

U
N
G
A
S
S
T
O
G
O

1
0

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LE SIDA ET LES IST (CNLS-IST)



**Suivi de la Déclaration
d'Engagement sur le VIH et le sida**

Rapport 2010

LE SECRETARIAT PERMANENT

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : +228 261 62 77 Fax : +228 261 62 81
Email : cnls@laposte.tg Site Web : www.cnlstogo.org



PREFACE

En juin 2001, lors de la clôture de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH et le sida (UNGASS) révolutionnaire à bien des égards, les gouvernements de 189 États Membres ont adopté la *Déclaration d'engagement sur le VIH et le sida* qui reflète un consensus mondial sur un cadre de travail complet pour atteindre l'objectif 6 du Millénaire pour le Développement du Millénaire pour le Développement, à savoir stopper la propagation du VIH et commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici 2015.

Consciente de la nécessité de mettre en place une action multisectorielle sur de nombreux fronts, la *Déclaration d'engagement* constitue un levier pour les ripostes aux niveaux mondial, régional et national afin de prévenir les nouvelles infections à VIH, élargir l'accès aux soins et atténuer l'impact de l'épidémie. Bien que la Déclaration ait initialement été approuvée par les gouvernements, sa perspective s'étend bien au-delà du secteur public, et s'adresse également au secteur privé et aux syndicats, aux organisations confessionnelles, aux organisations non gouvernementales et autres entités de la société civile, y compris les organisations de personnes vivant avec le VIH. En 2006, les États membres de l'Organisation des Nations Unies ont réitéré, dans une *Déclaration politique sur le VIH et le sida*, leur engagement relatif à l'instauration de l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien aux PVVIH d'ici 2010. En vertu des dispositions de la *Déclaration d'engagement*, les progrès de la riposte au sida sont évalués par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits. La Déclaration invite à un suivi attentif des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des engagements convenus. Aussi, les pays ont été conviés à produire un rapport biennal au Secrétaire Général des Nations Unies sur le niveau d'atteinte des indicateurs de base ainsi qu'à exposer la nature des problèmes et des obstacles rencontrés et à recommander des actions visant à accélérer la réalisation des objectifs de la Déclaration.

Le Togo, présent à la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies, a traduit la *Déclaration d'engagement sur le VIH et le sida de Juin 2001* en lignes directrices de la riposte nationale au sida. Deux cadres stratégiques, celui de 2001-2005 mis en oeuvre et celui de 2007-2010 en cours d'exécution ont centré tous les efforts de la riposte sur l'objectif de l'accès universel à des services complets de prévention du VIH et de traitement, soin et soutien aux PVVIH avec pour ambition de stopper l'épidémie et d'en inverser le cours d'ici 2015.

Le Togo est à son quatrième exercice (2003, 2005, 2008 et 2010) dans le suivi des progrès réalisés et la préparation des rapports nationaux de situation.

La préparation du rapport national de situation s'est faite avec la participation de tous les partenaires impliqués dans la lutte contre le sida et elle a donné l'occasion de réfléchir à la manière dont la riposte nationale est menée, à ses succès ainsi qu'aux obstacles qu'il convient de surmonter pour atteindre les objectifs de l'accès universel. C'est une démarche d'ensemble et de synergie qui permet de s'assurer que les investissements dans la lutte contre le sida donnent les résultats escomptés.

Le présent rapport UNGASS 2010 sur a un double intérêt : (i) il nous donne les éléments essentiels pour enrichir notre évaluation de UNDAF et des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement ; (ii) il contribuera à alimenter la revue globale du Plan Stratégique National 2007-2010 en vue de la nouvelle programmation pour le rendez-vous de 2015.

Gilbert Fossoun HOUNGBO
Premier Ministre de la République du Togo,
1^{er} Vice-président du CNLS-IST

REMERCIEMENTS

L'élaboration du rapport sur le suivi des indicateurs de base de la Déclaration d'Engagement sur le VIH, le Sida et les IST est un exercice national que le Togo s'est périodiquement engagé à faire depuis 2003. Cet exercice est nécessaire au suivi de la tenue des promesses faites par l'ensemble des 189 Chefs d'Etat et de Gouvernements dont le Togo lors de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) de juin 2001 sur le VIH et le sida.

Le rapport UNGASS 2010 est l'aboutissement d'un travail collectif réalisé à plusieurs niveaux dans une approche multisectorielle avec la participation des différents secteurs et d'équipes pluridisciplinaires.

Pour ce faire, je tiens tout d'abord à rendre un hommage tout particulier à Son Excellence Monsieur Faure Essoziman GNASSINGBE, Président de la République Togolaise, Président du CNLS-IST, qui n'a ménagé aucun effort à mettre à la disposition du CNLS-IST des ressources nécessaires pour une riposte nationale efficace sur la base des objectifs de l'Accès Universel.

Ensuite, je remercie sincèrement les partenaires au développement du Togo pour leurs appuis divers et multiformes, en l'occurrence l'ONUSIDA qui a servi de cheville ouvrière dans la préparation de l'enrôlement des parties prenantes au processus.

Je ne passerai pas sous silence l'inestimable contribution des autres agences de la famille des Nations Unies notamment, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et le PNUD sans oublier les ONG internationales à l'instar de PSI/Togo pour leur assistance technique et financière dans l'élaboration et la finalisation du présent rapport.

Je tiens à saluer et apprécier à sa juste valeur l'implication et la participation des organisations de la société civile et du secteur privé impliquées dans la lutte contre le sida lors des différentes étapes dudit processus.

Enfin, il me plaît d'adresser mes compliments à l'équipe du Secrétariat Permanent du CNLS-IST pour la parfaite coordination des différentes étapes du processus d'élaboration de ce rapport.

Komlan MALLY
Ministre d'Etat, Ministre de la santé
2^{ème} Vice-président du CNLS-IST

SOMMAIRE

Préface.....	i
Remerciements	ii
Liste des tableaux et figures.....	iv
Sigles et acronymes	v
GENERALITES.....	7
1. Données géographiques et démographiques.....	9
2. Données socioculturelles.....	10
3. Données sanitaires	10
4. Données économiques.....	11
5. Données politiques.....	12
CHAPITRE 1 APERÇU DE LA SITUATION	14
1. Démarche méthodologique	15
2. Degré de participation des parties prenantes.....	16
3. Financement de l'élaboration du rapport UNGASS 2010.....	18
CHAPITRE 2 : APERÇU DE L'EPIDEMIE DU SIDA.....	21
1. Prévalence du VHI chez les femmes enceinte en sites sentinelles.....	22
2. Prévalence dans la population générale.....	23
3. Prévalence du VIH au sein des groupes spécifiques	23
CHAPITRE 3 : RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA.....	25
1. Riposte au plan politique.....	26
2. Riposte au plan programmatique.....	29
3. Connaissances et comportements.....	41
4. Atténuation de l'impact	47
5. Le financement de la lutte contre le sida au Togo.....	48
CHAPITRE 4 : PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES.....	50
1. Progrès réalisés pour apporter des mesures correctrices aux principaux obstacles rapportés lors de l'élaboration du dernier rapport UNGASS.....	51
2. Obstacles rencontrés au cours de l'élaboration du présent rapport 2010	52
3. Mesures concrètes prévues pour contourner les obstacles	52
CHAPITRE 5 : SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	53
1. Appui technique.....	54
2. Appui financier.....	55
CHAPITRE 6 : SUIVI ET EVALUATION	57
1. Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation.....	58
2. Difficultés rencontrées et mesures correctrices	58
Annexes	59
Bibliographie.....	84

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs de l'UNGASS	19
Tableau 2 : Contrôle de la qualité des poches de sang collecté	34
Tableau 3 : Répartition du nombre de sites accrédités de prise en charge médicale et de dispensation des ARV par région sanitaire en 2009.....	37
Tableau 4 : Répartition des dépenses liées au sida par sources de financement.....	49
Tableau 5 : Sources de financement des dépenses extérieures de sida en 2008 au Togo	55
Tableau 6 : Liste des acteurs du secteur public santé.....	60
Tableau 7 : Liste des acteurs des autres secteurs publics non santé	60
Tableau 8 : Liste des acteurs des organisations de la société civile	61
Tableau 9 : Liste des acteurs des institutions du Système des Nations Unies	62
Tableau 10 : Liste des acteurs du Secrétariat Permanent du CNLS-IST	63
Tableau 11 : Equipes de collecte de données	64

Figures

Figure 1 : Carte administrative du Togo.....	8
Figure 2 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans de 2003 à 2009.....	22
Figure 3 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans de 2003 à 2009.....	22
Figure 4 : Tendances évolutives de l'épidémie au Togo, 1990-2008.....	23
Figure 5 : Nombre de personnes conseillées et testées et qui ont reçu leur résultat,	30
Figure 6 : Conseil et dépistage du VIH chez les professionnels du sexe	31
Figure 7 : Femmes enceintes ayant fait le test de dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat, 2002-2009, Togo	32
Figure 8 : Femmes enceintes dépistées positives au VIH et qui ont accouché sous ARV	32
Figure 9 : Programmes de prévention destinés aux Professionnels du Sexe.....	35
Figure 10 : Programmes de prévention destinés aux HSH	36
Figure 11 : Nombre de personnes sous traitement ARV, 2002-2009, Togo	38
Figure 12 : Indicateurs relatifs aux connaissances du VIH chez les PS en 2009	42
Figure 13 : Indicateurs relatifs aux connaissances du VIH chez les PS en 2007	43
Figure 14 : Indicateurs relatifs aux connaissances du VIH chez les HSH en 2009.....	44
Figure 15 : Indicateurs relatifs à l'utilisation du préservatif par les	46
Figure 16 : Indicateurs relatifs à l'utilisation du préservatif par les HSH en 2007 et 2009	47
Figure 17 : Répartition des dépenses de la lutte contre le VIH et le sida.....	48

