaune: 80–90%; Vert: >90%)

Cette région était l'une des deux meilleures sur le plan national dans la rétention des malades initiés aux ARV. Le score régional était au vert pour l'IAP 2 (95%, fig.18). Les performances des sites variaient entre 90% et 100%.

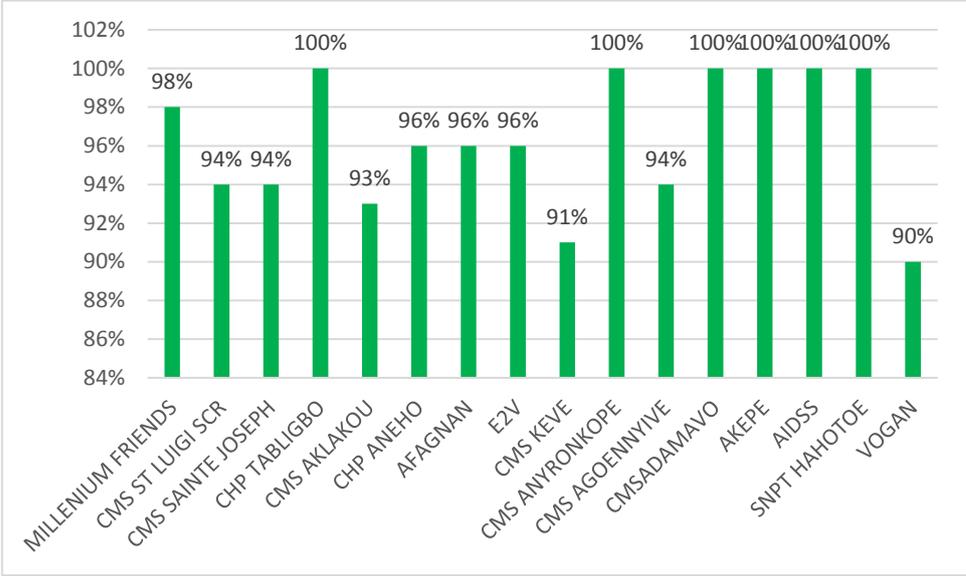


Figure 18: Taux de rétention des patients sous ARV au 12<sup>e</sup> mois de traitement parmi les patients recrutés dans les 16 sites enquêtés de la région Maritime (Rouge : <75%; Jaune: 75–85%; Vert: >85%)

Pour ce qui est de l'IAP3 la performance régionale n'était pas bonne elles étaient au rouge avec un score global de 67%. Néanmoins 13 sites sur les 16 présentaient les scores de 100% comme souhaité. Seuls le CHP Tabligbo, CMS SAINTE JOSEPH et CMS ST LUIGI avec un score jaune 75%.

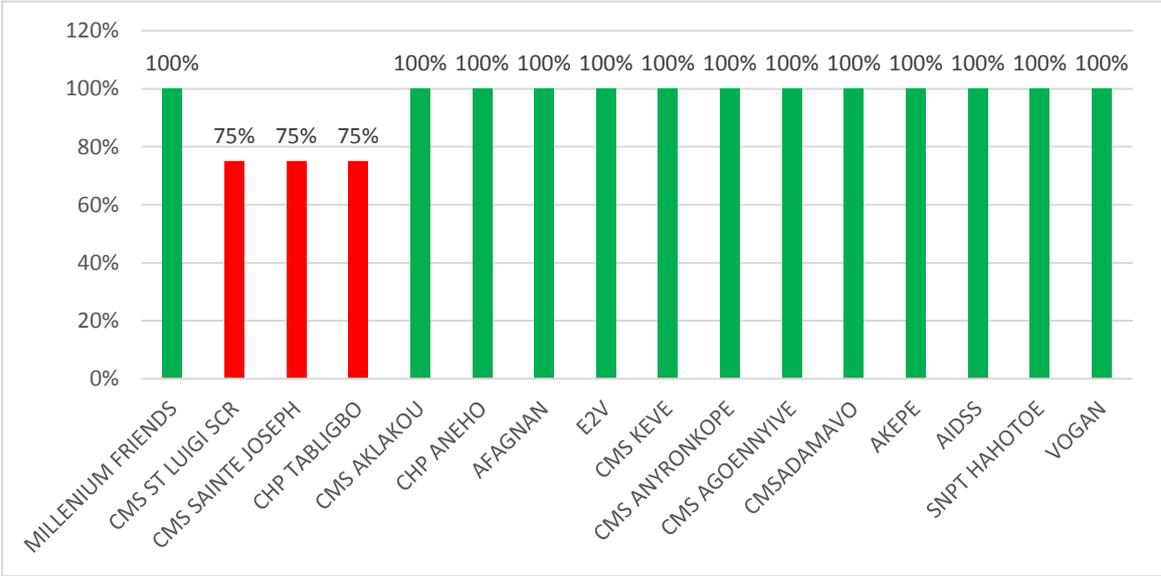


Figure 19: Rupture de stock en médicaments ARV en région Maritime (seuil acceptable =100%)

L'IAP 5a sur la suppression de la charge virale 5, l'indicateur était au signal jaune 78% au niveau de la région et au niveau des sites, seul le CMS AKLAKOU (100%), le CHP ANEHO (75%) et E2V (75%) avaient des scores verts sur la suppression de la charge virale.

### Région de la Commune de Lomé :

Le tableau ci-dessous présente le niveau d'atteinte général des indicateurs d'alerte précoce dans la région de la Commune de Lomé.

Tableau 10: Niveau général des indicateurs Commune de Lomé

Site: REGION DE LA COMMUNE DE LOME		
IAP 1	Retrait des médicaments dans les délais	Rouge
IAP 2	Rétention à 12 mois de traitement ARV	Vert
IAP 3	Ruptures de stock de médicaments	Rouge
IAP 4	Bonnes pratiques de prescription	Vert
IAP 5	Suppression de la charge virale	Vert

