



# Aides Médicales et Charité (AMC)

Tél : +228 22 51 26 47  
[amc\\_lome@yahoo.fr](mailto:amc_lome@yahoo.fr)

## Renforcement de la prise en charge communautaire des PVVIH et autonomisation des femmes sous TARV suivies par AMC à Lomé, Kpalimé et Tsévié

### *Contexte d'intervention*

Depuis longtemps que le VIH et le sida ont cessé d'être un problème individuel pour devenir un défi majeur pour le Togo, les autorités publiques et les acteurs du monde associatif, confessionnel et privé se sont engagés pour une gestion efficiente de la réponse à l'épidémie basée sur la responsabilité partagée et l'obligation de faire des résultats pour un changement souhaitable, mesurable et descriptible. En plus de 25 ans de lutte, le nombre estimé de cas annuels de nouvelles infections par le VIH a connu une croissance exponentielle jusqu'en 2002 puis une diminution progressive depuis 2003, faisant du Togo, l'un des pays de l'Afrique Subsaharienne où le taux d'incidence de l'infection à VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009 (Rapport ONUSIDA, 2010).

Cependant, les efforts ne permettent pas d'atteindre les objectifs souhaités. Une analyse de la situation permet de montrer qu'ils existent encore des facteurs qui tirent vers le bas les multiples efforts consentis : multiplicité des partenaires sexuels, pauvreté grandissante, dépendance socio-économique des femmes/jeunes filles, relâchement dans l'observance des valeurs sociales et morales, faible utilisation des préservatifs chez les jeunes et certains adultes, stigmatisation et discrimination, activité sexuelle précoce des jeunes filles avec des partenaires plus âgés, prévalence élevée des IST et insuffisance dans leur prise en charge, comportements à risques chez les populations clés (HSH, PS, prisonniers, ...), etc. Même si les résultats de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans en CPN montre une stabilité de la prévalence entre 2006 et 2010 (baisse significative de 27% de la prévalence entre 2003 et 2010 : 4.8% vs 3.5%), en cette prévalence reste plus élevée en milieu urbain (4,4 %) qu'en milieu rural (2,6 %).

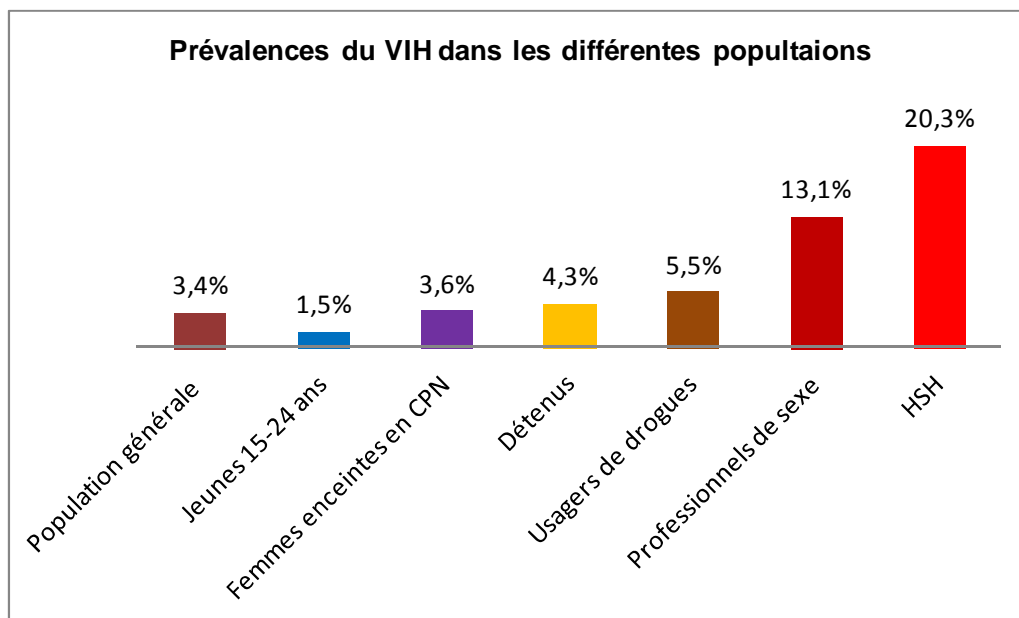
**AMC**

Tél : +228 22 51 26 47  
[amc\\_lome@yahoo.fr](mailto:amc_lome@yahoo.fr)

Renforcement de la prise en charge communautaire  
des PVVIH et autonomisation des femmes sous TARV  
suivies par AMC à Lomé, Kpalimé et Tsévié