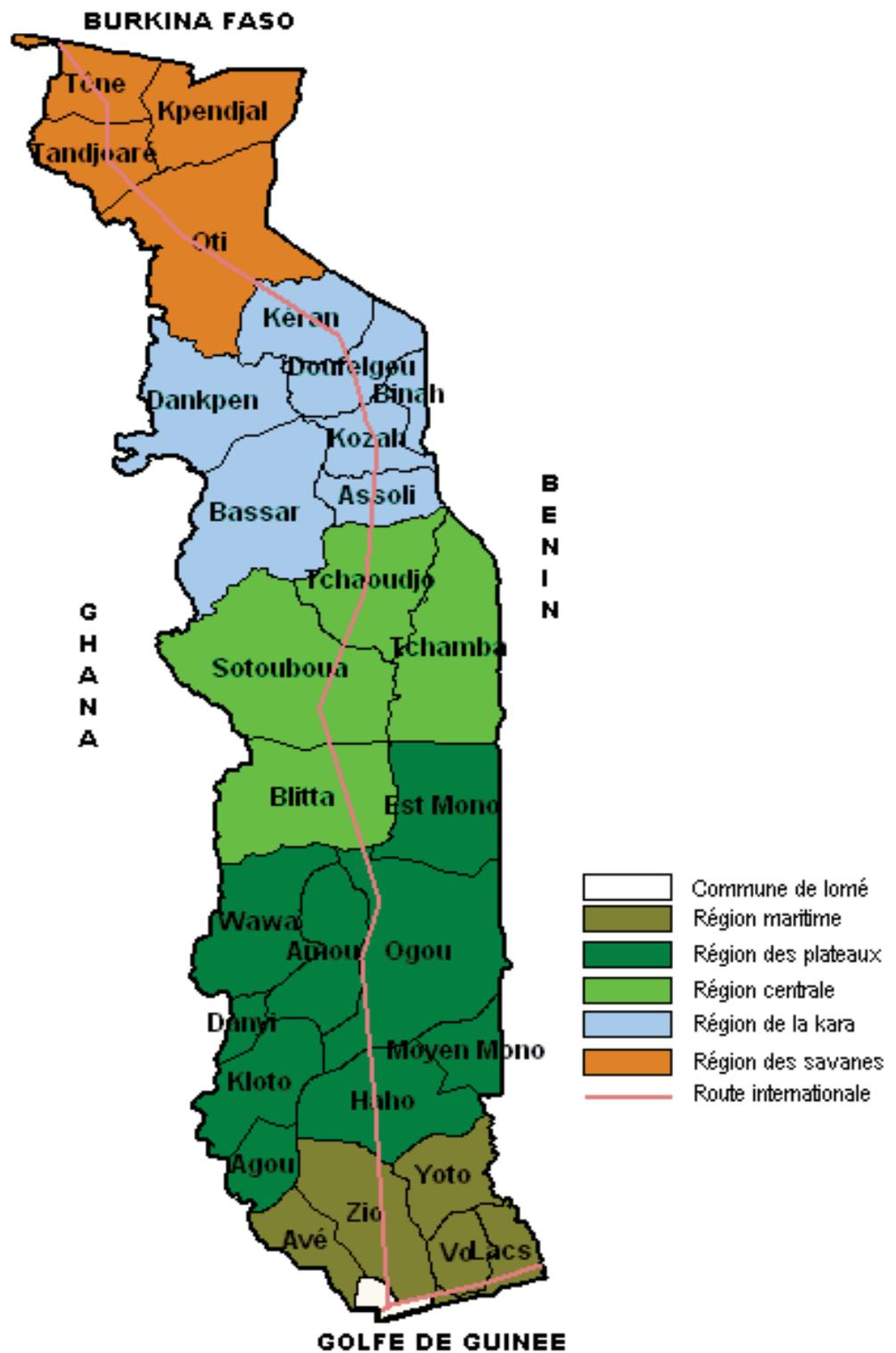
SIGLES ET ACRONYMES

ACP-UE	Afrique Caraïbe Pacifique – Union Européenne
ACS	Action Contre le Sida
AIDSS	Action et Initiative pour le Développement Sanitaire et Sociale
AMC	Aide Médicale Charité
ARV	Antiretroviral/ antiretroviraux
AS/SR	Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction
ASDEB	Action Solidaire pour un Développement Entretenu à la Base
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien-être Familial
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CEDEAO	Communauté Économique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEFOP	Centre d'Études, de Formation et de Recherche en Population
CERA	Cabinet d'Expertise en Recherche-Action
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAO	Centre National d Appareillage Orthopédique
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRT	Croix Rouge Togolaise
DAAC	Direction des Affaires Administratives et Comptables
DAT	Dispositif d'Appui Technique
DGS	Direction Générale de la Santé
DGSCN	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DISER	Division Information Statistique, Etudes et Recherche
DSF	Division de la Santé Familiale
EDST	Enquête Démographique et de Santé du Togo
EVT	Espoir Vie Togo
FAMME	Force en Action pour le Mieux-être de la Mère et de l'Enfant
FMI	Fonds Monétaire International
FONGTO	Fédération des ONG du Togo
ICPN	Indice Composite des Politiques Nationales
INH	Institut National d'Hygiène
MEFP	Ministère de l'Économie, des Finances et des Privatisations
MEPS	Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
METFP	Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
OCAL	Organisation du Corridor Abidjan Lagos
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OHADA	Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PDH	Promotion et Développement Humain
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLS-IST	Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PS	Professionnel(le) du Sexe
PSI	Population Service International
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
QUIBB	Questionnaire Unique des indicateurs de Base du Bien-Etre
RAS+	Réseau des Associations des Personnes vivant avec le VIH
RESPOEV-TOGO	Réseau des Structures de Protection des Orphelins et Enfants Vulnérables au Togo
RST	Regional Support Team
SNU	Système des Nations Unies
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
TB/VIH	Co-infection Tuberculose VIH
TDR	Termes de référence
TOCAHSO	Togo Council of Aids and Health Service Organisations
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UONGTO	Union des ONG du Togo
URD/UL/	Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine
WILDAF-TOGO	Women in Law and Development in Africa section Togo

GENERALITES

Figure 1 : Carte administrative du Togo



1. Données géographiques et démographiques

Le Togo est situé entre les latitudes 6°06' et 11°08' Nord et les longitudes 0°09' Ouest et 1°49' Est. Il est limité à l'Est par la République du Bénin, à l'Ouest par la République du Ghana, au Nord par la République du Burkina Faso. Au sud, il s'ouvre sur l'océan Atlantique dans le Golfe du Bénin lui-même inscrit dans le Golfe de Guinée sur la côte Ouest africaine.

Le pays couvre une superficie de 56 785 km² et sa population est à ce jour estimée à environ 6 000 000 d'habitants avec un taux d'accroissement annuel de 2,4%. Cette population compte 51,3% de femmes contre 48,7% d'hommes. Près de la moitié de la population a moins de 15 ans (49,93%). La population sexuellement active (15-49 ans) correspond à 34,6% de la population totale et la population urbaine à 35% [1].

Le découpage administratif subdivise le pays en cinq régions qui regroupent 34 préfectures :

- Région Maritime, avec 7 préfectures ;
- Région des Plateaux, avec 11 préfectures ;
- Région Centrale, avec 4 préfectures ;
- Région de la Kara, avec 7 préfectures et ;
- Région des Savanes, avec 5 préfectures.

Le climat est caractérisé par deux régimes pluviométriques bien distincts : un régime équatorial bimodal dans la moitié méridionale (avec deux saisons pluvieuses de Mars-Avril à juillet et de septembre à Octobre-Novembre, entre lesquelles s'intercalent deux saisons sèches) et un régime tropical uni modal dans la moitié septentrionale (avec une saison sèche de novembre à Avril-Mai). Les précipitations moyennes annuelles correspondantes varient entre 800 et 1800 mm d'une part et 1000 et 1500 mm d'autre part.

Les moyennes thermiques annuelles respectives dépassent rarement 27°4 C et 28°2 C. La végétation est celle des forêts au Sud et celle des savanes au Nord. Elle abrite une variété de petits et grands animaux qui attirent la curiosité des touristes qui visitent les parcs nationaux disséminés sur le territoire.

Trois bassins hydrographiques se partagent le territoire national:

- au Nord, le bassin des Voltas, par l'intermédiaire du fleuve Oti collectant notamment les eaux du Koumongou, de la Kara, et du Mô ;
- au Centre, le bassin du Mono, fleuve le plus long du pays (450 km) ;
- au Sud, le groupe des rivières côtières comprenant principalement le Zio et le Haho qui se jettent dans le Lac Togo.

2. Données socioculturelles

2.1 Sur le plan scolaire

Le taux net de scolarisation dans le primaire est de 79,3 % pour l'ensemble du pays en 2006 (MICS3 ; 2006) Les inégalités scolaires selon le sexe ne sont guère grandes ; le taux de scolarisation des filles étant assez proche de celui des garçons (76,2 % contre 82,2 %). Cependant les différences régionales sont assez importantes. Les taux nets de scolarisation sont plus élevés à Lomé et plus faibles dans la région des Savanes (91,5 % à Lomé, 87,4 % dans la région Maritime, 83,1 % dans la région Centrale, 82,7 % dans la région des Plateaux, 68,4 % dans la région de la Kara et 51,9 % dans la région des Savanes). La différence de scolarisation entre filles et garçons est également plus marquée dans la région des Savanes (45,5 % contre 57,7 %).

L'analphabétisme touche 43,1 % des adultes (15 ans et plus). Le taux d'analphabétisme est de 29,7 % chez les hommes et de 55,6 % chez les femmes en 2006.

2.2 Sur le plan matrimonial

La polygamie est autorisée au Togo selon le code des personnes et de la famille¹. Environ 54 % des femmes mariées au Togo sont dans une union polygame. L'âge moyen au premier mariage est de 20 ans pour l'homme et de 17 ans pour la femme. Les taux des mariages précoces sont particulièrement élevés en zone rurale.

3. Données sanitaires

Le Togo est divisé en six régions sanitaires. La capitale Lomé se détache de la région Maritime et devient une sixième région sanitaire. Le système de santé est organisé en une pyramide à trois niveaux :

- La base de la pyramide représente le niveau périphérique. C'est le niveau opérationnel comprenant 35 Directions préfectorales de santé correspondant aux 35 districts sanitaires, 30 hôpitaux de préfecture, 700 unités de soins périphériques et les services privés de soins.
- Le milieu de la pyramide représente le niveau intermédiaire, correspondant aux 6 régions sanitaires comprenant chacune une direction régionale de la santé et ses services connexes, un centre hospitalier régional, les services privés de soins à portée régionale.
- Le sommet de la pyramide représente le niveau central ou national, correspondant au Ministère et à la Direction générale de la santé publique, aux directions centrales, aux divisions et services, ainsi que les spécificités à intérêt national (CHU, INH, CNAO, CNTS et les écoles de formation en santé), les services privés de soins à portée nationale.

