

RAPPORT ANNUEL 2012

Association « Le JADE-Pour la Vie ! »



Sortie éducative et récréative à la plage de Lomé

« **Débout tu es fait pour vivre** »

Janvier 2013

EQUIPE DE REDACTION

LABOE Pakéyendou, Directeur Exécutif

ADEKAMBI Raoufou, Psychologue

PIO Fatimata, Responsable du service psychosocial

d'ALMEIDA yéma, Responsable du service médical

ATCHOU kokou, Responsable du Laboratoire

AKOUETE Dodzi , Comptable gestionnaire

AHADJITSE Koffi, Président du conseil d'administration

Dr GNASSOUNOU- AKPA Eric, Secrétaire Général

SIGLES ET ABBREVIATIONS

| | |
|---------------|--|
| ACS : | Action Contre le Sida |
| AES : | Accident d'Exposition au Sang |
| ARV : | Antirétrovirale |
| AGR : | Activité Génératrice de Revenus |
| BFM : | Bridge Funding Mechanism |
| CNLS : | Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST |
| CA : | Conseil d'Administration |
| CDV : | Conseil Dépistage Volontaire |
| CAP : | Connaissances, Attitudes et Pratiques |
| CHU : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CD4 : | Taux de Lymphocytes T4 |
| CMS : | Centre Médical Spécialisé |
| CFLS : | Comité Frontalier de Lutte contre le Sida |
| DSF : | Division de Santé Familiale |
| DCD : | Décédés |
| EVVIH : | Enfant Vivant avec le VIH |
| EPV : | Education Pour la Vie |
| ESTHER : | Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseaux |
| E d M : | Entrepreneur du Monde |
| EVT : | Espoir Vie Togo |
| FM : | Fonds Mondial |
| FAMME : | Femme en action pour le Mieux être de la Mère et l'enfant |
| IFF-Afrique : | Institut de Formation Fondacio Afrique |
| IO : | Infections Opportunistes |
| IST : | Infections Sexuellement Transmissibles |
| VIH : | Virus de l'Immunodéficience Humain |
| OMD : | Objectifs du Millénaires pour le développement |
| OSC : | Organisations de la Société Civile |
| ONUSIDA : | Organisation des Nations Unis pour Le VIH |
| OEV : | Orphelins et Enfants rendus Vulnérables par le VIH |
| OCAL : | Organisation du Corridor Abidjan Lagos |
| ONG : | Organisation Non gouvernementale |
| PVVIH : | Personne vivant avec le VIH/Sida |
| PEC : | Prise en charge |
| PCR : | Polymerase Chain Reaction (Réaction en chaîne par Polymérase) |
| PNLS : | Programme national de lutte contre les IST/VIH/Sida |
| PECM : | Prise en Charge Médical |
| PHD : | Promotion et Développement Humain |
| PROVONAT : | Programme Volontaire National |

| | |
|---------------|---|
| PASCI : | Programme d'Appui aux organisations de la Société Civile Impliquées dans la réponse aux VIH/sida |
| RT : | République du Togo |
| RAS+ : | Réseaux des PVVIH |
| SIDA : | Syndrome de l'Immunodéficience Acquise |
| SIP : | Syndrome Inflammatoire Pelvienne |
| SOGEA SATOM : | Société de Vinci Construction |
| TS : | Travailleuse de Sexe |
| UDT : | Université Des Tropiques |
| VAD : | Visites à Domicile |
| VAH : | Visites à l'Hôpital |

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| EQUIPE DE REDACTION | 1 |
| SIGLES ET ABREVIATION | 2 |
| SOMMAIRE..... | 4 |
| AVANT PROPOS | 5 |
| REMERCIEMENTS..... | 6 |
| INTRODUCTION | 7 |
| SITUATION DE LA REPOSE ET ANALYSE DES BESOINS | 8 |
| PRESENTATION DE L'ASSOCIATION..... | 10 |
| I- RAPPEL DES OBJECTIFS DE 2012 | 14 |
| II- RESULTATS DES ACTIVITES..... | 15 |
| 2.1. PREVENTION | 15 |
| 2.1.1. SENSIBILISATION EN ENTREPRISE | 15 |
| 2.1.2. SENSIBILISATION A LA FRONTIERE DE KODJOVIAKOPE ET DANS LES QUARTIERS..... | 16 |
| 2.1.3. SENSIBILISATION SPECIFIQUE A L'ENDROIT DES PS..... | 17 |
| 2.1.4. CONSEIL DEPISTAGE | 17 |
| 2.2. PRISE EN CHARGE MEDICALE..... | 18 |
| 2.2.1. CONSULTATION MEDICALE GENERALE | 18 |
| 2.2.2. EDUCATION THERAPEUTIQUE | 19 |
| 2.2.3. TRAITEMENT PAR LES ARV | 19 |
| 2.2.4. SUIVI BIOLOGIQUE..... | 20 |
| 2.2.5. DISPENSATION DES ARV | 20 |
| 2.3. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE..... | 21 |
| 2.3.1. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE | 21 |
| 2.3.2. ACCOMPAGNEMENT ET APPUIS SOCIAUX | 21 |
| 2.3.3. . PRISE EN CHARGE DES EOVS | 22 |
| 2.4. EVALUATION DES PRINCIPAUX INDICATEURS | 24 |
| 2.4.1 INDICATEURS DEPISTAGE IST/VIH/SIDA | 24 |
| 2.4.2. INDICATEURS LA PRISE EN CHARGE MEDICALE | 25 |
| 2.4.3. INDICATEURS LA PRISE EN CHARGE MEDICALE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE..... | 25 |
| 2.5. LES EFFETS ET IMPACTS | 26 |
| 2.5.1. PREVENTION | 26 |
| 2.5.2. IMPACT DU SUIVI MEDICAL | 26 |
| 2.5.3. IMPACT DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL | 27 |
| 2.6. COORDINATION ET GOUVERNANCE | 28 |
| 2.6.1. COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES | 28 |
| 2.6.1.1. ATELIER DE LANCEMENT DES ACTIVITES DE L'ANNEE | 28 |
| 2.6.1.2. REUNION DE PARTAGE SPECIFIQUE DES PROJETS | 28 |
| 2.6.1.3. REVUE D'ACTIVITES..... | 28 |
| 2.6.1.4. REUNIONS DE SUIVI HEBDOMADAIRE..... | 28 |
| 2.6.1.5. REUNIONS DE SUIVI DU BUREAU EXECUTIF DE L'ASSOCIATION..... | 29 |
| 2.6.1.6. LES SUPERVISIONS | 29 |
| 2.6.2. VIE ASSOCIATIVE | 29 |
| 2.6.2.1. ASSEMBLEE GENERALE..... | 29 |
| 2.6.2.2. CONSEIL D'ADMINISTRATION..... | 29 |
| 2.6.2.3. FESTIVITES DES DIX ANS DE L'ASSOCIATION..... | 30 |
| 2.6.2.4. PLANIFICATION STRATEGIQUE | 30 |

| | |
|--|----|
| 2.7. RESSOURCES | 31 |
| 2.7.1. RESSOURCES HUMAINES..... | 31 |
| 2.7.2. RENFORCEMENT DE CAPACITES | 33 |
| 2.7.3. RESSOURCES FINANCIERES | 34 |
| 2.7.3.1. DIFFICULTES DE MOBILISATION | 34 |
| 2.7.3.2. REPARTITION DES FONDS MOBILISES | 35 |
| 2.7.3.3. ETAT DES DEPENSES PAR AXES D'INTERVENTION | 36 |
| III – DIFFICULTES ET SUGGESTIONS | 37 |
| 3.1. LES DIFFICULTES | 37 |
| 3.2. LES APPROCHES CORRECTRIVCES | 37 |
| 3.3. QUELQUES SUGGESTIONS | 37 |
| IV - PERSPECTIVES..... | 38 |
| CONCLUSION | 39 |

AVANT PROPOS

En 2012, l'Association « Le JADE-Pour la Vie ! » a élaboré pour la première fois un plan stratégique. Il couvre la période de 2012-2015. La mise en œuvre du plan a commencé en 2012 conformément aux stratégies identifiées.

Aux termes de la première année de mise en œuvre, un rapport s'avère important pour apprécier le niveau d'atteinte des résultats attendus. Ce rapport permettra de prendre des décisions pour mieux aborder la deuxième année.

Les résultats obtenus sont l'effort consenti par les différents acteurs impliqués, les membres de l'Association, les institutions étatiques, les partenaires au développement locaux et étrangers à travers leurs appuis multiformes.

C'est le lieu d'adresser à tous, les gratitudes des bénéficiaires.

REMERCIEMENTS



Nos remerciements vont également à **SOGEA SATOM**, **Compassion** et d'autres encore pour tout ce qu'ils ont fait.

INTRODUCTION

Partout ailleurs dans le monde, on note une avancée significative de la réponse au VIH. De plus en plus, des constats relèvent une diminution continue du nombre de nouvelles infections (conférence de Washington 2012).

Au Togo, Près de 25 années après la découverte de la première infection, des résultats considérables ont été obtenus dans la réponse au VIH. Les acquis sont perceptibles dans les domaines de la prévention, de la prise en charge globale, en témoigne le taux de prévalence qui est passé de 3,5% en 2002 à 3% en 2011.

Aujourd'hui, il est plus facile de vivre mieux et plus longtemps avec le VIH. Néanmoins, il ne faudra pas perdre de vue que les motifs d'inquiétude restent nombreux. C'est pourquoi l'un des défis majeurs du Gouvernement Togolais est d'intensifier ses efforts pour stopper l'épidémie et d'en inverser le cours d'ici 2015 comme l'exprime clairement son nouveau plan stratégique 2012-2015 qui s'inscrit dans la perspective de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Dans le souci de préserver ces acquis et de contribuer à zéro infection, les organisations de la Société Civile Togolaise de la réponse aux VIH s'organisent pour accompagner efficacement l'Etat dans les engagements pris.

L'Association « le JADE-Pour la vie ! » n'est pas du reste. A l'aube de ses dix (10) ans dans la réponse au VIH, elle s'est inscrite dans la continuité dans l'environnement de baisse généralisée des ressources en mettant un accent sur la professionnalisation de ses actions.

Après un an de mise en œuvre des activités, elle a élaboré ce rapport structuré en quatre points, le rappel des objectifs de 2012, les résultats des activités, les difficultés, les propositions d'approches correctrices.