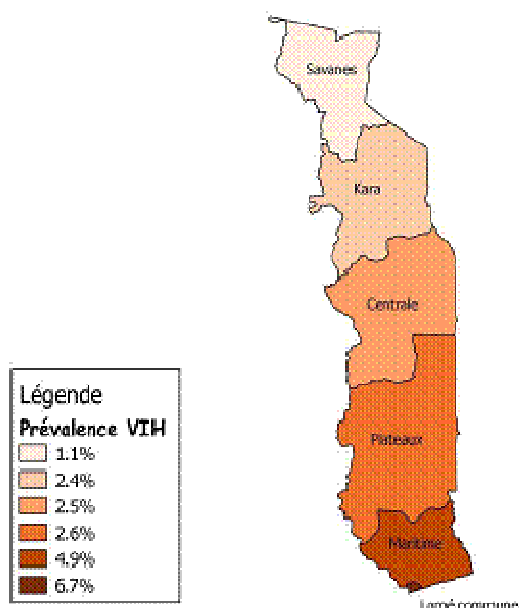
P. 1

Par région administrative, c'est la région Lomé-Commune qui est la plus touchée (6,8%), suivie des régions de l'intérieur du pays notamment, les Régions Maritime et Plateaux, avec des prévalences respectives de 4,9% et 2,6% ; ce qui dénote d'un gradient décroissant de prévalence du sud vers le nord (6,7 % dans Lomé-commune vs 1,1% dans les Savanes). La tranche d'âge (15-49 ans) considérée comme sexuellement active est la plus touchée. Par rapport aux différentes populations, le graphique ci-dessous permet d'apprécier les prévalences.



**Source :** Extrait du Rapport du PNLIS-IST, 2012

Dans les deux régions Lomé Commune et Plateaux par exemple, les données épidémiologiques sont extrêmement liées aux caractéristiques économiques et sociodémographiques intrinsèques qu'elles présentent : 6,7% dans Lomé Commune et 2,6% dans les Plateaux. En effet, les deux régions concentrent près de 35,74% de la population togolaise (DGSN, 4<sup>ème</sup> RGPH, 2010).



De manière plus spécifique, la région Lomé Commune couvre une superficie de 90 km<sup>2</sup> avec une population de 837 437 habitants, soit 13,53% de la population totale. Elle fait drainer de par ses fonctions économiques, politiques, administratives, culturelles et de souveraineté, des milliers de populations venues des milieux ruraux et des pays limitrophes (Ghana, Bénin et Burkina Faso). En 2011 par exemple, sur 12613 personnes dépistées dans les CDV, 10.1% ont été déclarées positives. En fin décembre 2012, sur 31 638 PVVIH ayant bénéficié au moins une fois les ARV sur toute l'étendue du territoire, 51% l'ont été dans la région Lomé Commune.

La région des Plateaux couvre quant à elle, une superficie de

16 975 km<sup>2</sup> avec une population estimée à 1 373 165 habitants, soit 22,21% de la population totale. Elle jouit d'un climat tempéré et constitue une zone de forte attraction avec plus du tiers de sa population concentrée dans la ville de Kpalimé (ville d'importantes activités économiques).

En matière de prévention, sur 15703 personnes dépistées en 2011 dans les CDV, 8,7% ont été confirmées positives. Pour la prise en charge médicale, la région des Plateaux concentre 10% du nombre total de PVVIH sous ARV et fait figure de la 3<sup>ème</sup> région après Lomé Commune et Maritime en matière du nombre de PVVIH enregistrées en 2012.

Ce sont ces éléments qui favorisent l'interaction des facteurs ci-haut identifiés entraînant de nouvelles infections dans ces deux zones. En d'autres termes, l'impact du VIH et du sida sur les familles et les enfants dans les régions Lomé Commune, Maritime et Plateaux est caractérisé par le fait que beaucoup de familles vivent dans les communautés qui sont déjà désavantagées par la pauvreté, le manque d'infrastructures avec un accès limité aux services sociaux de base.

En reprenant le sujet sur le plan de la « Féminisation de l'épidémie », la prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans donne : Masculin = 0,9% et Femme = 2,4%. Il y a donc au niveau national plus de femmes que d'hommes qui souffrent du VIH/sida (30% d'hommes vs 70% de femmes). En effet, dans les trois régions du programme, les normes de genre permettent aux hommes d'avoir plus de partenaires sexuels que les femmes. Cela signifie que dans les trois régions, les rapports hétérosexuels sont le principal mode de transmission du VIH, même si les rapports homosexuels le renforce ; taux d'infection beaucoup plus élevés parmi les jeunes femmes que parmi les jeunes hommes : 2.1% vs 0.9% (Enquête CAP et séroprévalence VIH, 2010).