¹ Le code des personnes et de la famille est depuis 2007 en cours de révision en vue d'instaurer la monogamie au Togo

La couverture géographique de l'offre de soins est assez bonne : 88% de la population est située à moins de 5km d'une formation sanitaire et 62% à moins de 2,5km. Plus de 83% des femmes enceintes font le suivi de leur grossesse dans une formation sanitaire agréée et 63% des accouchements ont lieu dans une formation sanitaire avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié. Les couvertures vaccinales contre les principales maladies de l'enfant et de la femme enceinte varient entre 63,5% et 88%. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 123 pour mille en 2006 et celui des enfants de moins de 1 an est de 77 pour mille. La mortalité maternelle est de 478 pour 100 000 naissances vivantes en 1998 et l'espérance de vie à la naissance de 51,6 ans.

4. Données économiques

Le Togo est membre de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Avec un PNB par habitant de 360 dollars US en 2007, le Togo se classe parmi les Pays les Moins Avancés (PMA). Le Togo est aussi membre de la Zone Franc. Son économie est soutenue par le Franc CFA, qui jouit d'une parité fixe avec l'Euro et de la libre convertibilité.

L'économie togolaise dépend traditionnellement du secteur primaire. Ce secteur représente environ 40% du PIB et occupe plus de 70% de la population active. Les secteurs secondaire et tertiaire représentent respectivement 23 % et 36 % du PIB en 2004.

Le Togo a une économie de type libéral. Les exportations du pays portent principalement sur les phosphates, le coton, le ciment, le café et le cacao qui représentaient, en moyenne annuelle, 34 % du PIB entre 2002 et 2005. Cela est bien en dessous de la moyenne de 45 % qui prévalait dans les années 80.

Le Togo dépend de l'assistance étrangère pour le financement d'une bonne partie de son Programme d'Investissement Public (PIP). Cependant, en raison de la suspension de l'appui des bailleurs de fonds depuis le début des années 90, le niveau de l'investissement public est passé de 13,8 % du PIB en 1990 à 3,3 % du PIB en 2005. Ce qui a fortement réduit les capacités de production du pays et ralenti la croissance économique.

Malgré cette situation socio-économique peu enviable, l'avenir de l'économie togolaise est rassurant avec :

- ✓ La reprise de la coopération avec l'Union Européenne et la normalisation des relations entre le pays et la communauté internationale au lendemain de la conférence des bailleurs à Bruxelles en octobre 2008 ;
- ✓ L'atteinte du pays, le 25 novembre 2008, au Point de Décision de l'Initiative PPTE lui permettant ainsi de bénéficier d'un allègement partiel de la dette ;

- ✓ L'élaboration du Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C) qui accorde une grande priorité aux secteurs sociaux (dont les secteurs de la Santé et de l'Education).

Les infrastructures ont depuis plus de deux décennies font l'objet d'une attention particulière de la part des autorités gouvernementales. Ainsi en matière de voies de communications, on peut citer les principaux axes routiers Lomé-Ouagadougou (Burkina Faso), Lomé-Accra (Ghana) et Lomé-Cotonou (République du Bénin) ainsi qu'un certain nombre de routes transversales qui sont entièrement bitumées.

Quoique fortement concurrencées voire supplantées parfois par les routes, les voies ferrées sont toujours opérationnelles et peuvent connaître une extension et un accroissement de trafic (notamment l'axe Lomé-Blitta) avec la réalisation du projet de liaison ferroviaire Lomé Ouagadougou et le transport, entre autres, de matériaux miniers pondéreux de l'hinterland vers le port de Lomé.

Sur le plan maritime, le Togo dispose d'un port en eau profonde, pouvant accueillir les navires de n'importe quel tonnage, et d'une zone franche industrielle.

En matière de liaisons aériennes, le Togo dispose de deux aéroports de classe internationale à Lomé et à Niamtougou (environ 400 km au Nord de Lomé) où peuvent se poser tous les gros porteurs.

Les infrastructures de télécommunications sont modernes, elles permettent des liaisons rapides (en temps réel) avec toutes les villes du pays et l'étranger grâce à la station terrienne de Lomé-Cacavelli.

Sur le plan énergétique, le pays dispose de centrales thermiques, de deux barrages hydroélectriques et est aussi alimenté à partir du grand barrage d'Akosombo au Ghana. Par ailleurs avec le projet de construction du barrage d'Adjarala commun au Togo et au Bénin ainsi que le projet de fourniture de gaz nigérian par pipe-line (gazoduc) commun au Togo, au Bénin et au Ghana, le pays aura des atouts supplémentaires dans le domaine de l'énergie. La société énergétique américaine « Contour Global » va mettre en marche fin Avril 2010 une centrale énergétique de 100 Méga kilowattheures et le pays deviendra ipso facto fournisseur d'énergie électrique à ses voisins.

5. Données politiques

Ancien protectorat allemand (1884-1914), le Togo a successivement été placé sous mandat de la Société des Nations Unies, confié à la Grande Bretagne et à la France (1919-1946), et sous tutelle de la France dans ses frontières actuelles (1946-1960). Etat souverain depuis le 27 Avril 1960, le Togo en est, à ce jour à sa quatrième république. Il est doté, depuis le 14 octobre 1992, d'une constitution démocratique caractérisée par la séparation des pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire. Le Togo est membre de l'ONU, de l'Union Africaine (ancien OUA), de l'UEMOA, de la CEDEAO, de la communauté ACP-UE et de l'OHADA dont le Chef de l'Etat assume la présidence en exercice.

Depuis le début des années 90, une crise politique profonde s'est installée au Togo à l'occasion de l'avènement du multipartisme. Pour sortir de cette crise, le Gouvernement a engagé à plusieurs reprises des concertations avec l'opposition. Dans le cadre de ces concertations, il a souscrit à un ensemble de 22 engagements à remplir pour affermir la démocratie Togolaise. L'Union Européenne a été reconnue comme chef de file des bailleurs de fonds pour aider les différentes parties à trouver un consensus. Après une série de concertations entre le Gouvernement, les représentants des partis politiques et de la Société Civile, un Accord politique global a été unanimement approuvé et signé le 20 août 2006. La mise en œuvre de cet Accord politique global a abouti à l'organisation en octobre 2007 des élections législatives anticipées qui se sont déroulées de façon démocratique et paisible. Ces élections ont ainsi ouvert la voie à la reprise de la coopération avec l'Union Européenne et les institutions financières internationales. Dans le cadre de la fin du premier quinquennat de l'actuel Président de la République, une élection présidentielle vient d'être organisée le 4 mars 2010 dans le calme et la sérénité en présence d'observateurs nationaux et internationaux (UE, CEDEAO, UA, Francophonie, etc.). Sept candidats étaient en lice. Les résultats de ce scrutin donnent le Président sortant vainqueur selon les résultats définitifs proclamés par la Cour Constitutionnelle en sa séance du 18 mars 2010.

CHAPITRE 1
APERÇU DE LA SITUATION

1. Démarche méthodologique

L'élaboration du rapport de situation national sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement a été un processus participatif, comme par les années antérieures, et s'est déroulé en plusieurs étapes dont les principales sont :

1.1. Phase préparatoire

Le Groupe de Référence sur le Suivi et l'Évaluation (GRSE) avait inscrit dans son agenda de travail 2009 la préparation du rapport UNGASS 2010. C'est ainsi qu'au cours d'une de ses réunions, le GRSE a inventorié les besoins en données à collecter afin de combler les lacunes des rapports précédents en prenant en compte les cycles d'établissement des rapports et les recommandations de l'atelier d'orientation tenu à Dakar (Sénégal) les 23 et 24 Novembre 2009. Cet exercice a permis de mettre au point le processus rédactionnel du rapport à savoir : (i) le calendrier d'activités ; (ii) les rôles respectifs des différentes parties prenantes (le CNLS-IST, les Ministères, les institutions des Nations Unies, les coopérations bilatérales, les ONG internationales et les organisations de la société civile) ; (iii) le plan de mobilisation des ressources financières et afférentes.

Aussi, 47 personnes ont été impliquées directement dans ce processus. La société civile à elle seule représentait un peu plus du tiers de cet effectif (32%). La participation de la société civile à l'évaluation des progrès accomplis dans la réponse nationale au VIH est d'autant remarquable que sa participation à la mobilisation des ressources (à travers l'élaboration des propositions à soumettre aux différents bailleurs de fonds, en l'occurrence le Fonds Mondial) qu'à la mise en œuvre des interventions sur le terrain. Les tableaux 6 à 10 en *Annexe 1* présentent la liste exhaustive des acteurs, leur institution d'appartenance et le rôle qu'ils ont joué.

1.2. Phase de la collecte des données

L'instauration du processus de collecte, de vérification et d'analyse des données a consisté à : (i) choisir les sources et les instruments pertinents pour la collecte des données pour chaque indicateur ; (ii) former les équipes de collecte des données et les déployer sur le terrain ; (iii) planifier les réunions de validation des données en vue de parvenir à un consensus sur la valeur exacte de chaque indicateur. Les principes qui ont guidé la validation des données collectées étaient l'apurement, l'utilisation d'une base unique, la concertation avec les différentes parties prenantes et la triangulation des données provenant de sources différentes. Cette étape a été coordonnée par l'Unité de suivi et évaluation du Secrétariat Permanent du CNLS-IST en collaboration avec le Conseiller en Suivi et Évaluation du Bureau Pays ONUSIDA. Le tableau 11 en *Annexe 2* donne la composition des équipes de collecte des données par indicateur.

1.3. Phase de rédaction du rapport narratif

Le rapport narratif a permis d'étayer les données collectées. Il a été rédigé par une équipe restreinte multisectorielle de 10 membres. Cet exercice s'est appuyé sur les résultats de la collecte des données sur les indicateurs et des enquêtes menées. Il s'est agi de faire des analyses et commentaires sur le niveau d'atteinte des indicateurs et de comparer avec les objectifs fixés dans le Plan Stratégique National dans le cadre de l'Accès Universel. Les performances atteintes par rapport aux années antérieures ont été également analysées.