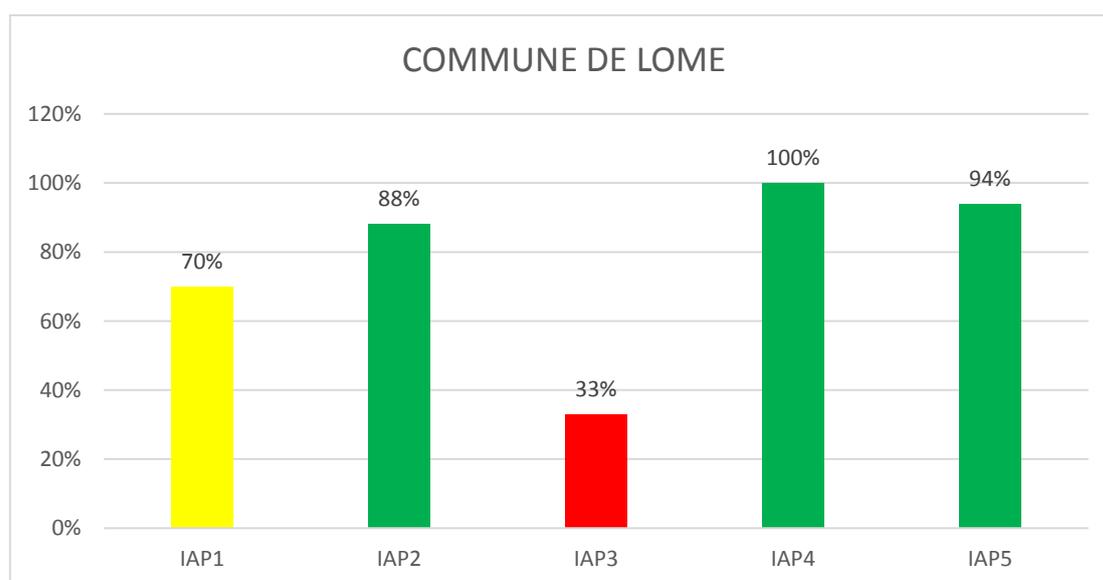


Figure 20 : présentation des IAP dans la région de la Commune de Lomé

Pour Ce qui est de l'IAP1, sur les 3025 patients enrôlés dans les 26 sites de la Commune de Lomé seul 70% d'entre eux ont pu retirer les médicaments à temps, soit environs 2017 patients en tout. La commune de Lomé enregistre un score en rouge de 70% pour ce qui est de l'IAP1.

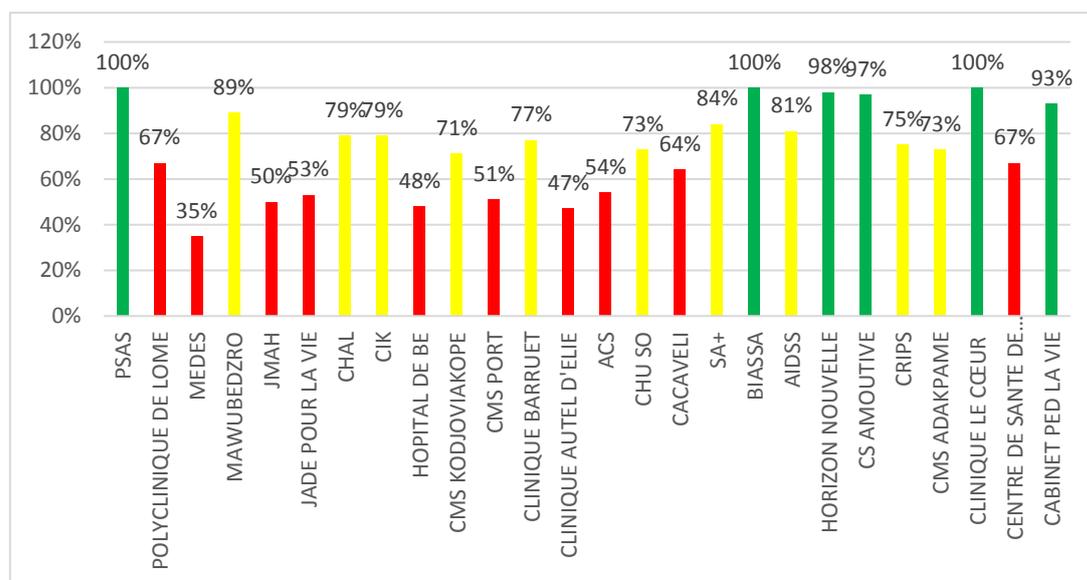


Figure 21: Taux de retrait des médicaments ARV dans les délais, en région Maritime (Rouge : <80%; Jaune 80–90%; Vert: >90%)

Le pourcentage des patients qui retiraient leurs médicaments ARV dans les délais (IAP 1, score rouge : 70%) n'est pas au niveau acceptable. 6 sites sur les 26 avaient largement dépassé le seuil avec des scores en verts. La performance de cette région est tirée vers le bas par 10 sites sur les 26 sites avec des scores en rouge allant de 0% à 67%.

Cette région sur le plan national dans la rétention des malades initiés aux ARV avait un score de 88%. Le score régional était au vert. Les performances des sites variaient entre 19% et 100%.

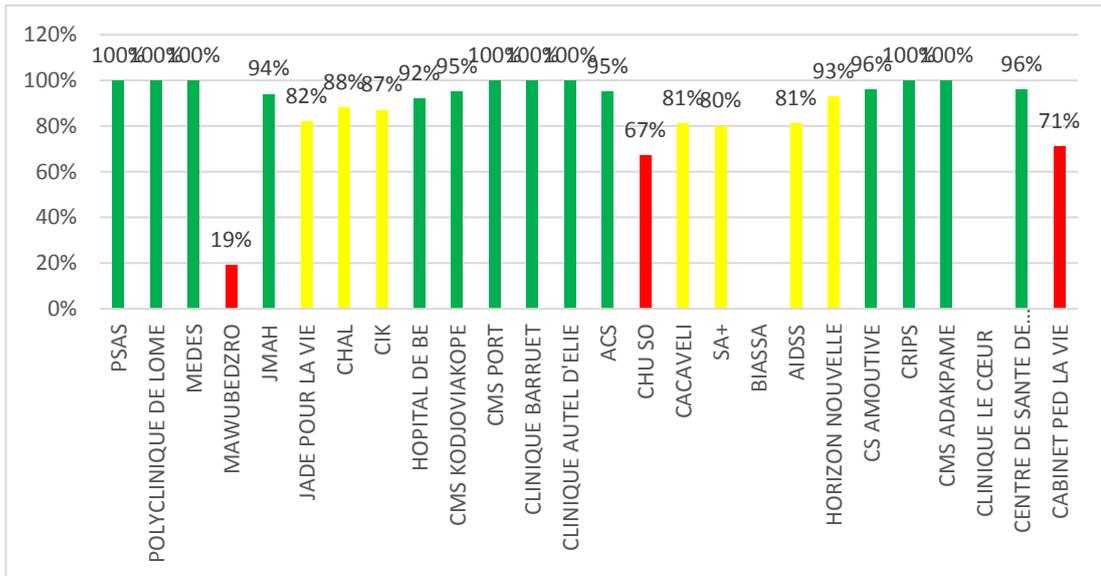


Figure 22: Taux de rétention des patients sous ARV au 12<sup>e</sup> mois de traitement parmi les patients recrutés dans les 16 sites enquêtés de la région Maritime (Rouge : <75%; Jaune: 75–85%; Vert: >85%)

Pour ce qui est de l'IAP2 la région de la Commune de Lomé enregistre un très bon score de 88% au vert. Sur les 1486 PvVIH sous traitement ARV seuls 1310 ont été observant au traitement pendant les 12 derniers mois.

Enfin s'agissant de la suppression de la charge virale IAP5, la région de la Commune de Lomé enregistre un bon score au vert de 94% de PvVIH ayant un résultat de la charge virale inférieure à 1000 copies/mL.