SITUATION DE LA REPONSE ET ANALYSE DES BESOINS

Contexte national en 2012

L'infection par le VIH demeure un problème de santé publique et de développement. Les dernières estimations de l'épidémie montrent que la prévalence du VIH au Togo était de 3.4% en 2010. Cette épidémie reste stable depuis 5 ans et en 10 ans le Togo a réduit de 58% le nombre de nouvelles infections.¹

Selon ONUSIDA, le Togo fait partie du groupe des 25 pays dans le monde qui ont réduit les nouvelles infections de plus de 50%. Mais cette prévalence du VIH reste l'une des plus élevée de la région Ouest Africaine. L'épidémie s'est féminisée. Sur les 130 000 PVVIH adultes, 73 000 sont des femmes soit 56%. Cette féminisation est encore plus marquée chez les jeunes de 15-24 ans. Sur 15 000 jeunes filles vivant avec le VIH en 2011, 6 400 garçons, soit deux jeunes filles infectées pour un jeune garçon.²

Si dans la population générale la prévalence est stable, on observe une diminution du taux d'incidence (nouvelles infections). Ainsi entre 2001 et 2011, les nouvelles infections ont baissé dans la population générale de 58%. Elle est de 45% chez les enfants de 0 à 14 ans. Elle est près de 57% chez les professionnels du sexe entre 2005 et 2011.

Les études CAP réalisées entre 2000 et 2010 montrent un niveau relativement élevé de connaissances du VIH dans la population générale. 88% des enquêtés connaît l'ensemble des modes de transmission du VIH. 80% maîtrisent l'ensemble des moyens de prévention du VIH. Cependant, certains comportements à risques et quelques idées fausses sur le VIH et le sida persistent.³

Dans le cadre de l'accès universel aux soins et aux traitements, des progrès ont été accomplis. En 2011, 141 structures de prise en charge médicale assuraient le traitement, les soins et le suivi des PVVIH. Plus de la moitié des PVVIH résident à Lomé. En fin 2011, 29045 PVVIH (adultes et enfants) sont mises sous traitement antirétroviraux, soit une augmentation de 18% en un an et un taux de couverture de 59,8%. Seulement 1814 enfants bénéficient du traitement ARV soit 18% du taux de couverture.

Depuis le 1er octobre 2007, le traitement ARV est rendu gratuit. La dispensation des ARV est décentralisée. En 2010, 53 centres repartis sur tout le territoire dispensent les ARV. Le suivi biologique des PVVIH par le comptage des CD4 est assuré. 24 appareils repartis dans les villes du pays sont fonctionnels. L'examen par PCR est possible depuis 2010. Les PVVIH sous ARV ont bénéficié de 22009 bilans biologiques en 2011 contre 12868 en 2010. 31 559 PVVIH ont reçu une prophylaxie au Cotrimoxazole et 13 017 cas d'infections opportunistes ont été traités. Le Togo a institutionnalisé la gratuité des bilans pré-thérapeutiques et de suivi. Mais cette gratuité ne couvre pas toutes les cibles.

En matière de soins et soutien aux OEV, 89 000 OEV ont été enregistrés et suivis en 2011.

¹ Plan stratégique national 2012-2015

² Rapport ONUSIDA 2012

³ GARD 2012

Ces résultats témoignent des efforts soutenus du gouvernement, de la société civile et des partenaires techniques et financiers depuis la mise en place du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST en 2001.

Ces efforts doivent être consolidés et renforcés, notamment en matière d'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement.

Le Togo doit relever le défi de l'accès universel pour offrir les ARV à plus de 80% des PVVIH qui en ont besoin, réduire de façon significative le taux de décès liés au SIDA et parvenir à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015. Il doit en outre mettre en place un programme très dynamique en matière de prévention en direction des professionnels du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

PRESENTATION DE L'ASSOCIATION

Créée le 28 août 2002 par un groupe d'hommes et de femmes, convaincus de la primauté de la personne, considérant notamment que chaque être humain est unique et irremplaçable et qu'il a droit à la vie et à la dignité quelle que soit sa situation, l'Association « Le JADE-Pour la Vie ! » n'a pas cessé d'apporter sa contribution à la lutte contre la pandémie du VIH/sida en assurant une prise en charge complète, globale et intégrée des PVVIH et d'améliorer la prévention d'infection à VIH/Sida surtout chez les jeunes et les populations cibles et considérées à risque.

Vision

Ouvrer pour l'épanouissement des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVIH) sur le plan moral, médical, social, économique que spirituel.

Mission

S'investir dans la prévention, la prise en charge, la formation et l'accompagnement pour redonner espoir aux PVVIH, à leur famille et à toute l'humanité.

Devise

Charité, Fraternité, Espérance.

Cibles

PVVIH, adultes et jeunes de toute catégorie socio professionnelle (professionnels de sexe, les routiers, les migrants les corps habillés) et religieuse, OEV et autres populations considérées à risque.

Figure 1. Zone d'intervention dans l'ensemble national

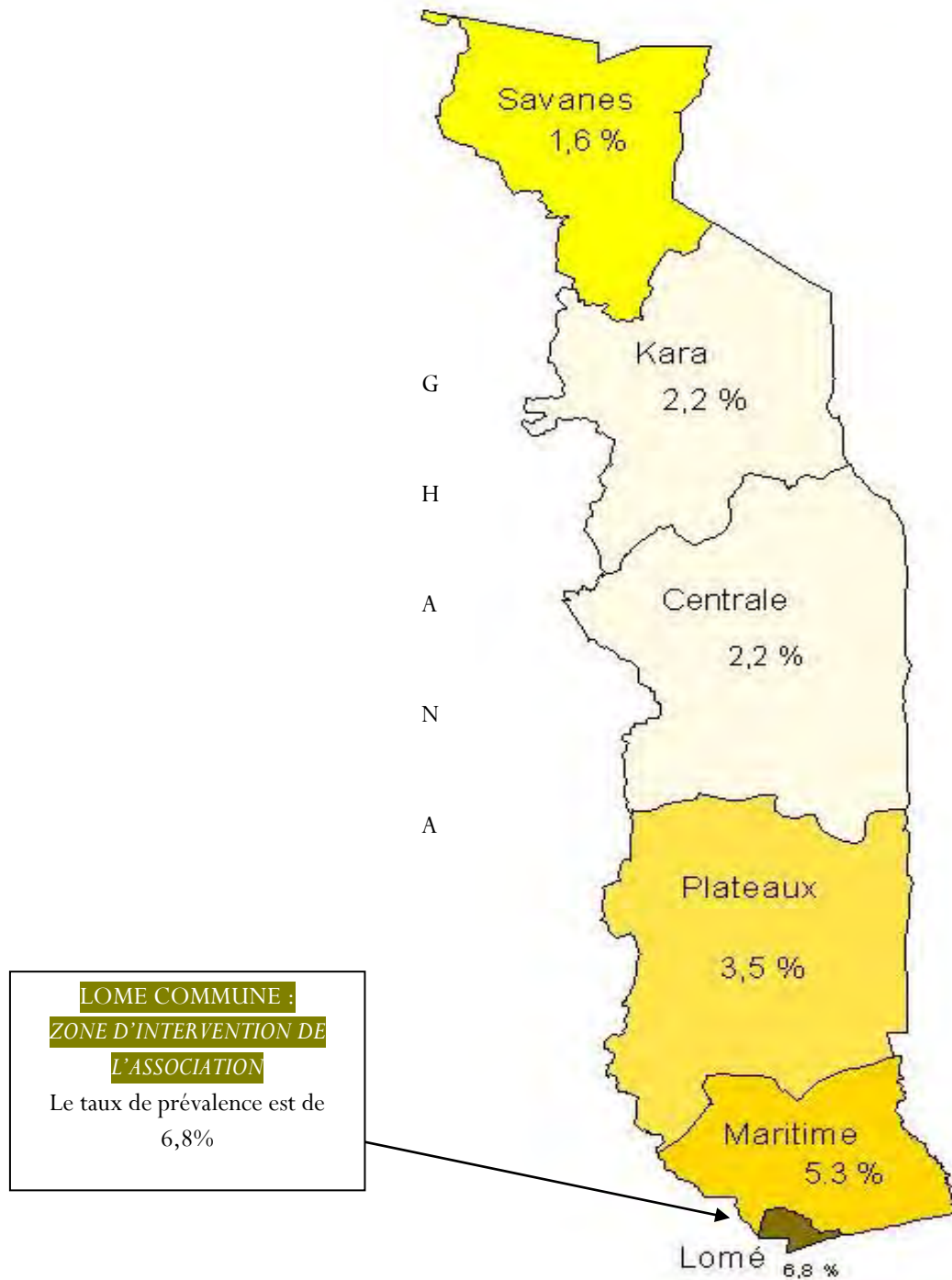
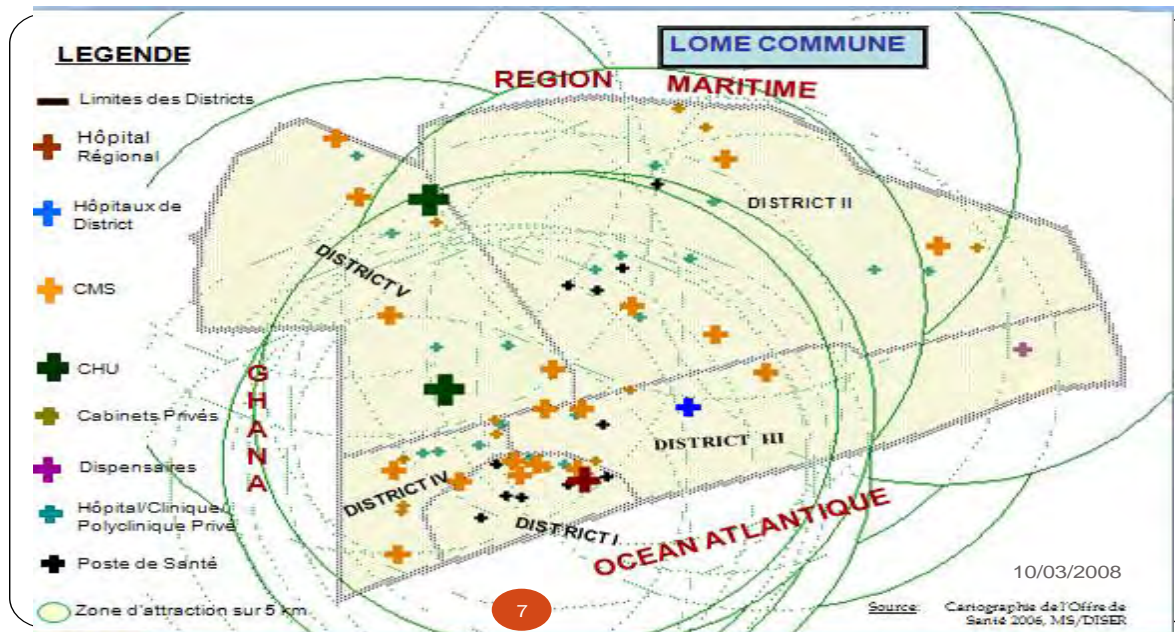