1.4. Validation du rapport

Une séance de travail tenue le 30 mars 2010 sous la coordination du SP/CNLS-IST réunissant un groupe restreint composé des cadres du PNLIS-IST, de l'ONUSIDA, du Programme d'Appui aux organisations de la Société Civile Impliquées dans la lutte contre le sida (PASCI) et du SP/CNLS-IST a permis de finaliser et de valider le présent rapport. Les observations des représentants des autres parties prenantes de la lutte à qui le draft du rapport avait été envoyé, ont été prises en compte au cours de ladite séance².

2. Degré de participation des parties prenantes

2.1. Rôle joué par le secteur public

Le secteur public a contribué à l'élaboration des protocoles de collecte des données sur les indicateurs de programmes, à la collecte des données, à leur traitement, à l'analyse et à l'interprétation. Dans certains cas, ce secteur a fourni les données et les personnes ressources ont émis des avis sur les politiques et stratégies de la réponse nationale au VIH et au sida. Les secteurs qui ont été impliqués dans ce processus sont :

- le secteur de la santé : les programmes et services du ministère de la santé à savoir PNLIS, PNLT, CNTS, INH et CAMEG dont les premiers responsables sont membres du groupe technique de travail ;
- les secteurs publics non santé : Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme, et de la Protection de l'Enfant et des Personnes Agées ; Ministère des Enseignements Primaire, Secondaire et de l'Alphabétisation ; Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle ; Ministère de l'Enseignement Supérieur ; Ministère de la Défense ; Ministère de la Justice ;

² Il n'a pas été possible d'organiser comme de coutume, un atelier national de validation élargi à tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le sida à cause des activités politiques de février à mars 2010 relatives au scrutin présidentiel du 04 mars 2010.

- l'Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé (URD/UL) : membre du groupe de référence de suivi et évaluation, elle a contribué à l'élaboration des protocoles d'enquêtes.

2.2. Rôle joué par la société civile

La société civile a joué un double rôle :

- a) en leur qualité de membres du Groupe Technique de travail, les organisations de la société civile ont participé à la collecte des données sur (i) les connaissances et comportements au sein des professionnel (le) s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et (ii) l'indice composite des politiques nationales. C'est ainsi que l'ONG Arc-en-ciel a réalisé l'enquête sur les connaissances et comportements auprès des Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes, et l'ONG FAMME, la même enquête auprès des Professionnel(le)s du Sexe. Ces deux ONG ont eu le mérite de conduire ces enquêtes du fait qu'elles mènent déjà des activités de prévention de proximité sur le terrain en direction de ces groupes vulnérables.
- b) en leur qualité d'intervenants dans la lutte contre le VIH, les ONG/associations ont fourni des informations sur (i) l'indice composite des politiques nationales en tant qu'informateurs clés.

2.3. Rôle joué par les partenaires au développement

Les agences du système des Nations Unies notamment l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD, l'ONUSIDA et les ONG internationales (notamment PSI/Togo) ont, par leur assistance technique, facilité la compréhension des directives, l'élaboration des termes de référence, le consensus sur les indicateurs à renseigner, l'élaboration des protocoles d'enquêtes.

Déjà après la réunion d'orientation de Dakar de Novembre 2009, le Coordonnateur pays ONUSIDA a procédé à une large information et au plaidoyer auprès du Conseil National de Lutte contre le sida, notamment le Ministre de la Santé, 2ème Vice-président du CNLS-IST, le Président du Groupe Thématique et par ricochet l'Equipe Pays des Nations Unies au Togo. Cette préparation préalable a facilité la collecte des données auprès des institutions du Système des Nations Unies sur l'indice composite et le financement même des coûts opérationnels.

2.4 Rôle joué par le Secrétariat Permanent du CNLS-IST

Le rôle joué par le SP/CNLS-IST a été essentiellement la coordination de tout le processus: organisation et coordination des différentes réunions préparatoires et élaboration des documents de travail ; plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières, organisation de l'atelier d'information et d'orientation sur le processus UNGASS 2010 ayant regroupé toutes les parties prenantes ; participation à la collecte des données relatives à l'indice composite, aux données financières et aux indicateurs de programmes ainsi qu'à la saisie des données.

3. Financement de l'élaboration du rapport UNGASS 2010

L'élaboration du présent rapport UNGASS 2010 a bénéficié de l'apport financier de l'Etat (CNLS-IST) et des partenaires. Au total, 218 359 US dollars³ soit 98 261 466 FCFA ont été mobilisés pour financer le processus. Les ressources mobilisées se répartissent comme suit :

- CNLS-IST : 13 244 US dollars, soit 5 960 000 F CFA
- PSI Togo : 92 200 US dollars, soit 41 500 000 F CFA
- ONUSIDA : 30 000 US dollars, soit 13 500 000 F CFA
- UNFPA : 32 892 US dollars, soit 14 801 466 F CFA
- UNICEF : 50 000 US dollars, soit 22 500 000 F CFA

³ Coût du dollar = 450 FCA.

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs de l'UNGASS

INDICATEURS		Valeur par année		Commentaires
		2008	2009	
ENGAGEMENT ET ACTIONS AU PLAN NATIONAL				
1	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	7 757 234 334 FCFA	ND	Données de l'enquête NASA.
2	Indice composite des politiques nationales			Questionnaires A et B en annexe du rapport
PROGRAMME NATIONAL				
3	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	ND	92,5%	Janvier à décembre
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	T : 32,9% F : 32,9% H : 32,8%	T : 51,9% F : 51,5% H : 52,1%	Janvier à décembre
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	T : 17,9%	T : 27,9%	Janvier à décembre
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	ND	T : 3,6%	
7	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND		Aucune enquête CAP n'a été menée chez en 2007 ou 2008
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND		
8.1	<i>Professionnel (le) s du sexe</i>	ND	T : 58,4% F : 59,4% H : 43,3%	
8.2	<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	ND	T : 53,2%	
8.3	<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	ND	ND	Aucune enquête n'a été menée auprès des CDI.
9	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre			
9.1	<i>Professionnel (le) s du sexe</i>	ND	T : 82,4% F : 83,6% H : 63,3%	
9.2	<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	ND	T : 58,6%	
9.3	<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	ND	ND	Aucune enquête n'a été menée auprès des CDI.
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 – 17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	ND	ND	Aucune enquête CAP n'a été menée en 2007 ou 2008
11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	ND	0,1%	

INDICATEURS		Valeur par année		Commentaires
		2008	2009	
CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS				
12	Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans	ND	ND	Aucune enquête OEV n'est menée en 2007/08
12.1	<i>Taux de scolarisation orphelins</i>	ND	ND	
12.2	<i>Taux de scolarisation des enfants non orphelins</i>	ND	ND	
13	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	ND	ND	Aucune enquête CAP n'a été menée en 2007 ou 2008
14	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus			
14.1	<i>Professionnel (le) s du sexe</i>		T : 51,9% F : 52,3% H : 50,0%	
14.2	<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>		T : 54,3%	
14.3	<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	ND	ND	Aucune enquête de prévalence du VIH n'est menée en 2007 ou 2008
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	ND	ND	Aucune enquête CAP n'a été menée en 2007 ou 2008
16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	ND	ND	Aucune enquête CAP n'est menée en 2007 ou 2008
17	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND	ND	Aucune enquête CAP n'a été menée en 2007 ou 2008
18	Pourcentage de professionnel (le) s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	ND	T : 88,0% F : 89,5% H : 66,7%	
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annuel avec un partenaire masculin	ND	T : 71,7%	
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND	ND	Aucune enquête de prévalence du VIH n'est menée en 2007 ou 2008
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	ND	ND	ND
IMPACT				
22	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	2,8%	3,1%	Surveillance sentinelle du VIH auprès des femmes enceintes, 2009
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque			
23.1	<i>Professionnel (le) s du sexe</i>	ND	ND	Aucune enquête de prévalence du VIH n'est menée en 2007 ou 2008
23.2	<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	ND	ND	Aucune enquête de prévalence du VIH n'est menée en 2007 ou 2008
23.3	<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	ND	ND	Aucune enquête de prévalence du VIH n'est menée en 2007 ou 2008
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	95,1%	ND	
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	ND	ND	

CHAPITRE 2

**APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE
DU SIDA**

Depuis le début de l'épidémie, aucune enquête de prévalence n'a pu être réalisée au sein de la population générale soit à travers l'EDS ou le MICS, faute de ressources financières.

Le dispositif de surveillance épidémiologique du VIH au Togo comporte donc la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, les donneurs de sang, les malades tuberculeux et chez les « hommes en uniformes ». La surveillance de l'épidémie n'est pas systématisée dans les autres groupes de population tels que les professionnels de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les détenus et les consommateurs de drogues par voie injectable.

1. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en sites sentinelles

La surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales entre 2003 et 2008 montre une tendance générale à la baisse de la prévalence du VIH. Toutefois, elle reste toujours élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

Par contre, en 2009, il y a eu une légère hausse (3,9 %) avec les mêmes tendances de séropositivité plus élevée chez les femmes en milieu urbain qu'en milieu rural. En comparant les résultats des différentes enquêtes menées entre 2003 et 2006, on constate qu'il n'y a pas de variation significative de la prévalence chez les femmes enceintes. Par contre, on observe une baisse statistiquement significative entre 2006 et 2008 (3,4 % en 2008 contre 4,2 % en 2006 avec $p = 0,007$) puis une légère remontée entre 2008 et 2009 (3,4 % vs 3,9 %).

Chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans, évocatrices de nouvelles infections, il y a eu une légère augmentation non statistiquement significative entre 2008 et 2009 (2,8 % vs 3,1 %).