Le tableau11 suivant présente la cartographie générale des IAP par sites

Tableau 11: présentation de la cartographie des IAP par sites

REGIONS	Sites	IAP1	IAP2	IAP3	IAP4	IAP5 b	IAP 5a
SAVANE	polyclinique DAPAON	57%	88%	100%	0%		
	ONG Code utile	100%	100%	100%	0%		
	Hopital tanjoaré	47%	100%	100%	0%		
	CMS Bombouaka	20%	50%	100%	0%		
	CMA NIOUKPOURMA	61%	78%	100%	0%		
	ASSO VIE	72%	93%	100%	18%		
	CHP MANGO	58%	96%	58%	0%	100%	
CENTRALE	CMS BON SECOURS	72%	82%	100%	0%		
	CMS KOLOWARE	93%	70%	100%	0%		
	CABINET MED ESSOFA	56%	100%	100%	0%		
	CHP TCHAMBA	98%	93%	100%	0%	100%	
	CHP SOTOUBOUA	46%	89%	83%	0%		
	CMS AGBANDI	67%	83%	100%	0%		
	CMS ADJENGRE	77%	85%	100%	0%		
	CHP BLITTA	48%	96%	92%	0%		
KARA	CHP DANKPEN	36%	71%	100%	0%		
	CHP BASSAR	61%	80	100%	0%		
	CHP KANTE	34%	85%	100%	0%	80%	
	CHP DOUFELGOU	48%	74%	100%	0%	100%	
	AED LIDAW	73%	98%	100%	1%	92%	
	CMS KETAO	61%	83%	100%	0%		
	PMI SOS KARA	48%	94%	100%	0%		
	CMA KARA	71%	92%	100%	0%	100%	
	POLYCLINIQUE KARA	84%	92%	83%	0%		
PLATEAUX	CREJe	63%	80%	100%	0%		

REGIONS	Sites	IAP1	IAP2	IAP3	IAP4	IAP5 b	IAP 5a
	CMS ANIE	61%	83%	100%	0%		
	CMA TEMEDJA	71%	100%	100%	0%		
	CHP TOHOUN	43%	85%	92%	0%		
	CHP NOTSE	76%	82%	67%	0%		
	CHP AGOU	74%	100%	100%	0%		
	CHP ADETA	71%	98%	100%	0%		
	AKEBOU	49%	83%	100%	0%		
	AKARALE	68%	100%	100%	0%		
	POLYCLINIQUE ELAVAGNON	57%	100%	100%	0%		
	HOP ST JOSEPH Datcha	70%	100%	100%	0%		
	CMS SANTE ET VIE	94%		100%			
	CHP KPALIME	63%	99%	100%	0%	50%	
	CHP BADOU	19%	78%	100%	0%		
	MARITIME	TOGO MILLENIUM FRIENDS	99%	98%	100%	0%	
CMS ST LUIGI SCR		98%	94%	75%	0%		
CMS SAINTE JOSEPH		100%	94%	75%	0%		
CHP TABLIGBO		97%	100%	75%	0%		
CMS AKLAKOU		55%	93%	100%	0%	100%	
CHP ANEHO		38%	96%	100%	1%	75%	
AFAGNAN		8%	96%	100%	2%		
E2V		66%	96%	100%	0%	75%	
CMS KEVE		67%	91%	100%	0%		
CMS ANYRONKOPE		59%	100%	100%	0%		
CMS AGOENNYIVE			94%	100%	0%		
CMSADAMAVO		99%	100%	100%	0%		
AKEPE		75%	100%	100%	0%		

REGIONS	Sites	IAP1	IAP2	IAP3	IAP4	IAP5 b	IAP 5a
	AIDSS	87%	100%	100%	0%		
	SNPT HAHOTOE	40%	100%	100%	0%		
	VOGAN	68%	90%	100%	2%		
<b>Lomé Commune</b>	PSAS	100%	100%	100%	0%		
	POLYCLINIQUE DE LOME	67%	100%	100%	0%	100%	
	MEDES	35%	100%	92%	0%		
	MAWUBEDZRO	89%	19%	100%	0%		
	JMAH	50%	94%	75%	0%	100%	
	JADE POUR LA VIE	53%	82%	92%	0%	100%	
	CHAL	79%	88%	100%	0%	100%	
	CIK	79%	87%	100%	0%		
	HOPITAL DE BE	48%	92%	92%	0%		
	CMS KODJOVIAKOPE	71%	95%	92%	0%	83%	
	CMS PORT	51%	100%	100%	0%		
	CLINIQUE BARRUET	77%	100%	100%	0%	0%	
	CLINIQUE AUTEL D'ELIE	47%	100%	75%	0%		
	ACS	54%	95%	92%	0%	86%	
	CHU SO	73%	67%	100%	0%	94%	
	CACAVELI	64%	81%	100%	0%	100%	
	SA+	84%	80%	100%	0%	100%	
	BIASSA	100%		100%			
	AIDSS	81%	81%	83%	0%	75%	
	HORIZON NOUVELLE	98%	93%	100%	0%	100%	
CS AMOUTIVE	97%	96%	100%	0%	100%		
CRIPS	75%	100%	100%	0%	100%		
CMS ADAKPAME	73%	100%	100%	0%	100%		
CLINIQUE LE CŒUR	100%		100%				

REGIONS	Sites	IAP1	IAP2	IAP3	IAP4	IAP5 b	IAP 5a
	CENTRE DE SANTE DE LOME	67%	96%	100%	0%	100%	
	CABINET PED LA VIE	93%	71%	100%	0%		
		(>85%) VERT	(>85%) VERT	(>=100%) VERT	(<1%) VERT	(>90%) VERT	
<b>LEGENDE</b>		(>75% et <85%) JAUNE	(>75% et <85%) JAUNE	(>95% et <100%) JAUNE	(<3% et >1%) JAUNE	(>75% et <90%) JAUNE	
		<75% ROUGE	<75% ROUGE	<95% ROUGE	>3% ROUGE	<75% ROUGE	

On observe deux sites HORIZON NOUVEL et CS AMOUTIVE qui présentent un signal vert sur tous les IAP, il est nécessaire de procéder à une documentation de leurs bonnes pratiques afin de servir d'exemple. En général l'IAP1 présente de très grandes faiblesses. Une action devrait être réalisée pour améliorer l'adhérence des patients au traitement.

## 5- ANALYSE GÉNÉRALE DES RÉSULTATS DES IAPS

Les Indicateurs d'alerte précoce de survenue des résistances du VIH aux ARV sont en général influencés par le comportement du patient et les facteurs programmatiques relatifs au site de prise en charge. Les IAP sont donc parfois qualifiés « site dépendant ». Dans cette étude l'échantillonnage représentatif réalisé a permis de décliner les situations générales nationales et régionales. Sur le plan national, le « **Retrait des médicaments ARV dans les délais** » (IAP 1), est très faible. Surtout dans les régions des Plateaux (51%) et Savane (64%). Seule la région Maritime avait un niveau relativement acceptable sur les six régions sanitaires que compte le Togo (score jaune : 79%). Dans chacune des régions on retrouve toutefois 01 ou 02 sites qui ont des scores de 100% qui trahissent la faisabilité d'une amélioration possible à 100% de retrait à temps. On peut s'interroger si le retrait de médicaments dans le délai est possible dans un contexte où la « **Rupture de stock de médicaments** » est aussi au signal rouge sur le plan national. Dans toutes les régions en effet on a dénombré des sites qui ont connu des mois avec rupture de stock. Dans la région de Lomé Commune par exemple tous les mois ont connu au moins un site avec rupture de médicaments. Par ailleurs l'observation générale des sites laisse apparaître que les sites les moins performants sur la disponibilité constante de médicaments sont aussi ceux pour lesquels les patients retirent le moins dans les délais. La rupture semble avoir un effet inducteur du comportement négatif du patient. Elle constitue donc l'élément le plus péjoratif à surveiller étroitement, surtout dans les sites publics et les sites associatifs qui sont le plus fréquemment concernés.