FIGURE1 : REPUBLIQUE DU TOGO

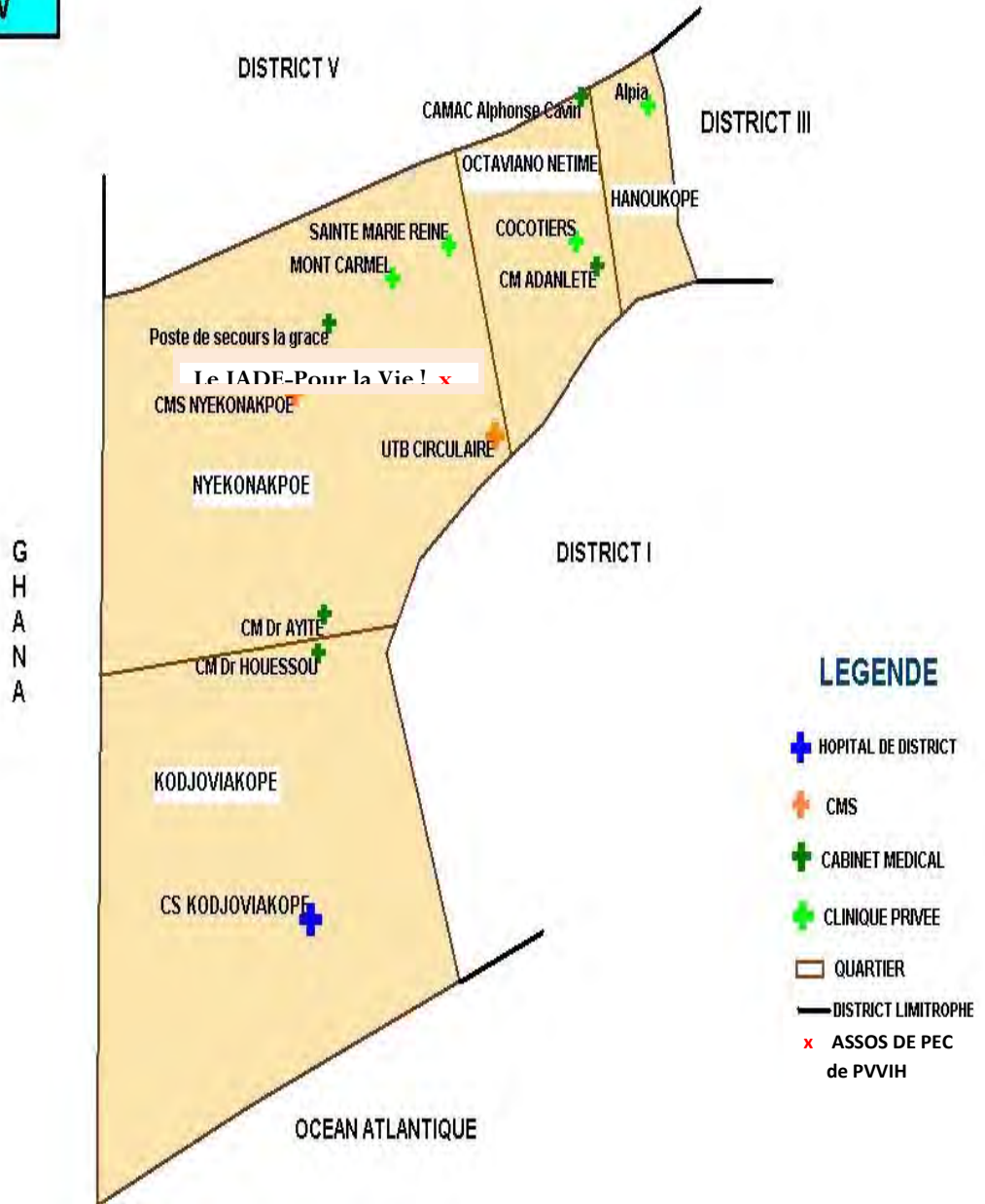
Figure 2. Aire sanitaire de la région Lomé-Commune



A partir de l'arrondissement 4 (district 4) de la carte ci-dessus, l'Association rayonne dans toute la commune de la capitale par ses interventions. Les stratégies utilisées permettent d'atteindre les bénéficiaires où ils (elles) se trouvent dans la commune de Lomé et ses environs.

Figure 3. Carte district sanitaire 4 : Site de l'Association

**CARTE SANITAIRE
DU DISTRICT IV**



Le site de l'association est dans le district sanitaire n°4, (figure 3). C'est une zone frontalière avec le Ghana particulièrement exposée à la pandémie. L'Association dispose d'un Centre Médical Spécialisé (CMS) où se mène la plupart des activités. Depuis sa création son paquet d'activité s'adapte aux besoins des cibles. C'est ainsi que ce paquet n'a cessé d'évoluer pour répondre au mieux aux défis que la réponse lui impose. Démarré avec des consultations médicales, nous sommes aujourd'hui à une prise en charge globale.

I RAPPEL DES OBJECTIFS DE 2012

L'objectif général de l'Association est de contribuer à l'amélioration de la prévention de l'infection, la prise en charge globale des PVVIH et un soutien multiformes aux familles.

Spécifiquement, il s'agit d'atteindre de janvier à décembre les résultats contenus dans le ci-dessous.

Tableau 1 : Les objectifs annuels par domaine de janvier à décembre 2012.

| Objectifs |
|---|
| DEPISTAGE VOLONTAIRE ANONYME |
| réaliser 5200 dépistages volontaires et anonymes en stratégie fixe et avancée |
| PRISE EN CHARGE MEDICALE |
| prendre en charge 1181 patients |
| réaliser 249 Bilan pré thérapeutiques |
| atteindre 563 patients sous ARV |
| prendre en charge 179 cas d'IO et 179 cas d'IST |
| réaliser le bilan de suivi biologique à 269 patients |
| référer 20 patients pour des consultations et examens spécialisés |
| PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE |
| Nombre de 351 conseils aux PVVIH |
| Réaliser 24 groupes de paroles aux patients |
| Réaliser 90 séances d'éducation thérapeutique |
| Réaliser 976 visites à domicile |
| Offrir 300 repas conviviaux aux patients |
| Offrir 180 kits alimentaires aux patients adultes (55) et enfants (35) |
| Organiser une journée récréative à 200 OEV |
| Offrir un appui scolaire à 74 enfants |
| Apporter un accompagnement à 25 patients réalisant des AGR |
| Apporter d'autres appuis sociaux à 258 patients |
| Consultations médicales subventionnées aux adultes |
| Consultations médicales subventionnées aux enfants |
| Ordonnances subventionnées aux patients |

II RESULTATS DES ACTIVITES

2.1 PREVENTION

Les activités de prévention consistent à offrir des informations fiables et actualisées à toute personne désireuse. Ces informations sont disponibles aux CMS. Elles sont aussi apportées aux populations dans leurs quartiers de résidence et sur les lieux de travail (mobilisation communautaire). Cette mobilisation communautaire cible toutes les catégories socioculturelles, socioprofessionnelles et religieuses, avec un accent particulier sur les cibles les plus vulnérables. Pour être efficace, elle est couplée de diagnostic et de traitement précoce des IST et du dépistage du VIH.

2.1.1. Sensibilisation en entreprise

En 2012, une seule entreprise a reçu les prestations de l'Association. Il s'agit de SOGEA SATOME.

Trois séances de causeries éducatives couplées de conseils/dépistages ont été tenues sur les sites de préfabrication, sur l'avenue calais et à la direction de l'entreprise les 28 au 30 Mars 2012.



Séance de sensibilisation à la direction de Nukafu

Sensibilisation à la préfabrication

Au total, 169 personnels et ouvriers ont pris part aux séances, parmi lesquels 101 ont accepté le conseil/dépistage du VIH. Les cas positifs ont intégré la file active de l'Association.

2.1.2. Sensibilisation à la frontière de Kodjoviakopé et dans les quartiers

Dans le cadre du projet de renforcement de la prévention et la prise en charge des IST/VIH/SIDA le long du corridor Abidjan Lagos et du Bridge Funding Mechanism, financé par Organisation du Corridor Abidjan Lagos, l'Association a mis en place une équipe médicale sur le site du Comité Frontalier de Lutte contre le SIDA de Kodjoviakopé pour sensibiliser et dépister les populations vulnérables et à risque dont les professionnelles de sexe, Hommes ayant des rapports avec les hommes, les routiers, migrants, commerçants, les jeunes et les corps habillés.

La mobilisation de proximité et de masse ont été les stratégies utilisées pour atteindre ces cibles.

La sensibilisation a eu lieu dans les maisons clauses des professionnelles de sexe (PS), les marchés environnants, les gares routières des quartiers environnants, les garnisons, et les centres socio-médicaux. Au total, 25 sites ont été visités.

8000 personnes ont été sensibilisées sur le VIH/sida, les voies de transmissions et les moyens de prévention des IST/VIH sida.

Les cas d'IST dépistés et traités figurent dans les tableaux ci-dessous

Tableau 2 : Répartition des cas d'IST par sexe et tranches d'âge.

| Types d'IST | Masculin | | Féminin | | Total |
|--------------------------------|----------|------------|-----------|-------------|-------------|
| | 0-14 | >15 | 0-14 | >15 | |
| Ecoulement vaginal | 0 | 0 | 57 | 941 | 998 |
| Ecoulement urétral | 0 | 542 | 0 | 0 | 542 |
| Ulcération génitale | 0 | 57 | 17 | 68 | 142 |
| Prurigo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Douleur abdominale basse (SIP) | 0 | 0 | 16 | 39 | 55 |
| Total | 0 | 599 | 90 | 1048 | 1737 |

Source : rapport de sortie et registre IST

65% des cas d'infections se retrouvent chez les femmes. Les écoulements vaginaux sont le plus enregistrés, soit un taux de 57,5%.

Tableau 3 : Répartition des cas d'IST par Cibles.

| Types d'IST | Corps Habillés | Professionnelle de sexe | Commerçant | Routier | Autres | Total |
|--------------------------|----------------|-------------------------|-------------|------------|-----------|-------------|
| Ecoulement vaginal | 14 | 13 | 923 | 00 | 48 | 998 |
| Ecoulement urétral | 94 | 00 | 266 | 173 | 09 | 542 |
| Ulcération génitale | 05 | 31 | 86 | 18 | 02 | 142 |
| Prurigo | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Douleur abdominale basse | 00 | 01 | 34 | 00 | 20 | 55 |
| Total | 113 | 45 | 1309 | 191 | 79 | 1737 |

Source : rapport de sortie et registre IST

Les IST ont été dépistés et traités plus chez les personnes ayant déclaré être des commerçants (75,4%). Ceci se justifie, car la zone frontalière est un carrefour commercial.