Autrement dit, dans bien souvent des cas, les relations sexuelles forcées que certaines femmes subissent à un moment ou un autre de leur vie, accroissent les risques de transmission du VIH. De ce point de vue, il est évident que les femmes (même infectées) ne sont parfois pas bien informées du lien qui existe entre la sexualité et l'épidémie du VIH/sida parce qu'elles ne sont pas "censées" avoir une bonne connaissance de la sexualité. Et, pour les hommes, ils ne sont parfois pas bien informés car ils sont "censés" tout savoir sur la sexualité. Par crainte de violence et/ou d'abandon, les femmes, souvent plus vulnérables pour des raisons sociales, économiques et physiques ne souhaitent parfois pas dire à leurs partenaires qu'elles sont touchées par le VIH. Ce contexte socio-économique difficile a toujours porté un sérieux préjudice aux solidarités familiales et au système d'accueil des PVVIH et OEV; les systèmes familiaux semblent être à la croisée de deux mouvements opposés, la solidarité dans la crise et la crise des solidarités.

D'emblée, la question du coût de la prise en charge, sans oublier le poids du stigmatisé, la peur irraisonnée de la contamination, les représentations de sorcelleries, etc., nuisent à l'accueil traditionnel familial des PVVIH. Face à ces exigences, l'intensification des actions de prévention, la philosophie des soins et l'accompagnement à tous les stades de la maladie avec tout l'amour et l'expertise scientifique sont nécessaires pour aider les patients à se soulager de leurs souffrances, à s'offrir les meilleures conditions de vie.

Aujourd'hui, le travail des ONG/Associations reste très déterminant puisque, les difficultés liées à l'accessibilité financière et géographique des cibles touchées par les différents programmes nationaux constituent un frein à l'élan national en matière de prévention et d'amélioration des conditions des patients, même si le renforcement des capacités des structures publiques pour la prise en charge a permis de renverser la tendance (près de 47% de patients suivis dans le secteur public vs 38% dans le secteur associatif, (Rapport PNLS-IST, 2012).

Le programme s'inscrit sur la période 2012-2014, dans l'atteinte des objectifs 2, 4, 5 et 6 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et ceci dans un strict respect du « Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2012-2015 ». En effet, le Plan Stratégique National 2012-2015 adopté par le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) le 11 mai 2012, définit les axes stratégiques d'intervention qui répondent au profil épidémiologique du pays. Les différents axes prioritaires constituant le référentiel pour les actions engagées par AMC sont : (i) le renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST ; (ii) intensification de la prise en charge globale ; (iii) le renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse.

La mise en œuvre du programme dans cette directive va permettre à AMC d'apporter aux usagers (PVVIH) de ses centres de Lomé et Kpalimé :

- Des informations complètes, pertinentes et adaptées sur les comportements à moindre risque qu'ils doivent adopter ;
- Un soutien en termes de soins et traitements incluant des actions de la Planification Familiale ;
- Un accompagnement favorable aux couples VIH+/VIH+ ou VIH+/VIH- afin d'amener les partenaires à s'entraider mutuellement sur le plan d'observance thérapeutique ;
- Un accompagnement communautaire favorable aux femmes sous TARV.

En résumé, les activités prévues dans le cadre de ce programme constituent la suite des actions engagées par AMC depuis 2002 et soutenus par Sidaction (uniquement sur Lomé et Kpalimé) et les différents programmes nationaux VIH/sida initiés les autorités publiques ; des actions qui ont contribué à changer le visage du VIH et du sida au Togo en donnant espoir aux personnes touchées et à leur entourage.

Lieux d'exécution du programme : Lomé Commune, Kpalimé et Tsévié

## **Objectifs du programme**

Objectif principal du programme :

Contribuer grâce à une prise en charge globale de qualité, à améliorer les conditions de vie de 2000 PVVIH suivies à Lomé, Kpalimé et Tsévié en leur permettant d'être en capacité de s'intégrer de manière progressive dans le tissu social et économique de leurs milieux lieux de vie

## Activités développées

### 1. Suivi médical et biologique

- Consultations médicales VIH individuelles et de couples
- Consultations de spécialité
- Suivi biologique (bilan de santé) et appui aux patients hospitalisés
- Dispensation des ARV + IO et autres médicaments essentiels et génériques (MEG)
- Soins infirmiers aux patients en hospitalisation de jour
- Education thérapeutique individuelles
- Education thérapeutique collectives
- Week-end thérapeutique
- Planification Familiale intégrés aux services VIH

### 2. Accompagnement psychosocial

- Consultations psychologiques
- Visites à domiciles et à l'hôpital (VAD/VAH)
- Groupes de parole
- Octroi de microcrédit pour les AGR aux femmes séropositives sous TARV
- Prévention du syndrome de l'épuisement professionnel ou le burn out

## Méthode d'intervention

- Offre de consultations générales VIH et de spécialité aux patients au centre avec un système de rendez-vous flexible adapté à l'état d'observance thérapeutique de chaque patient
- Accompagnement communautaire favorable à l'acquisition de compétences d'intégration socio-économique (soutien psychologique continu, offre de soins à domicile, octroi de micro crédits aux femmes ayant une idée d'activités, offre d'espace d'échange entre bénéficiaires et entre bénéficiaires et prestataires sur les questions sensibles : vie de couples VIH+, désir d'enfant, sexualité, genre, ...)
- Intégration de la relation patient-soignant dans l'environnement global de PEC se traduisant chez le personnel par la réduction de la charge émotionnelle de travail se répercutant souvent sur la qualité des prestations : prévention du burn out.