Sur un autre plan d'analyse on peut rappeler que le seuil fixé pour l'IAP1 était de 85%, seul 10 sites sur les 80 ont pu atteindre cet objectif (tableau ci-dessous). Tous ces sites étaient localisés en zone urbaine, et essentiellement aussi dans la région de Lomé Commune (60%). L'examen de ces sites relève aussi que 40% d'entre eux étaient des sites privés, 40% des sites publics et 20% associatifs. Par comparaison avec les autres IAP, parmi tous les sites ayant atteint l'objectif de l'IAP 1; 70% d'entre

eux ont aussi atteint l'IAP 2 et 90% ont atteint l'IAP 3. Ceci traduit que la tendance est celle de sites performants sur la plupart des IAP à comprendre les raisons pour les renforcer et celle des sites peu performants sur l'ensemble des IAP.

Sur le plan global 18,4% (1499/8140) des PvVIH ont pris leurs médicaments à temps, et parmi elles un peu plus d'une personne sur dix soient 1004 patients mis sous TARV de première intention demeurait sous un schéma thérapeutique de première intention appropriée 12 mois plus tard sur l'ensemble des sites; ce qui est en deçà de l'objectif d'au moins 70%. Ceci pourrait être la conséquence de plusieurs situations : (i) le taux élevé de patients perdus de vue avant la fin de la première année de traitement, (ii) certains patients ne disposant pas d'ARV à 12 mois en raison du non-respect des rendez-vous ou en raison de la rupture du stock sur les sites de dispensation , (iii) la prescription ou le retrait d'un schéma thérapeutique de première intention pas toujours conforme aux protocoles thérapeutiques en vigueur ou (iv) un échec thérapeutique de la première intention entraînant un changement de prescription. 1499 PvVIH sont restés sous traitement 12 mois après l'initiation au TARV, et 1261 ont pu avoir accès régulièrement au traitement de janvier à décembre 2016. Finalement nous constatons que l'atteinte des objectifs de l' IAP1 est un facteur très favorisant pour la rétention.

Tableau 12: présentation des données des performances dans les sites ayant des bons scores à l'IAP1

Sites	Type	Zone	Localité	Région	IAP1	IAP2	IAP3	IAP4	IAP5
CLINIQUE BIASA	Privee	urbain	Central	Commune de Lomé	100%		100%		
CABINET PEDIATRIQUE LA VIE	Privee	urbain	Périphérique	Commune de Lomé	93%	71%	100%	0%	
ONG HORIZON NOUVEL	Associatif	urbain	périphérique	Commune de Lomé	98%	93%	100%	0%	100%
Clinique le COEUR	Privee	urbain	périphérique	Commune de Lomé	100%		100%		
PSAS	Associatif	urbain	périphérique	Commune de Lomé	100%	100%	100%	0%	
CS AMOUTIVE	publique	urbain	périphérique	Commune de Lomé	97%	96%	100%	0%	100%
MILLENIUM FRIENDS	Associatif	urbain	périphérique	MARITIME	99%	98%	100%	0%	
CHP TABLIGBO	publique	urbain	intermediaire	MARITIME	97%	100%	75%	0%	
CMS ADAMAVO	publique	urbain	périphérique	MARITIME	99%	100%	100%	0%	
CHP TCHAMBA	publique	urbain	périphérique	CENTRALE	98%	93%	100%	0%	100%

La mesure de la charge virale (CV) est plus que jamais nécessaire pour le suivi des patients recevant un traitement antirétroviral. L'OMS recommande que chaque patient sous traitement en bénéficie au moins une fois par an. Une charge virale indétectable est en effet un marqueur du succès virologique qu'il est impératif de maintenir au long cours pour atteindre l'objectif « 90 x 90 x 90 » fixé par l'ONUSIDA à l'horizon 2020 afin de contrôler l'épidémie au niveau mondial et de préserver la santé des patients.

Concernant la couverture de la charge virale et la suppression de la charge virale on remarque que 36 sites sur les 80 enquêtés ont pu atteindre l'objectif de l'IAP2, c'est-à-dire que dans ces sites plus de 90% des patients sont restés sous rétention 12 mois après l'initiation au traitement. La majeure partie de ces sites était localisée dans Lomé Commune (13/36) et une autre partie dans la région Maritime (8/36) ; les autres sites étaient repartis dans le reste des régions. La plupart de ces sites étaient des structures publiques soient 20 sur les 36. Par ailleurs seuls 13 sites parmi les 36 ayant un score vert à l'IAP2 avaient pu atteindre l'objectif de l'IAP5. De manière générale 91% (3429/3767) de personnes initiées en janvier 2015 sont restés sous traitement jusqu'au 31 décembre 2016. Des efforts sont certainement faits dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en vue de créer un environnement favorable aux PVVIH. Parmi les 3429 PvVIH restées sous traitement de janvier à décembre malgré les efforts effectués au cours de l'année 2016, seulement 5,2% (178/3429) des PVVIH ont eu accès à l'examen de la charge virale. Parmi ceux-ci 163 PVVIH soit 92% présentent une suppression de la Charge Virale (inférieure à 1000 copies/ml) prouvant ainsi un bon suivi et une bonne observance thérapeutique de ces patients. Les autres ne présentant pas une suppression de la Charge Virale ont vu leur ligne thérapeutique changée.

Les bonnes pratiques de prescription du TARV étaient toujours observées par tous les prescripteurs sur les sites. En effet, 100% de prescription initiale conformes aux directives nationales. Cela traduirait une appropriation suffisante et le respect des directives nationales de prescription du TARV par les praticiens. Au Togo, la bonne performance pourrait s'expliquer par deux faits : d'une part la validation de toutes les premières prescriptions par les comités thérapeutiques sur la base des protocoles ARV, d'autre part la vérification des ordonnances sur les sites de dispensation des ARV par la centrale d'achat des médicaments génériques et ses dépôts régionaux.