2.1.3. Sensibilisation spécifique à l'endroit des PS

La mobilisation s'est faite dans le cadre d'un projet ESTHER conçu à cet effet. Cette spécificité est liée aux conditions (activité la nuit) pour optimiser les résultats.

Les agents mobilisateurs formés à cet effet, ont sensibilisé les PS sur leur lieu de travail puis les ont fait déplacer vers le Centre de soins pour bénéficier des prestations du conseil/dépistage et prise en charge des cas IST.

90 PS ont été sensibilisées et dépistées. 14 cas positifs ont été enregistrés. Ces cas positifs ont intégré la file active de l'association.

2.1.4. Conseil Dépistage

Le conseil et le dépistage du VIH se réalisent au CMS et lors des sorties de mobilisation. Les résultats globaux de cette activité de prévention du VIH sont donnés dans les tableaux suivants.

Notons qu'au total 7508 dépistages ont été réalisés, dont 375 au CMS et 7133 dans la communauté. Ces résultats dépassent largement les objectifs de l'année.

Tableau 4 : Répartition par sexe des personnes dépistées en 2012.

| Sexe et âge | Masculin | | Féminin | | Total |
|----------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------|
| | 0-14 et+ | 15 et+ | 0-14 et+ | 15 et+ | |
| Personnes dépistées | 765 | 2775 | 849 | 3119 | 7508 |
| Cas positif | 72 | | 209 | | 281 |

Source : rapport mensuel et registre dépistage

3,7% des cas dépistés sont positifs, dont 2,6% chez les personnes de sexe féminin. Les résultats révèlent une régression du taux de positivité auprès de ces dernières par rapport aux années passées (13,6% en 2010, 3,7% en 2011 et 2,6% en 2012).

L'évolution globale des nouvelles infections est en dent de scie depuis quatre ans. 6,6% et 2,7 en 2009 et 2011, elle est 3,6% en 2012.

Tableau 5 : Répartition des cas positifs par tranche d'âges

| Tranche d'âges | 0-14 | 15-19 | 20-24 | 25-34 | 35-49 | 50 ans + | Total |
|----------------|------|-------|-------|--------------|-------|----------|------------|
| Total | 09 | 11 | 25 | 128 | 83 | 25 | 281 |
| % | 3,20 | 3,91 | 8,90 | 45,55 | 29,54 | 8,90 | 100,00 |

Source : rapport mensuel et registre dépistage

Les tranches d'âge de 25-34 et 35-49 ans ont enregistré plus de cas positifs. L'infection reste concentrée dans la tranche d'âge de 25-34 ans du sexe féminin, contrairement au plan national.

Tableau 6 : Répartition des dépistés par catégorie socioprofessionnelle

| Catégorie | Effectif | % |
|--------------------------|-------------|---------------|
| Routiers | 1210 | 16,12 |
| Commerçants | 2978 | 39,66 |
| Jeunes | 2199 | 29,29 |
| Migrants | 232 | 3,09 |
| Professionnelles de sexe | 195 | 2,60 |
| Personnes en uniformes | 654 | 8,71 |
| Autres | 40 | 0,53 |
| Total | 7508 | 100,00 |

Source : rapport mensuel et registre dépistage

Les personnes dépistées ayant déclaré exerçant la profession de commerçant ont été les plus enregistrés, comme pour le dépistage des IST.

2.2. PRISE EN CHARGE MEDICALE

Elle a consisté à offrir aux patients un paquet d'activités faites de conseils sur la maladie, les moyens de promouvoir la santé et la prise en charge des plaintes.

2.2.1. Consultation médicale générale

Les patients reçus en consultation médicale sont pour la plupart des personnes vivant avec le VIH présentant ou non une infection opportuniste (IO). Le service médical a reçu en moyenne vingt patients par jour.

Tableau 7 : Situation de nouveaux patients en 2012 au CMS

| | Féminin | | Masculin | | Total File active |
|--|---------|---------------|----------|---------------|-------------------------|
| | ≤14ans | 15ans et + | ≤14ans | 15ans et + | |
| Nouveaux patients enregistrés | 3 | 76 | 1 | 35 | 115 |
| Nouveaux patients ayant bénéficié d'ARV | 3 | 65 | 3 | 21 | 92 |

Un nouveau cas sur 1,3 rencontrés a été mis sous traitement ARV.

Tableau 8 Répartition des cas IO par sexes et tranches d'âges en 2012 au CMS

| Types d'IO | Sexe et âges | | | | File active |
|----------------------------------|--------------|-----------|----------|-----------|-------------|
| | Masculin | | Féminin | | |
| | 0-14ans | ≥15ans | 0-14ans | ≥15ans | |
| Pathologie digestive | 0 | 0 | 0 | 40 | 40 |
| Zona | 0 | 11 | 0 | 2 | 13 |
| Candidoses | 0 | 4 | 0 | 14 | 18 |
| Herpès buccal | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| Pathologies respiratoires | 0 | 19 | 0 | 2 | 21 |
| Prurigo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mycoses cutanées | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total en fin 2012 | 0 | 35 | 0 | 62 | 97 |

Source : cahier de rapport mensuel

Selon les données du service médical, on constate que 19% des patients sous traitement ARV ayant utilisé les consultations ont présenté une IO.

2.2.2. Education thérapeutique

Elle a pour fondement l'exploration et le renforcement de la compétence en VIH du patient.

Ainsi, le travail est fait avec chaque patient selon son niveau de compétence. La méthodologie généralement utilisée consiste à offrir au patient, deux séances sur la connaissance du VIH/SIDA, une séance avant le démarrage du traitement et une séance après 14 jours de traitement.

Des séances supplémentaires sont offertes aux patients présentant des problèmes au cours du traitement.

Au cours des douze mois d'activités, **116** séances d'éducatives thérapeutiques individuelles au bénéfice de **104** patients adultes et enfants.

2.2.3 Traitement par les ARV

Tableau 9 : Résultats de la prise en charge en 2012

| | Féminin | | Masculin | | Total File active |
|------------------------------------|---------|------------|----------|------------|-------------------|
| | ≤14ans | 15ans et + | 0-14ans | 15ans et + | |
| Total des PVVIH suivi en 2012 | 38 | 809 | 25 | 333 | 1205 |
| Total des PVVIH sous ARV | 19 | 379 | 6 | 120 | 524 |
| Perdu de vue (VAD) sous ARV | 0 | 29 | 1 | 31 | 61 |
| DCD sous ARV | 0 | 8 | 2 | 0 | 12 |

Source : registres du service médical et ESOPE.

Les tableaux 7 et 9 présentent les résultats liés au traitement par les ARV. Les inclusions de nouveaux patients sous ARV continuent par être importantes, soit 59,8%. Cela

s'explique sans doute par les multiples campagnes de dépistages organisés par l'Etat et ses partenaires mais aussi par une médiatisation accrue autour de la gratuité des ARV.

2.2.4. Suivi biologique

Depuis décembre 2011, fin de la première phase de la série 8 du FM, le bilan biologique n'est plus gratuit. Seul le laboratoire de référence du CHU Sylvanus Olympio continue par offrir gratuitement le dosage du CD4. Cette situation a toujours occasionné une grande demande de la part des patients incapables de payer leur examen. La sur-utilisation de cette prestation a créé de ruptures fréquentes de stock de réactifs. Vu les difficultés que connaissent les patients, le CMS s'est impliqué en mettant en place une stratégie qui a facilité le dosage des CD4 en collaboration avec le laboratoire de référence. 96% des demandes du CMS ont été satisfaites.

Notons que le CD4 a été le seul moyen d'appréciation du traitement. Face aux difficultés de réaliser la PCR démarrée en Août et arrêtée en Décembre pour rupture de réactifs.

2.2.5. Dispensation des ARV

Tableau 8 Répartition des patients par lignes de traitement en 2012.

| Ligne de traitement | Féminin | | Masculin | | File active |
|-----------------------------|-----------|------------|----------|------------|-------------|
| | 0-14ans | 15ans et + | 0-14ans | 15ans et + | |
| 1ère ligne | | | | | |
| Triomune pédiatrique | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Triomune 30mg | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Duovir-stocrin 600mg | 7 | 15 | 3 | 11 | 36 |
| TDF+3TC+STOCRIN | 6 | 26 | 3 | 13 | 48 |
| Duovir-N | 9 | 308 | 2 | 94 | 414 |
| Total 1ère ligne | 22 | 349 | 8 | 119 | 498 |
| 2ème ligne | | | | | |
| ABC-DDI-ALU | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| TDF+3TC/RIT+ATV | 0 | 4 | 0 | 1 | 5 |
| TDF +3TC/ALU | 0 | 12 | 0 | 8 | 20 |
| Total 2ème ligne | 0 | 17 | 0 | 9 | 26 |
| Total fin décembre | 22 | 366 | 8 | 128 | 524 |

Source : cahier de rapport mensuel

95% de patients sont sur la première ligne de traitement. Le protocole de référence le Duovir-N (AZT-3TC-Nev) est le plus utilisé. Les protocoles de Triomune Pédiatrique et Triomune adulte ont été abandonnés à cause de la toxicité de la Stavudine⁴. Le protocole de deuxième ligne a légèrement progressé.

⁴ Recommandation du PNLP

2.3. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE

Ce paquet d'activités comprend l'accompagnement psychologique, et les divers accompagnements et appuis sociaux offerts aux patients.

2.3.1. Accompagnement psychologique

L'accompagnement psychologique regroupe un paquet de prestations. La consultation psychologique, les séances d'aide à l'observance, le groupe de parole et les visites. Les résultats de ces prestations sont dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 9 : Résultats des activités psychologiques et sociales du CMS en 2012

| Indicateurs | Nombre |
|---|-------------|
| Visites à domicile | 116 |
| Visites à l'hôpital | 06 |
| Conseils psychosociaux | 557 |
| Groupes de paroles | 11 |
| Club d'observance thérapeutique | 12 |
| Séance d'éducation thérapeutique | 11 |
| Nouveaux OEV enregistrés en fin Décembre 2012 | 27 |
| Nouveaux PVVIH enregistrés | 62 |
| Nombre de PVVIH en 2012 | 1138 |

Source : Rapport mensuel

Les besoins exprimés par les patients ne cessent de croître, alors que les moyens se raréfient. Pour cette raison, certaines activités ont connu une baisse drastique. 12% des visites et 25% des séances d'observance thérapeutique ont été réalisées comparativement à 2011.