## Résultats obtenus

Indicateurs	2012	S1-2013
Nombre de PVVIH enregistrées et régulièrement suivies	1676	1661
Nombre de PVVIH sous ARV régulièrement suivies	1469	1434
Nombre de PVVIH mises sous TARV	252	55
Nombre de consultations médicales VIH données	13165	5655

Nombre de consultations gynécologiques données	<b>49</b>	<b>23</b>
Nombre de consultations neurologiques données	<b>117</b>	<b>43</b>
Nombre de couples VIH suivis	<b>110</b>	<b>110</b>
Nombre de femmes reçues en consultations PF	<b>29</b>	<b>101</b>
Nombre de bilans de suivi réalisés	<b>453</b>	<b>372</b>
Nombre de bilans CD4 réalisés	<b>1065</b>	<b>535</b>
Nombre de soins infirmiers donnés	<b>774</b>	<b>375</b>
Nombre d'ordonnances de MEG totalement servies	<b>1199</b>	<b>616</b>
Nombre d'ordonnances de MEG partiellement servies	<b>791</b>	<b>400</b>
Nombre de consultations psychologiques données	<b>600</b>	<b>271</b>
Nombre de séances d'éducation thérapeutique organisées	<b>26</b>	<b>162</b>
Nombre de consultations d'observance thérapeutique données	<b>974</b>	<b>240</b>
Nombre de groupe de parole organisés	<b>15</b>	<b>10</b>
Nombre de VAD/VAH réalisées	<b>238</b>	<b>187</b>
Nombre de frais d'analyses pris en charge	<b>225</b>	<b>175</b>
Nombre de kits nutritionnels distribués	<b>180</b>	<b>60</b>
Nombre de femmes bénéficiaires de microcrédits	<b>33</b>	<b>39</b>

## **Bilan**

Les six 18 mois d'activités ont permis à A.M.C de continuer durablement le suivi des patients sur ses trois sites malgré la situation financière difficile. Le dispositif de suivi médical, biologique et psychosocial offert aux patients ont permis une amélioration de leurs conditions de vie et de santé, les couples positifs suivis consultent régulièrement ; les patients ont de moins en moins de problèmes psychologiques. Les questions de désir d'enfant et de planning familial sont de plus en plus facilement abordées ; l'engagement associatif des bénéficiaires est visible et le désir des femmes sous TARV de vivre positivement avec de projets innovants sont de plus en plus posés.

Si des résultats concluants sont obtenus, il faut dire que les 18 mois d'activités du programme n'ont pas permis de prendre en charge tous les besoins des bénéficiaires. La fin de la 1<sup>ère</sup> phase du projet sida du Fonds Mondial série 8 et l'attente toujours longue pour le démarrage de la 2<sup>ème</sup> phase ont perturbé les actions envisagées.

En effet, le suivi biologique des patients sous TARV qui devait commencer avec la 2<sup>ème</sup> phase n'est été encore effectif. Le PNLS ayant suspendu son contrat avec tous les laboratoires accrédités pour ce faire ; les patients doivent désormais s'occuper de leurs bilans de santé. De la même manière, les activités d'accompagnement communautaire (VAD, groupe de parole, clubs d'observance thérapeutique, octroi de kits alimentaires, ...) n'ont pas toujours démarré (la reprise de la phase II n'est pas encore connue des acteurs).

Malgré ces difficultés et besoins ci-haut inventoriés, les efforts conjugués de tous les acteurs permettront d'aboutir à l'horizon 2014 à des résultats concluants mettant ainsi en exergue la place de l'appui continu de A.M.C et ses partenaires (Sidaction et PASCi/Plateforme OSC-VIH/SIDA), la détermination de l'équipe de mise en œuvre. Le démarrage effectif le 2<sup>ème</sup> semestre 2013, des activités du compteur des lymphocytes CD4 va certainement permettre de soulager un tout petit peu les patients.

*Pour en savoir plus, contactez l'association en écrivant à :*

*amc\_lome@yahoo.fr*

*amc\_programme@yahoo.fr*

*amc\_daf@yahoo.fr*

*kenovs2@yahoo.fr*