Figure 2 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans de 2003 à 2009

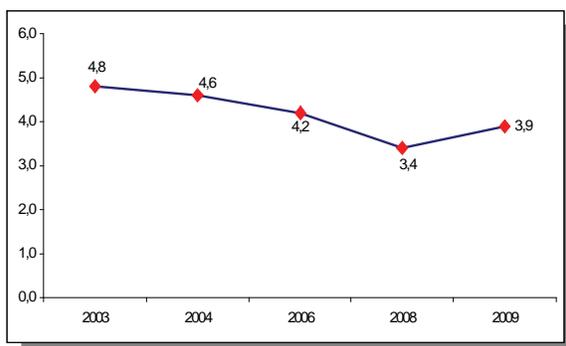
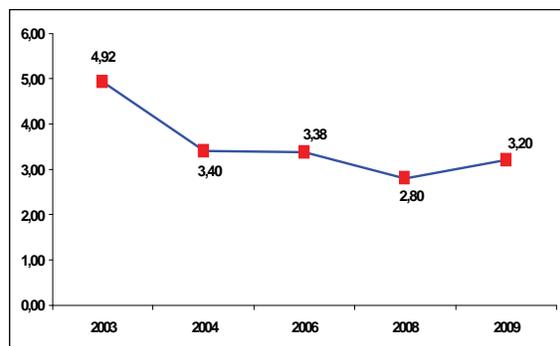


Figure 3 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans de 2003 à 2009

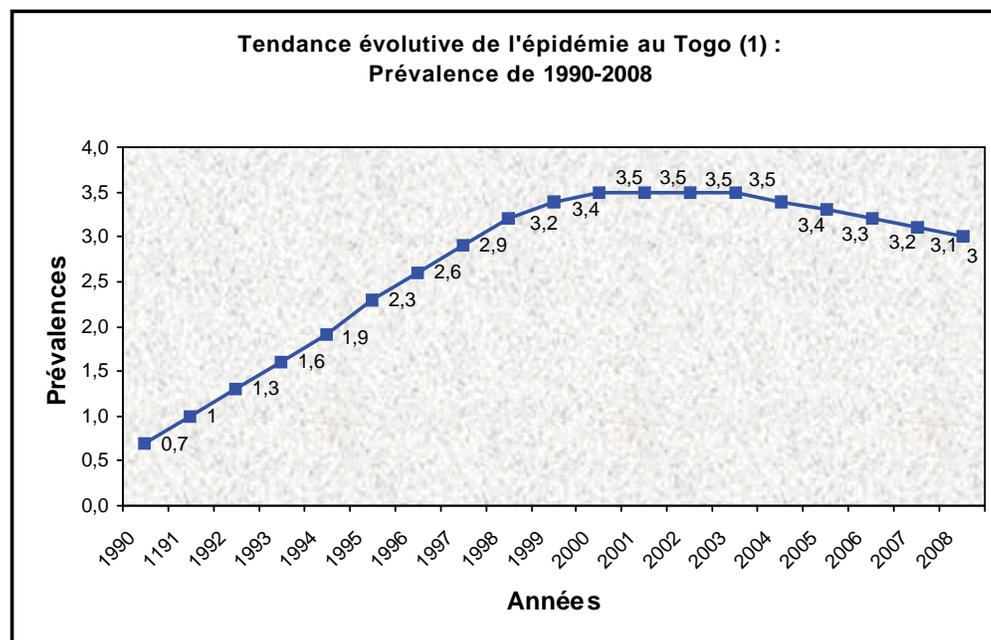


Source : Rapport de la surveillance sentinelle, 2009, PNLS-IST

2. Prévalence dans la population générale

Sur la base des données de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes et en utilisant le modèle de projection EPP/SPECTRUM, le Groupe Technique OMS/ONUSIDA a estimée la prévalence du VIH dans la population générale à 3 % en 2008 contre 3,6 % en 2001. La tendance globale à la stabilité observée depuis 2005 cache des disparités régionales importantes : la prévalence du VIH chez les femmes enceintes décroît de Lomé commune (prévalence 8,8 % en 2004 contre 6,3 % en 2008) vers la région des savanes (2,4 % en 2004 vs 1,4 % en 2008). Cette tendance se confirme depuis 5 ans.

Figure 4 : Tendance évolutive de l'épidémie au Togo, 1990-2008



Source: EPP/SPECTRUM 2008, Togo

L'épidémie, bien que généralisée, reste encore concentrée dans certains groupes spécifiques.

3. Prévalence du VIH au sein des groupes spécifiques

Chez les tuberculeux (Co-infection VIH/TB), 1 418 des malades sur 2 267 soit 63 % souffrant de la forme pulmonaire à microscopie positive de la tuberculose ont été testées en 2009. L'exploitation des registres de ces patients indique en outre que 487 cas de co-infection tuberculose/VIH ont été dépistés; parmi eux, 342 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive co-infectés. Parmi ces 487 malades co-infectés,

94 malades soit 19,30 % ont été traitées simultanément par les antituberculeux et les antirétroviraux.

Chez les détenus, la prévalence du VIH a été mesurée chez 433 détenus de la maison d'arrêt de Lomé en 2008 recrutés de manière aléatoire simple. Ceux-ci représentaient 28,1 % de l'ensemble de l'effectif au moment de l'enquête. La prévalence du VIH était de 7,6 %.

Chez les Professionnelles du Sexe et leurs clients, une étude réalisée en 2005 sur un échantillon de 993 professionnelles de sexe et 770 clients dans toutes les régions du pays a révélé que 29,5 % d'entre elles et 5,5 % des clients étaient séropositifs.

Chez les «hommes en uniformes», une enquête de séroprévalence du VIH réalisée en 2009 par la Direction Centrale des Services de Santé des Armées a noté une baisse de la prévalence (7,70 % contre 9,54 % en 2006 et 13,78 % en 2002) au niveau de ce groupe cible. Cette diminution est le résultat des actions de prévention mises en œuvre dans les garnisons du pays grâce au projet Opération Haute Protection (OHP).

Par contre, la politique de fidélisation des **donneurs de sang bénévoles** a permis de réduire de façon significative le taux d'infection au VIH dans ce groupe. Dans la zone de couverture du Centre National de Transfusion Sanguine de Lomé (site du CNTS et sites de collecte mobile des régions Lomé Commune, Maritime et des Plateaux), le taux de prévalence du VIH chez les donneurs de sang bénévoles était de 1,2 % en 2008. Depuis 2003, on note une baisse régulière de la prévalence du VIH au sein de ce groupe dans cette zone (4 % en 2003, 1,6 % en 2007 et 1,2 % en 2008).

Dans la zone de couverture du Centre Régional de Transfusion Sanguine de Sokodé qui inclut les sites du CRTS, du CHU Kara et les 2 sites de Dapaong (le CHR Dapaong et l'Hôpital d'Enfants de Tantigou), le taux de prévalence du VIH était de 2,8 % en 2008.

En somme, le nombre de personnes vivant avec le VIH au Togo est estimé à 110 000 [110 000 – 150 000] en 2008 ; la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 15 et 49 ans. Les femmes et les enfants représentent respectivement 65 000 [57 000 – 84 000] et 9 000 [8 400 – 12 000].

Au cours de la même année 2008, un recensement national a été mené dans 135 structures de soins réparties dans les six régions sanitaires du pays. Au total, 23 771 PVVIH ont été dénombrées dont 33,6 % étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 34 ans. 53,9 % des patients résidaient dans Lomé Commune, 18,2 % dans la région Maritime, 10,3 % dans la région des Plateaux, 8,7 % dans la région Centrale, 5,5 % dans la région de la Kara et 3,4 % dans la région des Savanes.

CHAPITRE 3

**RIPOSTE NATIONALE A
L'EPIDEMIE DE SIDA**

1. Riposte au plan politique

La réponse au VIH et au sida au Togo est structurée en deux niveaux : les structures de coordination et les structures de mise en œuvre.

1.1. Les organes de coordination

a) Le Conseil National de Lutte contre le sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST)

Depuis la découverte du premier cas de VIH au Togo en 1987, la réponse nationale ne cesse de s'intensifier et de suivre un processus dynamique d'organisation. Parti du Comité national de lutte contre le sida qui, au départ se résumait aux seuls professionnels de la santé, le nouvel organe national de coordination de la lutte contre l'épidémie du VIH a inclus tous les autres secteurs (public, privé, parlementaire, confessionnel et PVVIH). C'est le Conseil National de Lutte contre le sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST) créé par décret n 2001 – 173/PR du 11 octobre 2001. Le président de la République en est le Président ; le Premier Ministre, 1^{er} Vice-président et le Ministre de la Santé, 2^{ème} Vice-président. Cet organe de coordination a pour missions :

- la définition des orientations politiques en matière de lutte contre le VIH et le sida ;
- la mobilisation des ressources internes et externes pour la mise en œuvre du plan stratégique national ;
- l'approbation des budgets et programmes annuels d'action ;
- l'évaluation de l'efficacité de la lutte contre le VIH et le sida.

Le CNLS-IST a un secrétariat permanent qui est l'organe exécutif. Ses missions sont de :

- coordonner la mise en œuvre du Plan Stratégique National et des décisions prises par le CNLS-IST lors de ses sessions ;
- promouvoir la lutte dans tous les secteurs ;
- promouvoir l'accessibilité au traitement, la recherche sur le sida ;
- établir les rapports d'exécution du Plan Stratégique National ;
- organiser les réunions périodiques des acteurs et des partenaires.

Le Secrétariat Permanent est rattaché à la présidence de la république. Il est doté depuis avril 2009 de nouveaux locaux appropriés pour les activités de coordination.

La difficulté du SP/CNLS-IST se résume essentiellement au déficit en ressources humaines, matérielles, financières et techniques. Ces problèmes préoccupants ont fait l'objet de discussions lors de la troisième session du CNLS-IST présidée personnellement par le Chef de l'Etat en sa qualité de Président du CNLS-IST. Ainsi, en vue de renforcer les capacités d'exécution du SP/CNLS-IST en terme de coordination

de la riposte nationale au VIH, une série de recommandations ont été formulées notamment :

- l'adoption d'une politique nationale de lutte contre le sida (déjà élaborée) ;
- la révision du décret portant création du CNLS-IST qui prenne en compte les partenaires au développement et l'élaboration des textes régissant son fonctionnement ;
- le renforcement en personnel du SP/CNLS-IST ;
- la prise en compte des différents secteurs dans l'élaboration des budgets annuels à venir.

Si le partenariat entre le Secrétariat Permanent du CNLS-IST et la société civile connaît une dynamique nouvelle, il n'en est pas de même avec le secteur privé et les partenaires au développement. Les organisations de la société civile ont mis en place en 2007 le Forum des ONG pour l'accès universel, initiative très appréciée par les partenaires au développement et le CNLS-IST.