2.3.2. Accompagnement et appuis sociaux

Elle regroupe les aides d'urgence, les Activités Génératrices de Revenus (AGR) et les soutiens divers...

Tableau 10 : Situation des appuis offerts aux patients en 2012

| Indicateurs | Nombre |
|--|--------|
| Nombre d'adultes ayant reçu d'appui nutritionnel | 83 |
| Nombre d'enfants ayant reçu d'appui nutritionnel | 77 |
| Consultations médicales subventionnées aux adultes | 1268 |
| Consultations médicales subventionnées aux enfants | 190 |
| Ordonnances subventionnées | 67 |
| Repas convivial offerts aux patients | 15 |
| Autres appuis scolaires | 69 |
| Activités Génératrices de Revenues | 27 |

27 personnes sur 116 demandes ont bénéficié d'une subvention pour une AGR, en six mois 15 demandes de repas ont été offertes au PVVIH dénutris sur 158 besoins

Pour des raisons de rareté de ressources évoquée plus haut, Il devient de plus en plus difficile de soutenir les patients. Pourtant ces appuis leur sont nécessaires à cause de leur situation de précarité. Cet état de chose décourage les patients et influence gravement leur motivation au traitement.

2.3.3. Prise en charge des EOVI

L'Association attache une grande importance à l'accompagnement des enfants, car ils sont les plus touchés par les effets du VIH sur leur ménage. Le VIH/SIDA affecte considérablement l'économie des ménages et réduit la jouissance des droits légitimes de ces enfants. C'est pourquoi ils font l'objet d'attention particulière.

Les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) et les enfants vivant avec le VIH (EVVIH) reçoivent en plus des prestations courantes, des accompagnements ou activités spécifiques pour leur épanouissement. Ces accompagnements sont soit au profit d'eux tous. C'est le cas de la fête de fin d'année dénommée « fêtes des amis du JADE ». Ils sont aussi spécifiques au profit des enfants infectés (EVVIH) ou au bénéfice des OEV (enfants de parents infectés), cas de l'Education pour la vie (EPV).

Les enfants infectés sont préparés à l'annonce du résultat de leur statut et des stratégies d'accompagnement au traitement. C'est une méthodologie complexe faite de prestations variées. Elle nécessite des compétences et des outils adaptés.

Ce volet délicat et passionnant de la prise en charge de l'enfant infecté a souffert énormément de l'insuffisance de financement comme les autres activités de l'association.

Par contre l'EPV est administré aux OEV. C'est un groupe d'auto- support bâti sur des activités préparées et animées par les enfants sous la supervision d'une équipe technique. Il s'agit entre autres de groupe de parole pour enfants, de théâtre et de sorties récréatives (activités manuelles et artistiques).

Le tableau ci-dessous présente les résultats obtenus pendant les douze mois d'activités.

Tableau 11: Résultats de l'accompagnement des enfants infectés en 2012

| Indicateurs | Effectifs |
|---|-----------|
| EVVIH en 2011 | 52 |
| EVVIH enregistré en 2012 | 3 |
| EVVIH sous traitement par ARV | 29 |
| Nombre d'EVVIH engagés dans les séances d'annonce | 28 |
| Séances d'annonces animées | 21 |
| Nombre d'EVVIH qui connaissent leur statut | 10 |
| Groupes de parole pour EVVIH | 5 |
| Sorties éducative et récréatives | 3 |
| Nombre d'EVVIH en fin 2012 | 55 |

Tableau 12: Résultats des activités de soutien aux OEV

| Indicateurs | Effectifs |
|----------------------------------|-----------|
| Nombre d'OEV en 2011 | 405 |
| Nouveaux OEV enregistrés en 2012 | 46 |
| Enfants engagés dans l'EPV | 32 |
| Groupes de parole EPV | 2 |
| Sorties éducative et récréatives | 0 |
| Total OEV en 2012 | 451 |

Il n'y a pas eu de sorties pour les enfants par manque de moyen financiers.

Les enfants bénéficient également de soutien scolaire. Il est fait grâce au financement apporté par Inner Wheel.

En effet, un partenariat existe entre l'Association et Inner Wheel club de Lomé depuis sa création.

Il y a quatre ans ce partenariat a fait naître un projet de facilitation de la scolarité des jeunes filles orphelines et rendues vulnérables par le VIH. Un processus d'appui à la fille du cours primaire jusqu'à la classe de 3^e.

16 enfants ont été soutenus au de cours l'année scolaire 2011-2012. Le soutien consiste à offrir des articles scolaires, tenue scolaire aux enfants et leur suivi à l'école et à la maison. Il permet également d'offrir gratuitement des visites médicales et de kits nutritionnels aux enfants.

La contribution des parents a été remarquable cette année. L'Association a mis à disposition une volontaire pour assister les enfants qui présentent des insuffisances de résultats. Tout ceci a permis d'obtenir un taux de réussite de 87%.

Un cas de décès a été enregistré malheureusement parmi ces enfants au cours de l'année.



Réception et distribution de kit scolaire et alimentaire aux petits amis du JADE par Inner Wheel

Malgré l'insuffisance des ressources financières, l'Association a organisé en fin d'année 2012 la fête à ses petits amis.

L'objectif étant de permettre aux enfants d'avoir un temps de partage convivial couplé d'activités ludiques, intellectuelles et surtout des activités de bonnes conduites de la vie courante.



Cette fête est aussi une occasion pour les enfants de passer de joyeux moments de fêtes de fin d'année. Cette année la fête a eu lieu le vendredi 21 décembre 2012. , **sous le thème « donnons de la joie aux orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/Sida »**. Le contexte général de crise financière a profondément influencé l'organisation. 37% du budget⁵ a été mobilisé. L'Association n'a pas pu louer un cadre pour la fête. C'est le site de l'association trop exigu qui a été utilisé. Le nombre d'enfants ayant participé a été baissé.⁶

Au-delà de ces contraintes, les enfants présents ont pu dérouler le programme de la journée soigneusement préparées par eux même avec l'appui de l'équipe d'encadrement. Il s'agit de jeux - concours dotés de prix, chants et danses, sketch récital, jeux d'orthographe. Le sketch a porté sur les mauvaises compagnies pour attirer leur attention sur les pièges de la vie.

Ces différentes prestations ont permis aux enfants de connaître un moment de détente et d'épanouissement.

2.4 EVALUATION DES PRINCIPAUX INDICATEURS

2.4.1. INDICATEURS DE PISTAGE DES IST/VIH/Sida

Tableau 14 : Synthèse Indicateurs de dépistage

| Indicateurs | Prévision | Réalisation | % |
|----------------------------|-----------|-------------|--------|
| Patients dépistés pour VIH | 5200 | 7508 | 144,4 |
| Patients traités pour IST | 179 | 2020 | 1128,5 |

⁵ Budget de 899 000 FCFA

⁶ 71 au lieu de 92

La lecture du tableau révèle que les résultats sont largement au dessus des attentes.

2.4.2. INDICATEURS DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

Tableau 15 : Synthèse Indicateurs de prise en charge médicale

| Indicateurs | Prévision | Réalisation | % |
|-----------------------------------|-----------|-------------|--------|
| Patients traités par les ARV | 563 | 524 | 93 |
| Patients traités pour IST | 179 | 2020 | 1128,5 |
| Patients traités pour IO | 179 | 97 | 54,2 |
| bilan pré thérapeutique réalisées | 50 | 52 | 184 |
| bilan de suivi biologique réalisé | 269 | 144 | 53,5 |
| Consultation et examen spécialisé | 20 | 7 | 35 |

Le tableau 15 révèle que la prise en charge des IST est la plus réalisée. Le bilan de suivi biologique est le moins utilisé par les patients. L'arrêt de la subvention du FM pourrait en être l'une des causes.

2.4.3. INDICATEURS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE

Tableau 16 : Indicateurs de prise en charge psychologique et sociale

| Indicateurs | Prévus | réalisés | % |
|--|--------|----------|-----|
| Nombre de conseils aux PVVIH | 780 | 557 | 71 |
| Nombre de groupe de parole réalisés | 24 | 18 | 75 |
| Nombre de participants aux groupes (adultes) | 40 | 19 | 48 |
| Nombre de participants aux groupes (enfants) | 26 | 29 | 112 |
| Nombre de séances d'éducatons thérapeutiques réalisées | 90 | 23 | 26 |
| Nombre de participants | 150 | 148 | 99 |
| Nombre de VAD et VAH | 976 | 120 | 12 |
| Nombre de PVVIH ayant bénéficiées de VAD et VAH | 300 | 65 | 22 |
| Nombre de repas conviviaux | 300 | 0 | 0 |
| Nombre de bénéficiaire | 70 | 0 | 0 |
| Nombre de kits alimentaires offert | 180 | 94 | 67 |
| Nombre de PVVIH ayant bénéficié de Kits alimentaires (adultes) | 55 | 20 | 36 |
| Nombre de PVVIH ayant bénéficié de Kits alimentaires (enfants) | 35 | 13 | 37 |
| Nombre de journée récréative organisée | 1 | 1 | 100 |
| Nombre d'OEV et EVVIH ayant participés aux journées | 200 | 71 | 36 |
| Nombre d'OEV ayant bénéficié d'appuis scolaires | 74 | 69 | 93 |
| Nombre de PVVIH soutenues pour une AGR | 25 | 27 | 108 |
| Nombre de bénéficiaires d'appui sociaux divers | 258 | 83 | 32 |

2.5 LES EFFETS ET IMPACTS

2.5.1. Prévention

Les activités de prévention ont permis aux populations cibles de connaître leur statut sérologique et les moyens de prévention par rapport au VIH. Les personnes qui vivaient dans le doute et la peur se sont libérées lorsqu'ils ont saisi l'occasion de connaître leur statut sérologique.

La simplicité de l'accessibilité et la gratuité des prestations, sont-elles donc un merci pour les populations vulnérables, sans moyens de se déplacer pour payer les consultations médicales et les analyses de laboratoire.

Au sein des populations marginalisées, le dépistage a contribué à l'amélioration de la prévention au sein des cibles (par exemple les TS...) qui ont de difficulté à se rendre librement dans les centres de santé pour se faire consulter ou traiter.

La connaissance précoce du statut sérologique par les populations a-t-elle permis aussi de limiter les infections au VIH/sida. C'est le cas par exemple des couples sérodiscordants où la PEC permet de limiter les infections chez l'autre partenaire et les enfants éventuellement.