## 6- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 6.1 Conclusions

Des insuffisances du programme de thérapie ARV du Togo ont été relevées dans cette étude. Celles-ci supposent l'existence de risques importants de survenue de résistances du VIH aux ARV à surveiller et corriger pour maintenir l'efficacité et l'efficience du programme. Les structures d'approvisionnement et les sites de TARV devraient tout mettre en œuvre pour assurer une disponibilité constante des ARV sur les sites. Tous ces efforts devraient du point de vue programmatique contribuer de façon significative à minimiser les risques de survenue de résistance du VIH aux ARV. Un travail important est nécessaire à l'échelle nationale pour développer des stratégies permettant d'améliorer l'observance des traitements par les malades. Notamment l'éducation thérapeutique. La rétention des malades est excellente et les stratégies la permettant devraient être documentées pour assurer leur pérennité. Le défi majeur dans la surveillance des résistances du VIH aux ARV est l'extension de l'examen de la charge virale.

#### 6.1.1 Sites n'atteignant pas un objectif pour un IAP spécifique ;

Tous les sites enquêtés ont atteint chacun au moins deux indicateurs des cinq objectifs. Les indicateurs les plus atteints dans l'ordre croissant étaient l'IAP3, l'IAP4 et l'IAP2. L'indicateur le moins atteint par les sites était l'IAP1, seuls 13 sites seulement sur les 80 ont pu atteindre cet indicateur.

#### 6.1. 2 Sites atteignant toutes les cibles

Seuls 3 sites sur les 80 ont pu atteindre les 5 objectifs, il s'agit notamment

- dans la région Centrale du CHP de TCHAMBA avec (IAP1 98% ; IAP2 93% ; IAP3 100% ; IAP4 0% et IAP5 100%).
- dans Lomé commune de Horizon Nouvel et CS Amoutivé ayant atteint des scores respectifs de (IAP1 98% ; IAP2 93% ; IAP3 100% ; IAP 4 0% et IAP5 100%) et (IAP1 97% ; IAP2 96% ; IAP3 100% ; IAP4 0% et IAP5 100%).

### 6.1.3 Comportements des patients liés à l'émergence de la pharmacorésistance dans les sites de collecte

. En général, les patients sont souvent classés en différents groupes : hautement observant (***prennent le traitement à temps et sans rupture***), modérément observant (***pas de rupture mais ne prennent pas de traitement à temps***) ou non observant (***ne prennent pas de traitement***). L'observance est en effet un phénomène dynamique. La présente étude n'a pas pu étudier ces détails toutefois, globalement la ***Rétention des malades 12 mois après l'initiation*** est excellente même si certains sites tels que MAWUBDZERO n'ont pas des résultats acceptables. L'évaluation du niveau des différents IAP sur les plans national et régional nous expose que l'émergence de la pharmacorésistance du VIH au Togo résulterait en grande partie aux comportements des patients sous TARV. En effet, l'élément de prévention et de surveillance de cette pharmacorésistance qu'est l'observance, traduite par le respect des délais de retrait des médicaments ARV, est très faible.

### 6.1.4 Facteurs programmatiques favorisant le risque d'émergence de la pharmacorésistance

Le système de santé a aussi une importante part de responsabilité. En effet on a observé une faible disponibilité des médicaments ARV. De l'avis des acteurs le circuit d'approvisionnement en ARV n'est pas suffisamment régulé entre la centrale d'approvisionnement et le site de prise en charge. D'autre part certains sites de prise en charge hébergeant des projets de recherche, dispensent plusieurs protocoles de traitement en première intention ce qui est à l'origine des fortes ruptures de stock décrites plus haut. En outre, le switch du DUOVIR-N par TDF/3TC/EFV au cours de l'année de l'étude pourrait influencer le résultat. Par ailleurs un bon suivi clinique, biologique et thérapeutique des patients sous TARV est essentiel à la réduction des facteurs favorisant l'émergence de la pharmacorésistance du VIH. Ce bon suivi passe par la prescription et la réalisation des examens de suivi notamment celui de la charge virale qui renseigne sur le succès ou sur l'échec thérapeutique. Les indicateurs d'alerte précoce de prévention de la pharmacorésistance du VIH évalués qui portaient sur le taux de couverture et de suppression de la charge virale 12 mois après initiation du TARV ont permis de constater que certains sites ne prescrivent pas systématiquement cet examen durant l'année qui suit l'initiation des PsvIH au TARV.

La charge virale indétectable est identifiée en effet comme l'indicateur clé de la réussite d'un traitement soutenu. Les besoins au Togo en développement quant à

l'accès à ce diagnostic essentiel sont immenses. L'accès aux tests de la charge virale comporte de nombreux défis pour les systèmes de santé dans les pays en développement. La réalisation des tests requiert l'existence de laboratoires et de personnels formés pour la plupart des solutions techniques ainsi que l'achat et la maintenance d'équipements onéreux en plus de l'approvisionnement en continu de réactifs nécessaires à chaque test. Il est également extrêmement important de sensibiliser les médecins mais aussi les patients pour les encourager à recourir à ces tests de charge virale pour garantir la qualité des soins et s'assurer de l'efficacité des traitements.

En outre, le prix des tests, malgré des efforts internationaux de négociations des prix, reste trop élevé dans beaucoup de pays. Le marché de ces tests est caractérisé par des solutions techniques onéreuses, uniquement disponibles en location et imposant l'achat des réactifs auprès de la même firme. Des solutions techniques moins onéreuses et réalisables sur le lieu des soins, sont très utiles pour l'opérationnalisation des CV.

Dans cette étude nous avons noté comme facteur saillants pour l'opérationnalisation de la CV le lieu de résidence. 100% des sites ayant réalisé la CV se trouvent en zone urbaine, c'est dans la région de Lomé Commune que se sont réalisées les CV (13 sites sur 36), nous avons également noté la disponibilité des intrants chez tous ceux resté sur rétention 12 mois après et ayant fait des CV. Aussi, 100% de ceux qui ont bénéficié d'une CV et ont vu leur CV indétectable étaient observant au traitement.

## 6.2 Recommandations

Au bout de notre évaluation l'équipe de travail formule les recommandations ci-après à l'endroit des principaux acteurs impliqués dans la chaîne de prise en charge des personnes infectées par le VIH et Sida :

- **Aux sites de prise en charge :**
  - Intensifier les séances d'ETP et sensibiliser les praticiens et les patients sur la prévention des résistances
  - Améliorer le système de gestion de stock pour anticiper sur les ruptures en ARV
  - Encourager les praticiens à prescrire la CV suivant les normes nationales

- Encourager les praticiens à sensibiliser les PvVIH à réaliser la charge virale pour le suivi de routine suivant les normes nationales.

➤ **Au MINISTERE DE LA SANTE et au PNLIS-IST**

- Auditer et apporter des ajustements sur la chaîne d'approvisionnement et de gestion des ARV et des intrants, y compris de charge virale ;
- Documenter et diffuser les bonnes pratiques en matière de rétention des patients sous traitement ;
- Mettre en place un dispositif permanent de surveillance des résistances du VIH aux ARV.