Les structures décentralisées du CNLS-IST

Selon le décret, le CNLS-IST est démembré en structures décentralisées qui sont les répondants : le Comité Régional de Lutte contre le Sida et les IST (CRLS-IST) et le Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida et les IST (CPLS-IST). A ce jour, ces structures ne sont pas encore fonctionnelles car ne disposant pas de secrétariat ; non seulement aucun texte nécessaire à leur fonctionnement n'est pris, mais aussi aucune dotation budgétaire y afférente ne leur est allouée. Faute de ressources humaines et financières ces structures ne fonctionnent pas et sont perçues comme des structures administratives chargées de parrainer les séminaires et ateliers locaux.

Ces structures sont sans dévolution de pouvoirs en terme de planification, de mise en œuvre, de gestion des ressources humaines et financières, et de suivi/évaluation pour la coordination de la réponse locale au VIH. L'absence du fonctionnement de ces structures réduit l'efficacité de la réponse au niveau locale et les actions de l'organe national de coordination.

b) Le Programme National de Lutte contre le sida et les IST (PNLS-IST)

Le PNLS-IST a été créé par arrêté du Ministre de la Santé pour coordonner les activités de lutte contre le sida au début de l'épidémie. Mais, avec la création du CNLS-IST et de son organe exécutif, le SP/CNLS-IST pour une coordination nationale et locale, le PNLS-IST coordonne désormais les activités de lutte contre le VIH et le sida du secteur de la santé. Il a à cet effet mis en place des groupes thématiques sur le traitement, la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le dépistage volontaire du VIH.

Les membres de l'Equipe conjointe des Nations Unies sur le sida participent à ces groupes thématiques.

c) Le CCM (Country Coordination Mechanism)

Le CCM-Togo coordonne l'élaboration et la soumission des propositions de projet au Fonds Mondial pour financement aussi bien pour le sida que pour la tuberculose et le paludisme. Il assure le suivi de la mise en œuvre de ces projets et veille à l'atteinte des objectifs convenus ; le but ultime étant d'identifier au plus tôt les goulots d'étranglement et de proposer des solutions.

Depuis novembre 2006 et avec l'appui technique de « Capacity Project » et au financement du Gouvernement Américain, le CCM-Togo a subi une réforme. Cette réforme s'est traduite par (i) un renforcement institutionnel marqué par un nouveau décret constitutif du CCM ; l'élaboration d'un manuel de procédures intégrant la gestion des conflits d'intérêt, la définition claire des rôles et responsabilités des parties prenantes et le renforcement des capacités des membres, (ii) une plus forte représentation des secteurs nationaux non gouvernementaux passant de 41,5% à 46%, (iii) l'élection d'un nouveau Bureau du CCM avec des Conseillers pour un mandat de deux ans.

Afin d'impliquer des acteurs autres que les membres du CCM-Togo au suivi régulier des projets financés par le Fonds Mondial (i) le CCM ouvre ses réunions aux autres institutions afin d'élargir les réflexions et débats, (ii) la composition des groupes techniques de suivi est élargie à des personnes ressources issues des institutions non membres du CCM, (iii) le CCM échange avec d'autres organes de collaboration, notamment le Comité de coordination du secteur de la santé, le Comité Inter Agences pour l'immunisation et la vaccination, le groupe thématique VIH/sida, le Comité National Antituberculeux, le Comité National de Lutte contre le Paludisme, les Universités, etc.

Le Fonds Mondial appuie huit (8) projets, dont trois projets de lutte contre le VIH/Sida, deux projets de lutte contre la Tuberculose et trois projets de lutte contre le Paludisme. Le montant total des financements acceptés pour le Togo s'élève à **179 693 896 dollars US (90 milliards FCFA)**. Sur ce montant **115 529 558 dollars US (58 milliards FCFA)** sont effectivement accordés et **63 057 946 dollars US (32 milliards FCFA)** déjà décaissés au Togo.

La huitième proposition qui est actuellement au centre d'intérêt concerne la lutte contre le VIH/Sida notamment la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et le suivi des professionnels (le) s de sexes et leurs clients. Son budget est de 96 millions de dollars (72 millions d'Euros). La signature de l'accord de financement pour la première phase du projet a été faite le 16 juillet 2009. Le budget de cette phase s'élève à 38 millions de dollars US\$ pour deux ans. Un des Bénéficiaires principaux de ce projet est le Ministère de la Santé et c'est la première fois qu'une entité nationale va jouer ce rôle au Togo. Le deuxième bénéficiaire principal est PSI/Togo.

1.2. Les structures de mise en œuvre de la réponse

La mise en œuvre des interventions de la réponse nationale au VIH et au sida est majoritairement exécutée par le Ministère de la santé à travers ses structures de soins

qui sont aujourd'hui évaluées à près de 700 toute catégorie y comprise. En dehors du Ministère de la santé, il y a dans le secteur public les Ministères de l'Education ; de la Défense, et de l'Action sociale. Les organisations de la société civile sont coude à coude avec le Ministère de la santé en ce qui concerne la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH. Les confessions religieuses y participent activement.

2. Riposte au plan programmatique

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le sida 2007-2010 a été élaboré dans une démarche participative. Les résultats de la revue du Cadre Stratégique National 2001-2005 et ceux de la consultation nationale sur l'Accès Universel ont servi de base pour l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre le sida 2007-2010.

Budgétisé et doté de cibles bien définies, le Plan Stratégique National est la référence dans l'élaboration des interventions des partenaires au développement, des organisations de la société civile, des secteurs public et privé. Nous pouvons citer pour mémoire les stratégies du secteur de l'éducation, de l'Eglise Catholique, du secteur de la santé et celle du Ministère de l'Action Sociale et de la protection de la Femme, du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle et du Ministère des Enseignements Primaires, Secondaires et de l'Alphabétisation.

Les ressources nécessaires pour mettre en oeuvre le Plan Stratégique National de Lutte contre le sida sont nettement insuffisantes du fait : (i) de la suspension de la coopération internationale qui a duré environ 15 ans (de 1992 à 2007), (ii) de la réticence de principaux donateurs à un financement local important, (iii) de la faiblesse des ressources nationales ; (iii) de la faible capacité de mobilisation des ressources extérieures, en l'occurrence celles du Fonds Mondial. Cette situation restreint le passage à l'échelle des différentes interventions vers l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

2.1. Le renforcement des services de prévention

2.1.1. Le conseil et le dépistage volontaire

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.

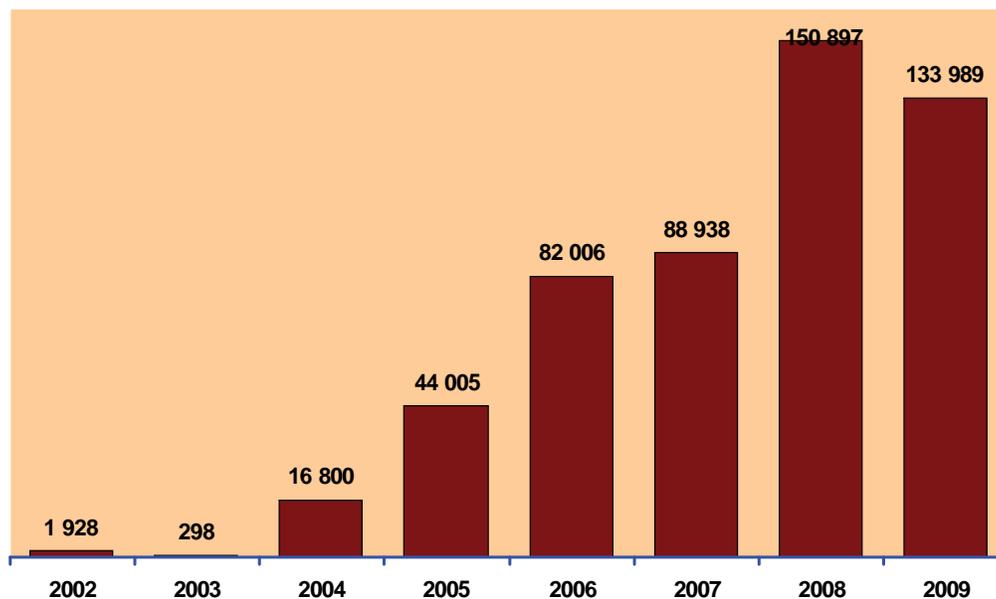
Le nombre de centres de dépistage a été étendu à 95 répartis sur tout le territoire national. 75 de ces centres sont intégrés aux structures de soins. Le dépistage volontaire se fait également dans 128 sites PTME et dans 10 Services adaptés pour les Professionnelles du Sexe et leurs clients.

Le nombre de personnes ayant subi le test de dépistage en stratégie fixe ou mobile en 2009 est de 133 989. En effet, une stratégie active de dépistage a été initiée par PSI-Togo depuis 2008. Celle-ci est basée sur le dépistage mobile au moyen d'autobus équipés et l'organisation de campagnes nationales de dépistage (caravane OCAL 2009

et Campagne JMS 2009). Ces journées ont permis de réaliser 41 807 tests en stratégie avancée en 2009 contre 51 429 en 2008.

Bien que le nombre de personnes conseillées et dépistées augmente au fil des années, l'enquête de population réalisée chez les hommes et femmes de 15 à 49 ans en 2007 montre que 15,5 % de la population (16,1 % des hommes et 14,9 % des femmes) ont subi le test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent leurs résultats. Environ un jeune de 15 à 24 ans sur deux (49 %) a fait le test VIH et connaît le résultat.