Pour les personnes déjà infectées, la connaissance précoce de son statut sérologique donne accès à une PECM rapide et à un suivi pour l'amélioration de l'état de santé de l'individu.

2.5.2. Impacts du suivi médical

Le VIH est une maladie chronique. Le suivi reste donc le meilleur moyen pour aider les patients. Ce processus vient d'être démarré par la formalisation de l'éducation thérapeutique. Cette éducation thérapeutique associée à la gratuité des ARV permet le renforcement du suivi de près de nos patients sous ARV. Elle a aussi permis d'améliorer l'observance au traitement ARV chez les patients. La disponibilité du traitement a été déterminant dans le respect par les patients, des rendez-vous de consultations médicales.

Les patients ne se préoccupent plus du tout de celui ou ceux-là qui doivent s'occuper d'eux : le personnel soignant disponible et disposé, ce qui a constitué un souci de moins pour les patients. Le véritable travail qui se fera en 2013 avec l'aide du service psychosocial, c'est d'arriver à inculquer à nos patients la notion de chronicité du traitement antirétroviral.

Mais en attendant il existe de véritables changements sur le plan qualitatif chez nos patients. La qualité du traitement s'exprime par le passage d'un état de dénutrition à un

meilleur état nutritionnel ; une reprise partielle ou totale d'activité ; mariage et naissance. Des résultats qualitatifs louables que nous avons reçus cette année.

2.5.3. Impact de l'accompagnement psychosocial

Au-delà des résultats quantitatifs les prestations psychosociales visent aussi à contribuer à l'épanouissement des PVVIH. Ce paragraphe met le focus sur quelques effets et impacts de l'accompagnement psychosocial.

Les patients ont accepté leur statut sérologique et le partage.

Les patients affirment se sentir à l'aise avec leur pair et accepte les rencontres et les visites à domicile. 95% des patients suivis ont partagés leur statut avec au moins un proche (enfants, partenaires, parents...). Ils présentent une meilleure hygiène de vie avec moins de pensée négative. Beaucoup ont repris goût à la vie dont 13 ont fait des enfants cette année 2012.

Sur 26 EVVIH engagé dans l'annonce 10 connaissent leur statut. Ils affirment avoir confiance en l'avenir avoir repris goût à la vie et croient à leurs études, à un mariage et à la possibilité d'avoir des enfants.

Effet de soulagement des patients par les conseils psychologique.

Les patients affirment trouver aux conseillers psychosociaux une oreille attentive sur qui se reposer. En ce sens qu'ils se sentent écouter, compris et repartent avec gaieté et assurance. 99 bénéficiaires ont été soulagés par la caisse pour leur besoins fondamentaux (Appuis nutritionnels, soutien pour AGR, achat de médicament, subvention d'analyse spécialisée).

Meilleure compréhension du traitement.

La participation des patients aux groupes de parole, aux séances d'aides à l'observance, a permis à ces derniers d'avoir une meilleure compréhension de leur traitement ; ceci démontre un suivi correct du traitement (ARV, Respect des RDV des Bilan de suivi, un alimentation équilibrée...) les bénéficiaires sortent de leur isolement et trouvent dans les rencontres une source d'épanouissement. Ils ont une meilleure information. Les patients déclarent s'engager à œuvrer pour ne plus être des vecteurs de transmission du VIH.

Les patients sont valorisés et intégrés dans leur communauté.

VAD et VAH ont permis une meilleure implication de la famille dans la PECP. Les patients se réjouissent lorsqu'ils reçoivent chez eux des médiateurs, ils déclarent qu'ils se sentent valorisés et estimés surtout devant les parents.

"Un enfant orphelin de père et de mère et rejeté, est accompagné maintenant par ses oncles et tantes Après 5 mois de visites répétées à domicile ".

Des enfants orphelins et vulnérables ont eu accès aux services de scolarisation de base.

L'un des droits fondamentaux de l'enfant est l'accès à l'éducation. La subvention de la scolarité apportée à 16 OEV a permis de limiter auprès d'eux la déscolarisation. « Sans cet appui socio-éducative de INNER WHEEL CLUB de Lomé, mon enfant aurait raté sa rentrée scolaire ; étant donné que j'ai perdu mon boulot il y a de cela une année. » dicit un tuteur d'un OEV.

2.6. COORDINATION ET GOUVERNANCE

Il s'agit de la synthèse de gestion de l'Association par ses différents organes inscrits au plan d'action budgétisé de l'année 2012. C'est aussi un suivi des recommandations du diagnostic organisationnel de 2011.

2.6.1. Coordination, suivi et Evaluation des activités

Le diagnostic organisationnel réalisé en 2011 a relevé des faiblesses dans le suivi et la coordination. L'année 2012 a permis à l'Association de prendre des mesures pour redynamiser ce secteur.

Un cadre de suivi des activités a été mis en place. Il s'agit :

2.6.1.1. Atelier de lancement des activités de l'année

C'est une réunion de revue globale du plan exécuté et le partage de la nouvelle planification. Il s'agit aussi de revisiter les forces et faiblesses de l'année écoulée et de se donner une nouvelle motivation pour démarrer la nouvelle année.

Il a eu lieu le 21 janvier 2012. Les participants étaient au nombre de 18. Toutes les parties prenantes de l'Association étaient représentées.

Cet Atelier a permis d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs annuels, d'analyser les goulots d'étranglement pour la mise en œuvre des projet 2011 et de proposer les approches correctives, et de partager les nouvelles orientations stratégiques en rapport avec le projet 2012.

2.6.1.2. Réunion de partage spécifique des projets

Il s'agit de réunion technique d'appropriation de projets par les techniciens et les porteurs quand ils ont été acceptés par les partenaires et pour lesquels une convention est établi entre les parties prenantes.

Ces rencontres ont permis aux différents acteurs d'avoir la même compréhension des indicateurs contractuels, des résultats escomptés, du remplissage des outils de suivi, des procédures comptables et financières.

Aussi ces occasions ont permis de renforcer la compétence des différents volontaires de l'association qui sont appelés à intervenir dans la mise œuvre.

2.6.1.3. Revue d'activités

Une revue s'est tenue le 28 avril 2012. Elle a réuni le personnel technique et les représentants des membres du bureau exécutif. Elle a permis de faire le bilan du premier trimestre et de faire une première adaptation du budget par rapport à la mobilisation des ressources.

2.6.1.4. Réunions de suivi hebdomadaire

Elles ont lieu tous les lundis ou mardis de chaque semaine, à partir de 13h heures locales au CMS. Elle réunit le personnel du CMS sous la direction du directeur exécutif.

C'est essentiellement une rencontre de contrôle et de validation des résultats du tableau de bord hebdomadaire des activités et partage du vécu dans les différentes entités du CMS.

En tout, 48 rencontres ordinaires ont été tenues. Elles ont permis de suivre l'évolution des activités et les indicateurs des différents projets, d'apporter des approches de solutions aux difficultés liées l'atteinte des objectifs.

2.6.1.5. Réunions de suivi du Bureau Exécutif de 'Association

Elles ont lieu toutes les quinzaines du mois. Elles regroupent les trois membres de l'organe, le directeur du CMS et le comptable.

Ce cadre a permis au Bureau Exécutif de valider les résultats des tableaux de bord mensuels programmatique et financier.

2.6.1.6. Les Supervisions

Le CMS a reçu 9 visites de supervision. Elles ont été réalisées par les structures étatiques (Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA, de la direction régionale de la santé de Lomé-Commune et du district sanitaire n°4) et les partenaires (Esther et OCAL).

Ces rencontres ont permis d'améliorer la qualité des soins et services en matière de la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Plusieurs points sont à améliorer dont les plus importants sont entre autre : Absence des affiches IST/Sida dans la salle d'attente, Indisponibilité des médicaments IO, la liste des autres structures de référence pour la prise en charge et autres services non affichée, algorithme national non affiché, Fiche de gestion de stock des ARV non à jour, aucune activité pour prévenir les AES, Absence d'affiche montrant l'évolution des activités, Base ISOPE n'est pas à jour et des données manquantes dans le dossier du patient.

75% des recommandations ont été mise en œuvre. Les affiches d'AES, de sensibilisation CDV, d'algorithme national IST et CDV sont affichés, les médicaments IO ont été donnés au centre, les fiches de gestion de stock IST, IO sont disponibles, le rattrapage des données du dossier du patient est organisé et les données ISOPE sont à jours.

Reste au centre de dynamiser les activités de prévention d'AES, d'acquérir les autres fiches qui sont en manques et d'actualiser et afficher la liste des structures de référence.

2.6.2. Vie associative

2.6.2.1. Assemblée générale

L'Assemblée Générale est l'instance de délibération de l'Association. Mais l'année 2012 n'a pas connu de convocation de cette instance.

2.6.2.2. Conseil d'administration

Le Conseil d'Administration a tenu trois réunions en 2012.

La première, ordinaire a été consacrée à l'étude et adoption des rapports de l'année 2011 et le budget de 2012.

Deux autres réunions extraordinaires ont été tenues pour étudier et adopter les dispositions urgentes à prendre face aux difficultés financière du CMS et la préparation des festivités du dixième anniversaire de l'Association.

Ces réunions ont abouti d'une part à avoir les rapports de 2011 et le budget 2012 adoptés et d'autre part à mettre en place une stratégie de plaidoyer auprès de Fondacio et d'autres partenaires.

De soutiens financiers ont été obtenus pour le fonctionnement du CM.

2.6.2.3. Festivités des dix ans de l'Association

L'Association « Le JADE-Pour la Vie ! » a eu dix ans le 28 Août 2012. Un projet de célébration de ces dix ans a été élaboré par le Conseil d'Administration et partagé avec tous les organes et avec les organisations amies. Le projet a été étalé sur toute l'année. La raison est de prendre du temps pour mieux préparer les différents activités retenues, surtout faire une mobilisation adéquate des ressources financières nécessaires.

Le niveau des fonds mobilisés n'a pas permis d'exécuter les activités planifiées.

Le lancement des festivités a été faite le 28 août 2012, par une messe d'actions de grâce dite à l'église Immaculée Conception de Nyékonakpoè (Lomé). L'objectif de cette messe a été de dire merci au créateur de toute chose pour ce qu'il a fait dans la vie de l'Association il y a dix. La messe a été dite par le Très Révérend Père Pierre DOVI N'DANU, celui là qui a présenté l'Association à Dieu, lors de la messe d'installation à sa création. Il a été heureux de voir grandir l'association qu'il a vu naître il y a dix ans. Dans sa prière, il a demandé au Dieu Tout Puissant de soutenir l'institution pour qu'elle apporte davantage de paix autour des patients qu'elle a en charge.