# TABLE DE MATIERE

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>2</b>
<b>EQUIPE DE REDACTION.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES.....</b>	<b>8</b>
<b>RESUME EXECUTIF.....</b>	<b>10</b>
<b>1- INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>2- OBJECTIFS.....</b>	<b>15</b>
2.1- Objectif général de l'étude.....	15
2.2- Objectifs spécifiques .....	15
<b>3- Méthodologie .....</b>	<b>15</b>
3.1 - Indicateurs d'alerte précoce (IAP) retenus .....	16
3.2 - Echantillonnage.....	17
3.2.1. Echantillonnage des sites : .....	17
3.2.2 Taille des échantillons des sites .....	18
3.2.3 Echantillonnage des patients .....	20
3.3- Procédures .....	21
3.3.1- Formation des agents de collecte de données .....	22
3.3.2- Collecte des données .....	22
3.3.3- Supervision de la collecte.....	22
3.3.4- Saisie, analyse des données et rédaction du rapport .....	23
3.3.5- Validation du rapport d'étude .....	23
<b>4- RESULTATS DE L'EVALUATION 2016 DES IAP .....</b>	<b>23</b>
4.1 Description des sites de l'étude .....	23
4.2. Niveau général des IAP dans les 80 sites sélectionnés.....	24
4.3. Niveau des indicateurs par site et par région .....	30
4.4 Analyse des IAPs selon la disponibilité des directives nationale au TARV, selon procédures adoptées pour le suivi des patients PDV (AC, AD), et enfin selon l'adoption des procédures pour le suivi des patients PDV (AC, AD).....	41
<b>5- ANALYSE GENERALE DES RESULTATS DES IAPS .....</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>53</b>
6.1 Conclusions.....	53
6.1.1 Sites n'atteignant pas un objectif pour un IAP spécifique.....	53

## 1- Références

1. ONUSIDA, Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, New York
2. ONUSIDA, [www.unaids.org/fr/resources/presscentre/.../2016/.../20161121\\_PR\\_get-on-the-fast-tra...](http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/.../2016/.../20161121_PR_get-on-the-fast-tra...) (lu le 06/08/2017)
3. PNLS-IST-TOGO, Rapport annuel 2015 d'activité 2015 du PNLS-IST, Togo, Lomé 2016
4. PNLS-IST-TOGO, Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida : 2016-2020 ; Togo, Lomé 2016
5. ONUSIDA, Fiche d'information — dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet](http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet)
6. WHO, Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance Supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: second edition June 2016
7. <http://cnlstogo.org/2017/07/06/revue-annuelle-des-activites-de-la-riposte-nationale-au-vihsida-en-2016> (lu le 03/09/2017)

## ANNEXE 1 : Taille d'échantillons recommandée par l'OMS

<b>Nombre annuel de patients éligibles dans le service</b>	<b>Nombre de patients à échantillonner</b>
<b>1-75</b>	<b>Tous</b>
<b>76-110</b>	<b>75</b>
<b>111-199</b>	<b>100</b>
<b>200-250</b>	<b>110</b>
<b>251-299</b>	<b>120</b>
<b>300-350</b>	<b>130</b>
<b>351-400</b>	<b>135</b>
<b>401-450</b>	<b>140</b>
<b>451-550</b>	<b>145</b>
<b>551-700</b>	<b>155</b>
<b>701-850</b>	<b>160</b>
<b>851-1600</b>	<b>175</b>
<b>1601-2150</b>	<b>180</b>
<b>2151-4340</b>	<b>200</b>
<b>4341-5670</b>	<b>210</b>
<b>5671-10000</b>	<b>215</b>
<b>&gt;10000</b>	<b>220</b>

## ANNEXE 2 : Grille de Description du site

(à remplir par l'Agent enquêteur ou le responsable des données du site)

**NB : «Remplir» ou «Cocher» la case correspondante**

Nom du site de TARV			
District de santé			
Appartenance	Publique	Confessionnel	Privé
Situation géographique	Urbain	Rural	
Pyramide sanitaire	Primaire (HD ou CMA) :	Secondaire (CHR) :	Tertiaire (HG, HC) :
Niveau du site de TARV	CTA		UPEC
Date début programme de TARV	en années .....		
File active (patients sous TARV	Effectif en nombres (en fin 2016).....		
Disponibilité des directives nationales de TARV	OUI.....		NON.....
Protocoles ARV disponibles	Première ligne (Oui/non)	Seconde ligne (Oui/non)	Troisième ligne (Oui/non)
Nombre et catégories de personnes formés sur le TARV en fin d'année 2016	Médecins (...), infirmiers (...), pharmaciens/commis de pharmacie (...), biologistes/techniciens de labo (...), conseillers médicaux (...), agents chargé du remplissage des registres(...)		
Lieu de collecte des médicaments ARV sur le site	Pharmacie de la clinique		Pharmacie hors site
	Point de dispensation spécifique sur site		Autre (préciser) : .....
Procédures adoptées pour contrôler les pénuries en ARV	NB : écrire «aucune» s'il n'y en a pas		
Procédures adoptées pour le suivi des patients perdus de vue	NB : écrire «aucune» s'il n'y en a pas		

### I. Questionnaire sur l'opérationnalisation de la Charge Virale sur site

(à administrer au Responsable ou à un Clinicien du site de TARV)

1. Prescrivez-vous l'examen de la Charge Virale aux patients sous TARV dans cette formation sanitaire?  
Oui..... ; Non.....
2. A quel(s) moment(s) de la prise charge prescrivez-vous la Charge Virale sur le site ?  
.....
3. Quelle est la fréquence des demandes de « charge virale » à un patient au niveau du site de TARV : .....
4. Quelles raisons justifient cette fréquence de prescription des tests de charge virale ?  
.....
5. Charge Virale est faite in situ ou dans un labo de référence (si labo de référence, lequel : .....
6. Quel est le gap existant entre les charges virales demandées et charges virales réellement effectuées (en %, n/N)? .....
7. Utilisation en routine du test de résistance génotypique du VIH-1? OUI ..... ; NON .....
8. Si oui, à quelle fréquence faites-vous des demandes du test de résistance génotypique du VIH-1 ?  
.....
9. Quelles raisons justifient cette fréquence de prescription du test de résistance du VIH-1 ?  
.....
10. Evaluer le nombre de PVVIH sous TARV ayant bénéficié d'un test de CV en 2012 et 2016.....