Figure 5 : Nombre de personnes conseillées et testées et qui ont reçu leur résultat, 2002-2009, Togo

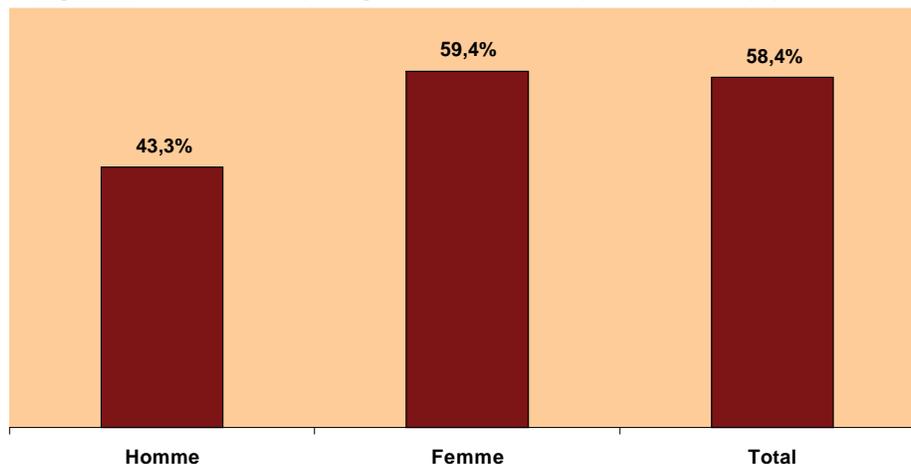


Source : Rapport d'activités PNLIS-IST, 2009

Pourcentage, parmi les professionnel (le) s de sexe, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Un mapping des sites prostitutionnels réalisé en décembre 2009 à Lomé et dans sept autres villes du Togo a montré que 60% des professionnel (le)s de sexe tout sexe confondu ont subi un test VIH au cours des douze derniers mois et connaissaient le résultat. Cette enquête a porté sur 446 femmes professionnelles du sexe et 30 hommes professionnels du sexe. On note que près de 3 femmes professionnelles du sexe sur 5 (59,4 %) ont fait leur test et connaissent leur résultat contre 43,3 % de leurs homologues hommes. On note également une progression de la proportion en fonction de l'âge des professionnel (le) s du sexe : 55,8 % chez les moins de 25 ans et 60,1 % chez les plus de 25 ans.

Figure 6 : Conseil et dépistage du VIH chez les professionnel (le) s du sexe



Source : Enquête 2009 chez les Professionnel (le) s de sexe

Pourcentage parmi les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de personnes ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Les informations sur les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes obtenues dans le cadre d' « une analyse de la situation sur la problématique des minorités sexuelles et VIH et le sida dans le contexte du Togo » réalisée en décembre 2009 indique que sur 630 HSH interviewés, plus de la moitié (53,2 %) ont déclaré avoir fait leur test VIH et en connaissent le résultat. On note par ailleurs une progression de la proportion en fonction de l'âge des HSH : 46,8 % chez les moins de 25 ans et 60,8 % chez les 25 ans et plus.

2.1.2. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

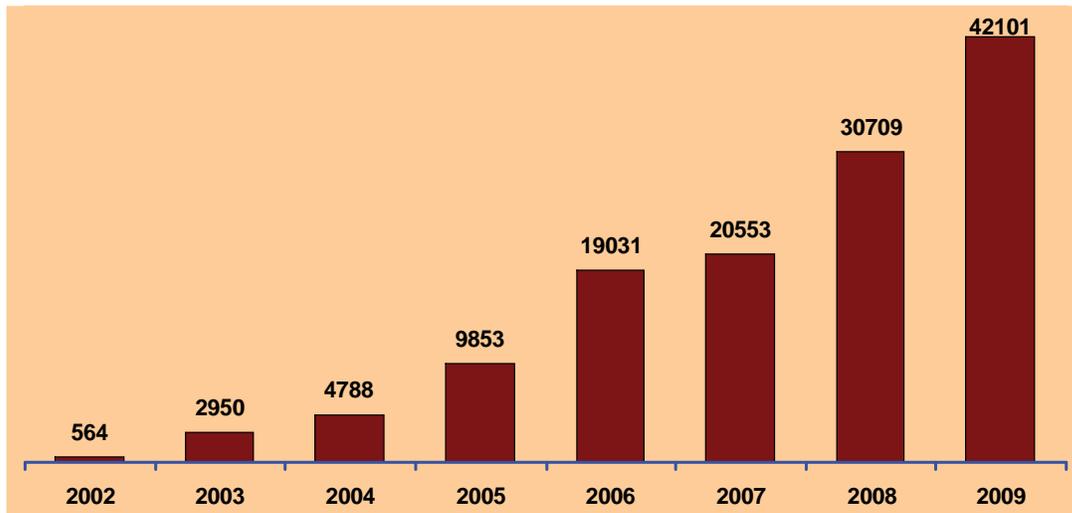
Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère - enfant

Commencée en 2002 dans deux sites pilotes dans le district sanitaire du Zio, la PTME est effective dans 128 sites et couvre 100 % des districts. La couverture de la cible va grandissante d'année en année du fait de la mobilisation sociale et des stratégies d'informations de proximité incluant les conjoints. Les femmes enceintes dépistées positives bénéficient d'une prise en charge adéquate grâce au personnel de santé formé et à la disponibilité et à la gratuité des médicaments antiretroviraux.

Les interventions de PTME sont articulées autour des composantes suivantes : prévention primaire de l'infection à VIH, prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives, interventions spécifiques visant à réduire la transmission mère-enfant, soins, soutien et traitement aux femmes séropositives, à leurs enfants et à leurs familles.

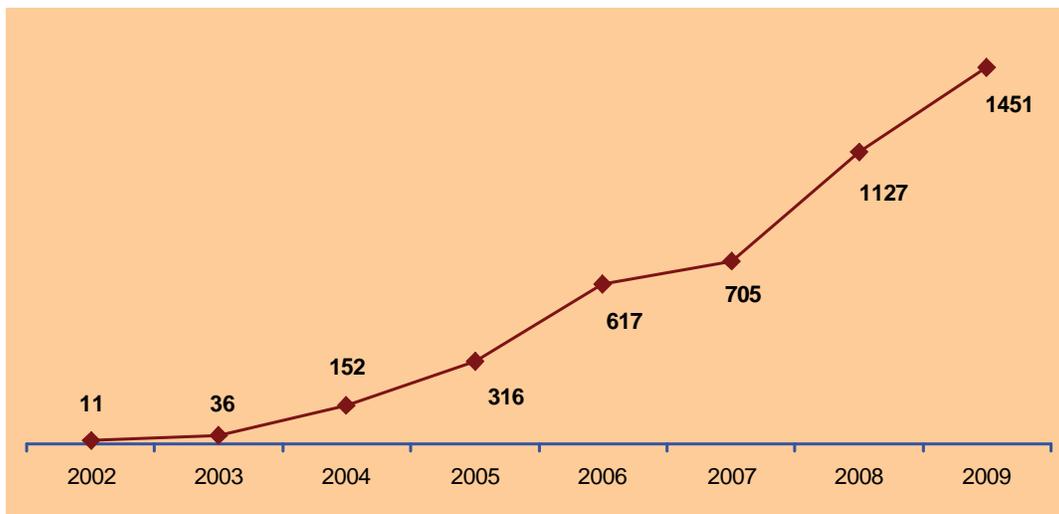
42 101 femmes et 2 194 partenaires ont été dépistés en 2009 dans le cadre de la prévention primaire de l'infection à VIH. Par ailleurs, la proportion des femmes enceintes en CPN qui connaissent leur statut sérologique est passée de 59% en 2007 à 89,5% en 2009. Cependant les partenaires dépistés ne représentent que 5,3% des femmes dépistées. Le taux de séropositivité moyen chez les femmes enceintes dépistées sur les sites PTME est de 6,1% en 2009.

Figure 7 : Femmes enceintes ayant fait le test de dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat, 2002-2009, Togo



Source : Rapport d'activités PNLS, 2009

Figure 8 : Femmes enceintes dépistées positives au VIH et qui ont accouché sous ARV



Source : Rapport d'activités PNLS, 2009

L'exploitation des informations concernant les patients sous ARV a montré qu'en 2009, sur 5 201 femmes enceintes infectées par le VIH, 1 451 ont reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH, soit 27,9%.

2.1.3. La prévention du VIH en milieu scolaire

Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Les stratégies de prévention du VIH dans le secteur de l'éducation sont élaborées. L'UNFPA soutient la formation des enseignants en matière de VIH et l'introduction du module VIH/sida dans les curricula de formation de base des enseignants. Aujourd'hui, un consensus s'est dégagé sur l'enseignement séparé du VIH/sida dans les établissements secondaires comme matière à part entière. Cependant, la mise en œuvre n'est pas encore effective.

Les résultats de l'enquête réalisée en milieu scolaire sur l'enseignement du VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de l'année scolaire 2008-2009 indiquent que les cours de préparation à la vie active sont dispensés dans 9 sur 10 établissements scolaires public et confessionnel et dans 7 sur 10 établissements scolaires laïc. Dans l'enseignement général, les notions sur le VIH et le sida sont abordées dans la plupart des écoles et établissements scolaires enquêtés (98,5%) ; ce qui n'est pas le cas dans 74,6% des établissements scolaires enquêtés au niveau de l'enseignement technique

Par degré d'études, les établissements dispensant des notions sur le VIH et le sida se répartissent comme suit : 98 % dans le premier degré, 88 % dans le second degré et 91,5 % dans le 3ème degré).

Ces résultats indiquent clairement que les enseignants accordent très peu de temps à instruire les élèves sur les notions relatives au VIH et au sida. Sur un échantillon de 1 881 établissements scolaires enquêtés, seuls 4 % ont déclaré avoir consacré 10 heures et plus par an pour l'enseignement du VIH dans les classes, tous degrés confondus ; score nettement amélioré par rapport au résultat de 2007 où sur un échantillon de 544 établissements scolaires interviewés en 2007 ; 0,3 % d'établissements a déclaré avoir consacré 10 heures et plus par an à l'enseignement du VIH dans les classes, tous degrés confondus.

Par contre, la proportion d'établissements ayant consacré 30 heures de cours par an par classe n'a guère évolué au cours de l'année scolaire 2008-2009. Cette proportion demeure toujours très insignifiante (seulement 0,1 %).

2.1.4. La sécurité transfusionnelle

Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH

La sécurité transfusionnelle est relative à l'ensemble des dispositions prises pour éviter la transmission du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et C, les accidents et incidents immunologiques au cours de la transfusion.

Au Togo, le secteur public à travers le Service National de Transfusion Sanguine (SNTS) est le seul responsable de la production et de la distribution du sang sécurisé. Pour atteindre cet objectif, le SNTS a adopté des stratégies : (i) la sélection de donneurs en bonne santé et présentant un risque de transmission transfusionnel faible, (ii) la qualification biologique de qualité des dons, (iii) la mise en place d'un système de management de qualité.