Cette messe a connu la participation de quarante personnes, composée des membres des institutions sœurs, des membres de l'Association et des institutions étatiques.

2.6.2.4. Planification stratégique

De Juin à Décembre, l'Association a élaboré le plan stratégique 2012-2015. Pendant 6 mois les différents organes de l'Association ont mis en œuvre le cadrage du plan (cf. rapport de l'élaboration du plan stratégique).

Ce qui est important à connaître est résumé dans les quelques étapes ci-dessous.

1. pourquoi élaborer un plan stratégique ?

Depuis la création de l'Association, les membres n'ont jamais rédigé un plan stratégique. Les activités ont toujours été annuelles. Ceci ne permettait pas de faire des prévisions sur plusieurs années en vue de mettre en place des stratégies durables en termes de mobilisation de moyens humains, matériel et financières pouvant leur permettre de se mettre à l'abri des anomalies imprévisibles préjudiciables au fonctionnement normal de l'Association.

2. quelle est la démarche utilisée ?

La démarche utilisée est inclusive, dynamique. Du consensus a été obtenu entre les acteurs à chaque étape. Les outils et techniques utilisés ont été innovants et internationalement reconnus.

3. quel est le processus adopté ?

Le processus a démarré par l'élaboration d'un document de cadrage qui a précisé le contexte, la méthodologie, les rôles de chaque partie, le suivi du processus et le budget.

4. l'élaboration du plan

Une équipe de rédaction, composée des membres de l'Association a fait le devoir de conception et de transcription des différents aspects du document. Elle a été appuyée par le consultant mis à disposition de l'Association à travers la subvention qu'elle a apporté.

5. la méthodologie

La méthodologie adoptée est l'auto-élaboration assistée. Il n'a pas été question de confier l'élaboration du plan à un consultant et réceptionner le résultat. D'apprentissage, les équipes constituées font les productions. Elles sont ensuite soumises à l'appréciation du consultant.

Cette méthodologie a nécessité assez du temps et du travail, mais a été une expérience réussie, car l'Association est apte et n'aura plus besoin d'énormes appuis pour rééditer le processus.

6. les composantes du Plan Stratégique

Les différents éléments du document de plan sont :

Analyse de situation ; Détermination des priorités stratégiques ; Evaluation des besoins en ressources ; Financement ; Cadre de mise en œuvre ; Cadre de suivi et évaluation.

Le budget prévisionnel s'élève à 329 207 859 FCFA. 35 % sont des promesses. 65% reste le Gap à rechercher pour la mise en œuvre.

2.7. RESSOURCES

2.7.1. Ressources humaines

Le personnel qui réalise les activités est constitué de volontaires et de bénévoles. Les volontaires sont soit permanents ou non permanents comme l'indique le tableau 15.

Tableau 15 : Personnel technique et direction

| Qualification | Quantité |
|---|----------|
| Volontaires Permanent | |
| Directeur du CMS | 01 |
| Comptables | 02 |
| Assistante de direction | 01 |
| Médecin | 01 |
| Assistante sociale/conseillère psychosociale | 01 |
| Conseiller psychosocial/Chargé des AGR | 01 |
| Ingénieur de Travaux Biologiques | 01 |
| Dispensateur de médicaments/Conseiller psychosocial | 01 |
| Agents d'entretien et de gardiennage | 01 |
| Opératrice de saisie | 01 |
| Réceptionniste | 01 |
| Agent de communication | 01 |
| Assistant médical | 01 |
| Volontaires non permanents | |
| Dispensatrice/conseillère psychosociale | 01 |
| Technicien Supérieur de laboratoire | 01 |
| Conseillers psychosociaux | 05 |
| Psychologue | 01 |
| Agents de soutien communautaire | 05 |
| Agents d'entretien et de gardiennage | 01 |
| Assistant médical | 01 |
| Bénévoles | |
| Membres du conseil d'administration | 07 |

2.7.2. Renforcement de capacités

Tableau 16 : Synthèse des activités de renforcement de capacité des agents à Lomé

| Dates et Lieu | Organisateur | Thème | Bénéficiaire |
|--|--------------------------------|--|--|
| Hôte I EDA OBA : 08/02/2012 | Standard Diagnostic TOGO | Stratégies de lutte contre le VIH/SIDA et les IST | Médecin |
| CFID Siège : 31/03/2012 | CFID | Notion d'équité dans la régulation de santé au Togo | Chargé de communication |
| CNLS : 11/04/2012 | PDH | Partage d'expériences sur l'accueil des Volontaires Nationaux | Chargé communication et chargé AGR |
| SAZOF : 27/7/2012 | PROVONAT | Gestion des volontaires nationaux | Directeur du CMS |
| Salle de réunion du PNLS/IST : 01/08/2012 | PNLS | Prise en charge pédiatrique (PTME) | Médecin et assistant médical |
| CNLS : 26/09/2012 | SP/CNLS | Processus d'élaboration du rapport Redes 2012-2015 | Comptable |
| PASCI : 09/01/2012 | EdM | Formation de points focaux sur l'Approche micro finance social. | Chargé des AGR |
| Institut IFF- Afrique : 10 /03/2012 | IFF-Afrique | Conférence : Gestion des conflits | Responsables service social et service conseil dépistage |
| CHU-Tokoin : 16-28/7 /2012 ENAM : 30/7 au 10/08 / 2012 | DSF | Formation des prestataires en Technologie contraceptive | Médecin et Assistant- médical |
| CIFEX : 6 au 10/08 /12 Auditorium INH : 30 /10 :21012 | EVT INH | Formation en Education Thérapeutique Formation sur les phases pré et post-analytiques | Dispensateur ARV et Conseiller psychosocial Médecin |
| Institut IFF- Afrique : 10-12/12 /2012 | IFF-Afrique | Gestion des réunions et travail en équipe | Secrétaire administrative |

Tableau 17 : Autres activités pour lesquelles l'Association est participante

| Dates et Lieu | Organisateur | Thème | Bénéficiaire |
|--|-----------------------------|--|--|
| LES REUNIONS | | | |
| CNLS : 19/01/2012 | Bureau de la Plate Forme | Présentation du texte de la plate forme de la lutte contre le VIH/SIDA | Chargé de communication |
| CNLS : 11/04/2012 | PDH | Réunion de partage d'expériences relatives à l'accueil des Volontaires Nationaux | Chargé communication et chargé AGR |
| Eglise Immaculée : 27/04/2012 | ONG ADEAP | Deuxième Edition du repas de COMPASSION | |
| Auditorium de L'UL : 16/06/2012 | SAPHIR – 3D | AG Mutuelle des Médecins du TOGO | Médecin |
| HAKUNA MATATA : 20/06/2012 | FAMME | Rencontre d'informations et de plaidoyer | Chargé à la communication |
| Ras + :30/06/2012 | RAS+ | Réunion d'information sur la rupture des ARV et les préparatifs de la journée du 28/09/2012 | Médecin et Directeur Exécutif |
| PASCI : 21/09/2012 Salle de réunion | ACS | Validation du PS 2012- 2015 ACS | Directeur Exécutif |
| CNLS : 09/10/2012 | EVT | Validation du PS 2012- 2015 | Comptable et chargé à la communication |
| PNLS : 29/10/2012 | PNLS | Réunion sur les activités d'éducation thérapeutique(ETP) | Médecin |
| Maison communautaire : 21-22/04/2012 | Fondacio-Togo | Assemblée pastorale | Vice présidente et Secrétaire général |
| Paris : SS/06/2012 | Solidarité-Sida | Solidays | Président de l'Association |
| SICHEM : 21-26/07/2012 | Fondacio-Togo | UDT | Vice présidente et Secrétaire général Adjoint |

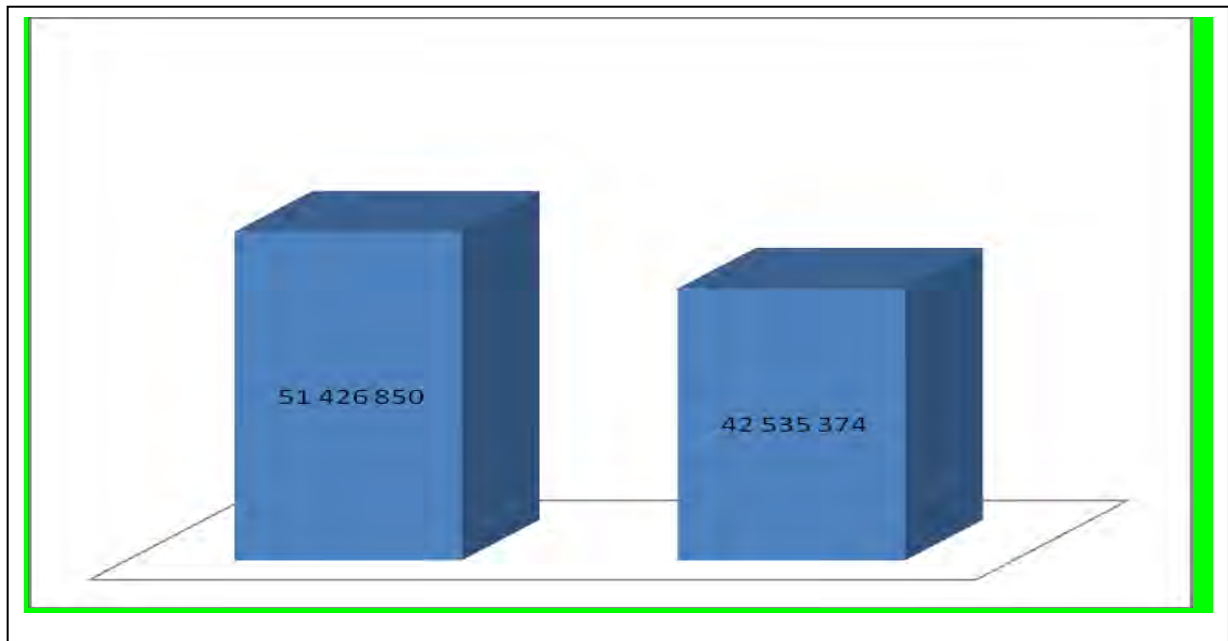
2.7.3. Ressources financières

2.7.3.1. Difficultés de mobilisation

Malgré la diminution du budget de 44,5% par rapport à l'année passée l'Association a eu d'énormes difficultés pour mobiliser les ressources afin d'assurer son fonctionnement et de réaliser des activités au profit de ces bénéficiaires.

Les promesses non tenues, la rareté des financements des projets due à la situation économique mondiale sont entre autres difficultés recensées.