## OUTILS

## OUTILS D'EXTRACTION DES DONNEES

INDICATEURS d'ALERTE PRECOCE DE LA PHARMACORESISTANCE DU VIH - Abstraction de données OUTIL 1									
Indicateur 1 : Délais de retrait des Médicaments (IAP1) - Pourcentage de patients ayant retiré tous les ARV prescrits dans les délais									
1. Pays:			2. Formation sanitaire ou site:						
3. Date d'abstraction (extraction) de données:			4. Nombre total de feuilles (pour les données extraites sur papier seulement):			4. Nombre de patients non classés			
5. Date du début de l'échantillon de l'IAP (JJ -MM- AA) :									
6. Nombre total de patients éligibles:			8. Taille minimale requise de l'échantillon: (Si vous utilisez la feuille d'abstraction imprimé, se référer au document guide des IAP pour la taille minimale requise de l'échantillon)						
7. Extracteur des données (nom / prénom / contact téléphonique):									
No.	Code ID du Patient (à noter que l'IAP 1 comprend tous les patients sous TARV dans le site, y compris ceux débutant le TARV, continuant le TARV, et les transferts-in sous TARV)	Date de retrait de base (la date du premier retrait du médicament ARV après "la date de début de l'échantillon de l'IAP", cf.n ° 5 ci-dessus)	Protocole ARV retiré au "retrait de base" (ARV tel qu'enregistré dans le registre de la pharmacie)	Nombre de jours de TARV reçu à la " Date du retrait base " - si nécessaire, calculer à partir du nombre de comprimés et la masse (mg), et comprimés/jour en utilisant la calculatrice de conversion; ou les informations enregistrées dans la colonne précédente.	Nombre de jours avec TARV restant - si enregistré et applicable.	Retrait 1 (date du premier retrait d'ARV après " la date du retrait de base ") – noter la date de retrait du nouveau protocole d'ARV si changement de TARV après la date du retrait de base	Date de transfert après " la date du retrait de base " (si applicable)	Date de décès après " la date du retrait de base " (si applicable)	Date d'arrêt du TARV sans reprise après " la date du retrait de base " (si applicable)


	INDICATEURS d'ALERTE PRECOCE DE LA PHARMACO RESISTANCE DU VIH - abstraction de données OUTIL 2						<i>HIV Resnet</i>			
	(adulte et pédiatrique)									
Indicateur: rétention sous TARV (IAP 2) - Pourcentage d'adultes et d'enfants connus vivant et sous traitement 12 mois après l'initiation du TARV										
1. Pays:				2. Formation sanitaire ou site:						
3. Date d'abstraction (extraction) de données:				5. Date du début de l'échantillon de l'IAP (JJ -MM- AA) :			4. Nombre total de feuilles (pour les données extraites sur papier seulement):			
6. Nombre total de patients éligibles:										
7. Extracteur des données (nom / prénom / contact téléphonique):										
UNGASS #24 / PEPFAR #T1.3.D / Global Fund Impact #HIV-13 Site Result										
Numérateur										
Dénominateur										
Résultat du Site										




INDICATEURS d'ALERTE PRECOCE DE LA PHARMACO RESISTANCE DU VIH - abstraction de données  
 OUTIL 3 (Adulte)



Indicateur: La continuité de l'approvisionnement en médicaments (IAP 3) - Pourcentage de mois au cours d'une année donnée sans ruptures de stock d'ARV

<b>1. Pays:</b>	<b>2. Formation sanitaire ou site :</b>	
<b>3. Date d'abstraction (extraction) de données:</b>	<b>4. Nombre total de feuilles (extraction sur papier):</b>	
<b>5. Période de remplissage (1 an) :</b>		
<b>6. Extracteur des données (nom / prénom / contact téléphonique):</b>		

Pour chaque médicament antirétroviral utilisé en routine sur le site, entrez un "X" dans le menu déroulant pour chaque mois au cours duquel il y avait au moins une rupture de stock d'un médicament ARV utilisés en routine sur ce site. Lister chaque ARV utilisé en routine sur le site, même si aucune rupture de stock d'un médicament n'a eu lieu au cours de la période désignée.

No.	Médicaments antirétroviraux	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec


 <b>INDICATEURS d'ALERTE PRECOCE DE LA PHARMACO RESISTANCE DU VIH - abstraction de données OUTIL 4 (Adulte)</b>			
<b>Indicateur: Pratiques de dispensation (IAP4) - Pourcentage de patients adultes ayant retiré des ARV en mono ou bithérapie</b>			
	<b>1. Pays:</b>	<b>2. Formation sanitaire ou site :</b>	
	<b>3. Date d'abstraction (extraction) de données:</b>		<b>4. Nombre total de feuilles (pour les données extraites sur papier seulement):</b>
		<b>5. Date du début de l'échantillon de l'IAP (JJ -MM- AA)</b>	
	<b>6. Nombre total de patients éligibles:</b>		
		<b>7. Extracteur des données (nom / prénom / contact téléphonique):</b>	
<b>No.</b>	Code ID du patient (à noter que l'IAP 4 concerne <u>tous les patients sous TARV</u> dans le site, y compris ceux initiant le TARV, continuant le TARV, et les transferts in sous TARV)	Protocole ARV retiré à la date du mois de base	<b>Protocole thérapeutique Mono ou Dual ?</b>


INDICATEURS d'ALERTE PRECOCE DE LA PHARMACO RESISTANCE DU VIH  
- abstraction de données OUTIL 5 (Adulte)



Indicateur: Suppression de la charge virale (IAP 5) - Pourcentage des patients sous TARV sur le site ayant une charge virale inferieure a (<) 1000 copies/ml 12 mois après l'initiation du traitement					
1. Pays:		2. Formation sanitaire ou site:			
3. Date d'abstraction des données:		4. Nombre total de feuilles (pour les outils papier):			. Nombre de patients non classés <b>0</b>
					Nombre d'exclusions valides <b>0</b>
5. Date de début de l'échantillonnage de l'IAP (YY-MM-DD):					Taille de l'échantillon: <b>0</b>
6. Nombre total de patients:					Nombre de patients au dénominateur <b>0</b>
7. Données de l'abstracteur (nom / prénom/ contact téléphonique):					
8. Site réalisant la quantification de la charge virale?					

No.	Code ID du Patient (à noter que l'IAP 1 comprend tous les patients sous TARV dans le site, y compris ceux débutant le TARV, continuant le TARV, et les transferts-in sous TARV)	Date initiation de TARV (date of	"Date a 12-mois " (12 mois après initiation de TARV)	Date de transfert out après initiation du TARV et avant la date de "12-mois" - si applicable	Date de réalisation de la charge virale entre 11 et 15 mois sous TARV	Résultat de la charge virale (copies par mL) est inferieur a1000 copies/mL ou supérieur



## LISTE DES CADRES AYANT REALISES L'EXTRACTION DES IAP

n° d'ordre	Région	District	Nom & Prénoms	Fonction	Structure	Contact
1	Lomé Commune	D1	AISSAH Agounda	AM/PFR/VIH	DRS LC	90 04 25 93
2	Lomé Commune	D2	ALIHONOU Kokou	AM/Prescripteur	DRS LC	90 00 78 92
3	Lomé Commune	D2	N'YINI Gbantchare	AM/Prescripteur	CHR Lomé commune	90 26 53 51
4	Lomé Commune	D3	DOGBE Djatougbe Sélom	AM/Prescripteur	ACS	91 72 25 32
5	Lomé Commune	D3	GAKPE Komi	AM/Prescripteur	Hôp de Bè	90 24 39 74
6	Lomé Commune	D4	d'ALMEIDA Yéma	AM/Prescripteur	JADE	90 22 47 21
7	Lomé Commune	D5	GANGAK Labaguibe	Infirmier de SP/Chargée des intrants	PNLS-IST	90 35 36 73
8	Lomé Commune	D5	BLATOME Tetouyaba	AM/Prescripteur	CHU SO	90 22 97 25
9	Lomé Commune	D5	SEWU Essèboè K.	Médecin/Prescripteur	CHU SO	92 43 57 44
10	Lomé Commune	D5	AROKOUM Essatou	TSL	PNLS -IST	90 39 08 34
11	Maritime	Bas- Mono	AMEGNIKPO Koffi	AM/Prescripteur	Hôpital d' Afagnan	90 27 30 94
12	Maritime	Bas- Mono	OBOUSSOUMI Gérôme	AM/PF/VIH	DPS Lacs	91 89 77 82
13	Maritime	Lacs	NICOUE Couété	AM/PF/VIH	DPS Lacs	90 01 32 18
14	Maritime	Lacs	GNALO Abel	AM/Prescripteur	CMS Agbodrafo	90 14 30 39
15	Maritime	Vo	YANWO Bourama	AM/PF/VIH	CHP Vogon	90 21 21 17
16	Maritime	Vo	MATIEYENDOU Christian	IDE	CHP Vogon	90 37 55 98
17	Maritime	Zio	KOUKO Affo	AM/PFR/VIH	DRS Maritime	90 10 62 66
18	Maritime	Zio	MAKOU K. Bougonou	Sociologue/M&E	DRS Maritime	92 21 51 12
19	Maritime	Zio	HOUNKPE Koffi	AM/Prescripteur	DRS Maritime	90 30 63 32
20	Maritime	Zio	NEKERE Mohamed	AM/Prescripteur	Poly Tsévié	90 82 65 47
21	Plateaux	Akebou	TCHEDJINGNI Kokou	AM/PF/VIH	CHP Kougnohow ou	90 97 29 85
22	Plateaux	Haho	TCHASSEM Koffi	Inirmier de SP/PF/VIH	CHP Notsè	90 07 62 19

23	Plateaux	Haho	KPEGLO Yao	AM/PF/VIH	CHP Notsè	90 13 48 97
24	Plateaux	Kloto	AGBODJAN PRINCE	Antropologue/Coordonnateur	Alter Santé	90 29 10 79
25	Plateaux	Kloto	DJRAMEDO René	AM/Prescripteur	AMC Kpalimé	92 39 72 55
26	Plateaux	Ogou	AMETEPE Raymond	AM/PFR/VIH	DRS Plateaux	90 34 18 80
27	Plateaux	Ogou	BTOSSI Pidénéwè	Sociologue/M&E	DRS Plateaux	90 89 28 80
28	Plateaux	Ogou	TIOU Pawia	AM/Prescripteur	DRS Plateaux	90 19 76 80
29	Plateaux	Wawa	LAWANI Nazif	AM/PF/VIH	CHP Badou	91 71 62 01
30	Plateaux	Wawa	NANOULI Guinam	AM/Prescripteur	CHP Badou	90 94 63 67
31	Centrale	Blitta	GNENI Agouda Malick	AM/PF/VIH	CHP Blitta	90 12 11 21
32	Centrale	Blitta	PITEKELABOU Mangliwe	AM/Prescripteur	CHP Sotouboua	90 34 64 62
33	Centrale	Tchaoudjo	GABLA Mawulawè	AM/PFR/VIH	DRS Centrale	90 03 28 21
34	Centrale	Tchaoudjo	N'WELA Koffi	AM/Prescripteur	CHR Sokodé	91 26 29 35
35	Kara	Dankpen	LAKOUSSAN Ayi	AM/Prescripteur	CHP Guérin-Kouka	90 14 31 80
36	Kara	Dankpen	AMAI Gandji	AM/Prescripteur	CHP Guérin-Kouka	90 06 42 15
37	Kara	Kozah	ASSEKI Koutoula	AM/PFR/VIH	DRS Kara	91 89 07 85
38	Kara	Kozah	KOTEDJA Senguen-pale	Sociologue/M&E	DRS Kara	90 00 27 97
39	Savanes	Oti	QUINDA Débaba	AM/Prescripteur	CHP Mango	91 63 50 03
40	Savanes	Oti	HOKINAI Tchaa	AM/Prescripteur	CHP Mango	90 33 43 25
41	Savanes	Tône	ATEKESSIM Touhéyem	AM/PFR/VIH	DPS Tône	90 39 46 43
42	Savanes	Tône	KPAPIL Yaya	AM/Prescripteur	Asso Vie	90 71 57 72

## EQUIPE DE VALIDATION

n° d'ordre	Nom&Prénom	Région	District	Fonction/Structure	Téléphone
1.	BLEZA Tchou	LC	D5	Gestionnaire de progr de santé PNLS-IST	90383080
2.	Mossiyamba Sewed	LC	D5	ASE/PNLS-IST	90133904
3.	Ktedja Songuen- Pale	KARA	KOZAH	ASE/DRS KARA Représentant DRS	90002797
4.	Lomdo essobouyou	KARA	KOZAH	SFE/PF PTME KOZAH représentant du DPS	90176497
5.	Asseki Koutoula	KARA	KOZAH	AM/SP PFR VIH/Sida	91890725
6.	Botossi pidénémi	Plateau	OGOUE	ASE/DRS plateau	90892880
7.	Apedjagbo Kodje edem	Plateaux	OGCU	Cheff ss Edisp Représentant DRS plateaux	90222211
8.	Acibessyue Rw	Plateaux	Kloto	President ass	90181309
9.	Nyimi Obontchou	CHRLC	D2	chr lc	90265551
10.	KOUKO KETOU	Maritime	D10	PF VIH DRSM	90106266
11.	SESSO Solinou	Maritime	ZIO	Chef de section planification	90232038
12.	Dr NTAPI Kassouta	DRS centrale	Tchaoudjio	DRS central	90162536
13.	Dr DAMARLY S	LC	D5	Conseiller Technique santé	90117360
14.	AISSAH Agounda	LC	D1	PF VIH/DRS LC	90042593
15.	PATHSSE A	LC	D5	Comité The. LC	
16.	TCHAMA - bourasma	LC	D5	Chargé /PTME	90125393
17.	KODJO Massan épse ABALO	Maritime	Golfe	PF/VIH/Golfe CMS	
18.	D'Alnama Léma	LC	D4	Medecin	90224721
19.	DOGBE Djaoutougbe	LC	D3	Assistante Médicale ONG/ACS	91722592
20.	GABLA Aku	Centrale Tchasoudjo	PTR VIH	90738510	
21.	KOKOLOKO E	LC	D5	Statisticien au PNLS	90738510
22.	GANGAK L	LC	D5	Data Manager	90353673
23.	MEDJESSIBIBI	LC	PF/OSC D1	RSE PF-OSC/VIH	90319018
24.	NASSAM M. A.	LC	D5	RSE/PNLS-IST	90167817
25.	LIMAZA ABOLO	LC	-	PSE/SP	90841636
26.	Dr Billong Serge	Cameroun		Consultant	237677121164
27.	Dr ADAM Z	LC	D5	Medecin/PNLS-IST	90873929
28.	DJOBO Gadoh	LC	D5	Agent Comptable	90147422
29.	DAGNRA A	LC	D5	Coordonateur PNLS	90015050