Le diagramme ci-après indique la situation des prévisions et recettes de l'Association.

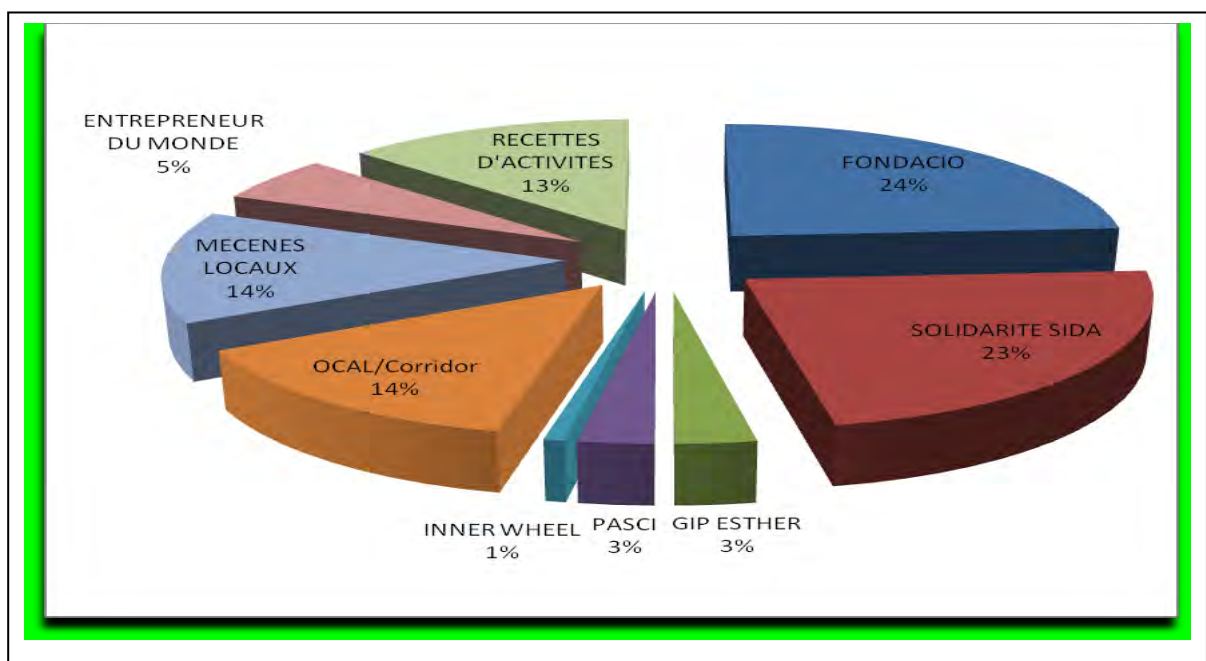
Graphique1 : Comparaison des prévisions et réalisations.

Contre une prévision de 51 426 450 FCFA (78 399 Euro) le Budget a été réalisé à 42 535 375 FCFA (64 845 Euro) soit 82,7% des prévisions.

Ces ressources proviennent des recettes d'activités, du mécène local et des subventions des partenaires nationaux et internationaux.

2.7.3.2. Répartition des Fonds mobilisés

Les ressources mobilisées se répartissent comme l'indique le graphique ci-dessous.

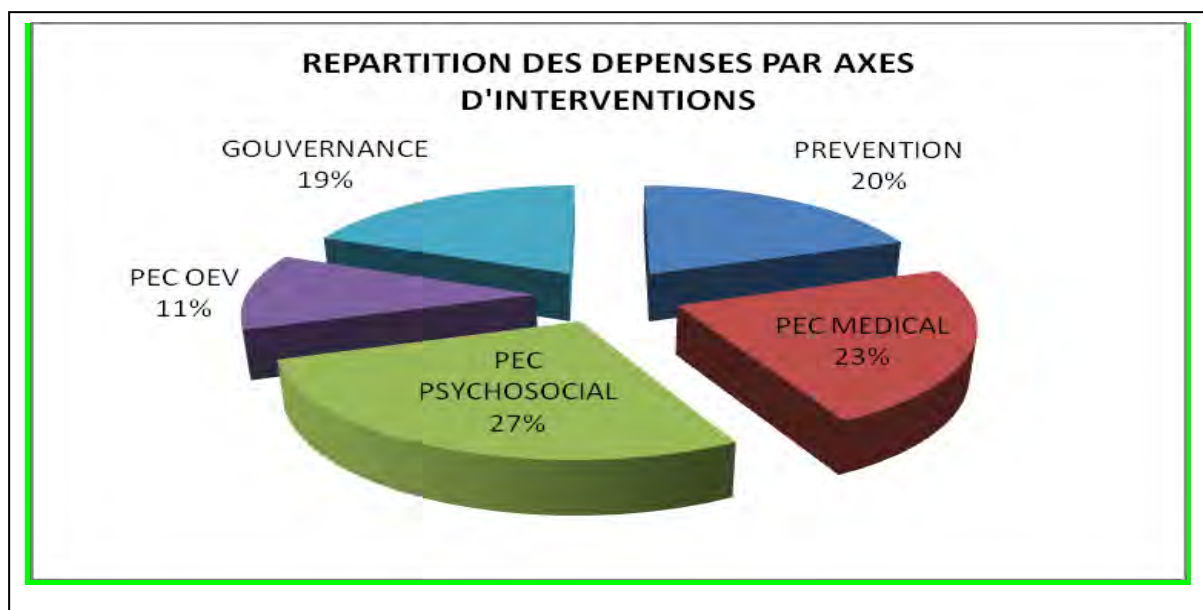
Graphique2 : Contribution des partenaires.

Les Fonds mobilisés viennent essentiellement de la subvention des partenaires internationaux soit 69% des ressources (Fondacio, Solidarité Sida, Entrepreneur du monde, OCAL, GIP-ESTHERS). Les autres correspondent respectivement à 13% recettes d'activités et 14% au mécénat local et aux subventions des partenaires nationaux 4%. Près de 47% des réalisations de l'année sont acquis par les subventions de Fondacio et solidarité sida.

2.7.3.3. Etat des dépenses par axes d'intervention

Les dépenses s'élèvent à 38 463 546 FCFA soit 90,4% de la somme total mobilisée. Selon les axes d'intervention planifiés dans le plan stratégique 2012-2015 de l'Association, les emplois se répartissent comme l'indique le graphique 3.

Graphique3 : Dépenses.



Le solde en banque au 31 décembre s'élève à 4 071 828 FCFA (6207Euro) correspondant à 9,6% des réalisations. Cette somme équivaut aux projets en cours. Il s'agit principalement du projet BFM de OCAL, soutien aux églises de Fondacio.

III DIFFICULTES ET SUGGESTIONS

3.1. LES DIFFICULTES

L'analyse des résultats présentés plus haut révèle des insuffisances dont la cause première est la régression constante des ressources financières.

Certains projets n'ont pas trouvé de financement. Par contre, ceux qui en ont bénéficié n'en n'ont pas suffisamment eu, car les promesses n'ont pas été tenues.

Le fonctionnement du Centre Médical Spécialisé en a énormément souffert. Plus d'une fois l'Association a été dans l'incapacité d'honorer ses obligations à l'endroit du personnel du CMS.

Les perdus de vue demeurent importants. La vétusté et le nombre de moto mais aussi les tentatives de mise en place d'un nouveau système de recherche n'ont pas encore porté ses fruits.

Les kits alimentaires, frais de logement et ateliers culinaires n'ont pas été subventionnés. Les visites à domiciles ont été très insuffisantes. L'équipe de visites à domicile a manqué de moyen matériels (matériels roulants) pour réaliser son activité.

3.2. LES APPROCHES CORRECTIVES

Le plan stratégique 2012-2015 a pris en compte les difficultés et a proposé les approches correctives (cf. document du PS). Il est important de partager les nouvelles orientations avec tous les acteurs de l'Association et élaborer le 2^{ème} plan opérationnel (année 2013).

L'engagement de tous est un gage pour inverser l'évolution de la vie de l'Association.

3.3. QUELQUES SUGGESTIONS

Au vu des difficultés, des décisions importantes devront être prises. Nous faisons dans ce paragraphe quelques suggestions à court terme. Il s'agit pour le Bureau Exécutif de :

- Organiser un atelier de lancement de l'année 2013 ;
- Régulariser les congés annuels du personnel du CMS ;
- Faciliter la finalisation du réseau internet nécessaire à la mise en place du logiciel Santia pour la compilation des données du CMS ;
- Augmenter l'effectif du personnel technique en recrutant deux nouveaux agents (un agent de soutien pour la PECM et PECP ; et un autre dans le suivi et évaluation). Ceci permettra de réduire la surcharge de travail due à l'augmentation de la file active pour une meilleure couverture des patients dans la PEC ;

- Mettre en place un comité de mobilisation de ressources chargé de réfléchir sur les stratégies de mobilisations de fonds pour les actions de l'Association ;
- Créer une unité de chargé de programme dont le rôle serait principalement l'élaboration des projets à partir du plan d'action opérationnel.

Quant au Conseil d'Administration, il faudra

- Plus d'engagement des membres dans la vie de l'association (paiement des cotisations statutaires, appui aux activités saisonniers : sorties récréatives, mobilisation de ressources nationales...) pour soulager le personnel technique ;
- Réfléchir à une solution durable au problème d'infrastructure du CMS
- Réfléchir à une stratégie de mobilisation de membres (bénévoles ou volontaires) pour appuyer les actions de l'association.

Pour le personnel,

- Respecter les normes établies (cf. manuel de procédures) en vue de la professionnalisation des actions ;
- Renforcer l'efficacité de collecte des données pour le renseignement des indicateurs contractuels.

IV PERSPECTIVES

L'Association a la perspective de :

Elaborer du plan opérationnel pour l'année 2013 ;

Créer une activité génératrice de revenus capable d'assurer une autonomisation de l'Association ;

Réorganiser du système de suivi et Evaluation des activités.

CONCLUSION

Au terme de la première année de mise en œuvre du plan stratégique, il est à souligner que les actions ont été fortement influencées par l'environnement économique mondial fait de crise généralisée.

Néanmoins, on note des résultats importants. La santé de plusieurs patients a été améliorée. De plus une prise de conscience des difficultés a induit une utilisation plus rationnelle des ressources.

La satisfaction majeure du personnel demeure dans la noblesse de l'œuvre. Elle motive l'effort et le courage. Un seul patient relevé est un indicateur d'un effort accompli. Si de plus il retrouve une vie normale, c'est un gage d'espérance pour tous, personnel, famille, partenaire...Etc. Plusieurs de ce résultat ont été obtenus.