Deux grandes orientations sont également adoptées pour assurer à 100 % la sécurité transfusionnelle sur toute l'étendue du territoire togolais. Il s'agit de:

- la centralisation de la qualification et du fractionnement des produits sanguins au Centre National de Transfusion Sanguine de Lomé et au Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) de Sokodé.
- la décentralisation des collectes de sang avec l'installation des postes de collecte et de distribution au CHU Tokoin, dans les enceintes des hôpitaux à Afagnan, Tsévié, Kpalimé, Atakpamé dans la zone de desserte du CNTS ; au CHU Kara, à l'hôpital de Pagala dans la zone de desserte du CRTS de Sokodé.

Toutes ces dispositions ont permis d'atteindre des résultats très encourageants tant chez les nouveaux donneurs de sang que chez les donneurs réguliers. En 2009, le SNTS a collecté 30 153 poches de sang qui ont fait l'objet d'un dépistage VIH à 100 % selon un mode opératoire normalisé. De ces 30 153 unités de sang, 27 881 soit 92,46 % ont subi en plus un contrôle externe d'assurance qualité; proportion en nette progression par rapport à 2008 (22 932 / 25 749) et 2007 (17 473 / 20 516). Parmi les 30 153 unités de sang testées au VIH, 315 se sont révélées positives soit une prévalence de 1,12 % chez les donneurs de sang en 2009.

Tableau 2 : Contrôle de la qualité des poches de sang collecté

Nom du centre de transfusion	Assurance qualité du dépistage VIH		Unités de sang		
	Modes opératoires normalisés	Système externe d'assurance de la qualité	Dons de sang	Dons analysés	Sang testé selon la procédure d'assurance de la qualité
CNTS Lomé	Oui	Oui	21 631	21 631	21 631
CRTS Sokodé	Oui	Oui	6 250	6 250	6 250
CHU Kara	Oui	Non	00	00	0
CHR et Hôpital d'enfant Dapaong	Oui	Non	2 272	2 272	0
Total	4	2	30 153	30 153	27 881
Nombre de services : 4			Nombre de poches servies : 27 437		

Source: Rapport d'activités SNTS, 2009

2.1.5. La distribution des préservatifs

La distribution des préservatifs se fait essentiellement par le biais d'un réseau de 3 000 distributeurs agréés dans tout le pays. Ce sont des commerçants (grossistes, demi-grossistes et détaillants, de tenanciers de kiosques de marchandises, de stations d'essence, d'hôtels), des formations sanitaires publiques et privées, des pharmacies privées.

La promotion du préservatif est faite dans le cadre de la planification familiale, des campagnes grand public (marathon de l'espoir, caravanes pour la vie et campagnes vacances cultures) par des projets privilégiant la communication de proximité.

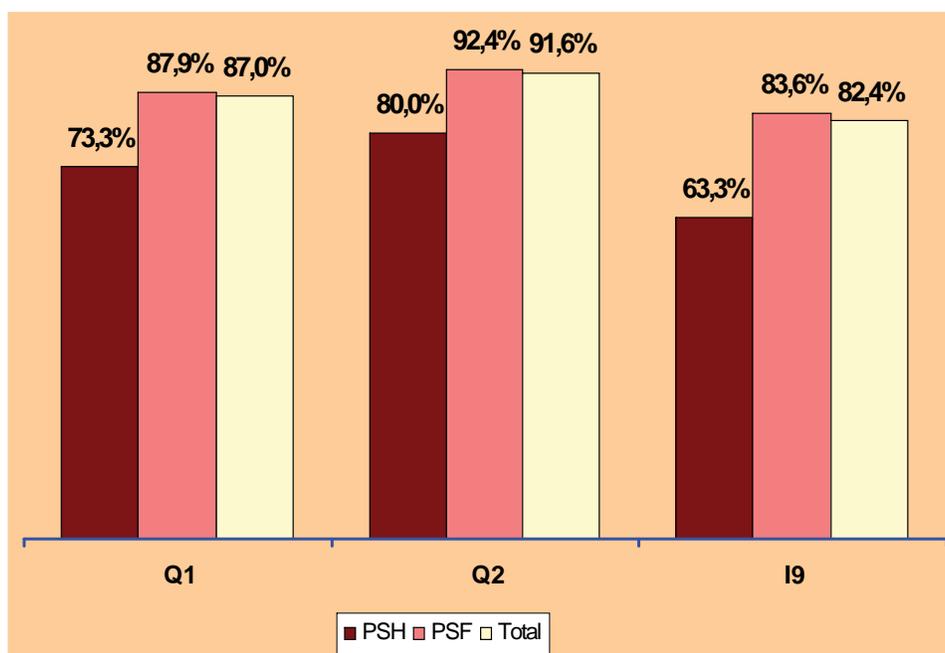
En 2008, 13 491 346 préservatifs ont été distribués contre 13 847 372 en 2009, soit au total 27 338 718 préservatifs distribués sur la période 2008-2009 dont 27 281 458 préservatifs masculins.

2.1.6. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque

Pourcentage, parmi les professionnel (le) s de sexe, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.

Selon les résultats du Mapping des sites prostitutionnels réalisé en décembre 2009 à Lomé et dans sept autres villes du Togo, 87,9 % des femmes professionnelles de sexe et 73,3 % des hommes professionnels de sexe avaient connaissance d'au moins un lieu de dépistage de VIH. Ces derniers déclarent qu'ils ont respectivement aussi obtenu (98,8 % et 84,6 %) des préservatifs dans le cadre des programmes de prévention du VIH et du sida.

Figure 9 : Programmes de prévention destinés aux Professionnel (le) s du Sexe



Q1 : *Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?*

Q2 : *Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ?*

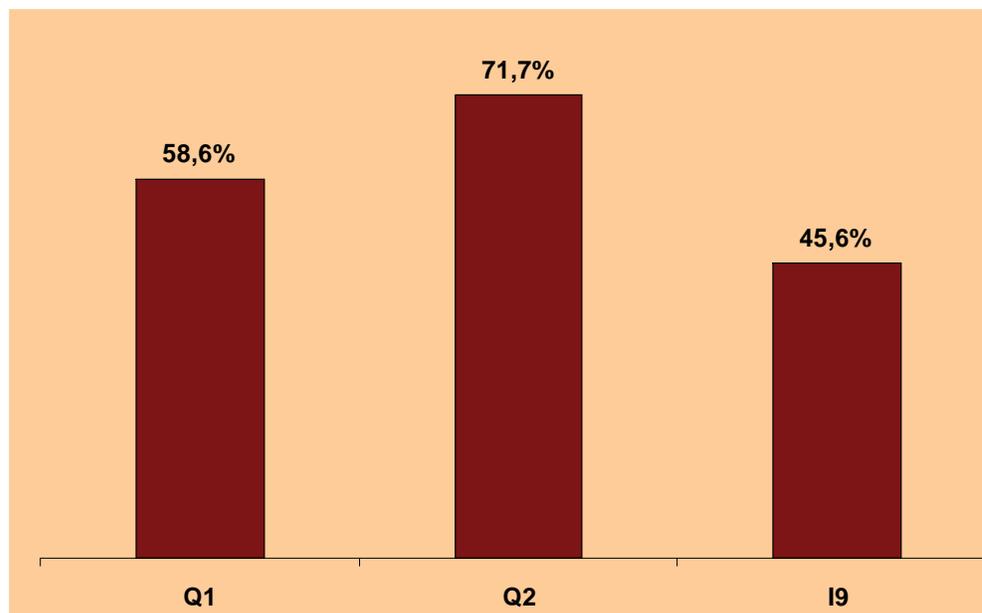
I9 : *Pourcentage, parmi les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.*

De manière globale, les professionnel (le) s de sexe sont relativement bien touchés par les programmes de prévention du VIH (82,4 %) ; les femmes professionnelles de sexe sont quant à elles touchées à 83,6 % et les hommes à 63,3 %. On note également une progression dans l'âge, les moins de 25 ans étant touchés à 77,4 % et les plus de 25 ans à 85,7 %. Il y a une amélioration de la couverture du programme de prévention du VIH en 2009 avec 83,6 % des femmes professionnelles de sexe touchées contre 81 % en 2007.

Pourcentage, parmi les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.

Selon les résultats de l'« analyse de la situation sur la problématique des minorités sexuelles et VIH et le sida dans le contexte du Togo » réalisée en décembre 2009 moins de la moitié (45,6 %) des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sont touchés par les programmes de prévention du VIH. Plus de la moitié d'entre eux (58,6 %) indiquent connaître au moins un lieu de dépistage de VIH et 72 % en outre déclarent avoir disposé de préservatifs dans le cadre des programmes de prévention du VIH au cours des 12 derniers mois. On note par ailleurs une progression de la couverture selon l'âge, les moins de 25 ans étant moins touchés (40,1 %) et les plus de 25 ans plus couverts par le programme de prévention du VIH (52,1 %).

Figure 10 : Programmes de prévention destinés aux HSH



Q1 : Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?

Q2 : Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ?

I9 : Pourcentage, parmi les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.

2.2. Le traitement, les soins et appui

2.2.1. Le traitement

Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux

Les structures accréditées pour offrir les traitements par les ARV sont au nombre de 115 réparties dans les 35 districts sanitaires du pays. 47% de ces structures sont des structures publiques, 36% des structures associatives et 19% des structures privées et confessionnelles à but lucratif. La Région Lomé-Commune y compris la capitale Lomé est la région la mieux pourvue avec 38 structures de prise en charge médicale.

La décentralisation de la dispensation des ARV a commencé en 2007. Sur les 115 structures de prise en charge, 42 ont assuré la dispensation des ARV (soit 36.5% de sites de PEC) en 2009 contre 10 sites en 2008 et 6 sites en 2007.

Tableau 3 : Répartition du nombre de sites accrédités de prise en charge médicale et de dispensation des ARV par région sanitaire en 2009

	Nombre de sites de prise en charge médicale						Nombre de sites de dispensation par les ARV	
	Publiques	ONG/ Associations	Confession- nelles	Privées	Centres des Armées	Total	Nombre	Total
Lomé Commune	10	18	2	7	1	38	21	55,2%
Maritime	10	6	5	2	0	23	6	26%
Plateaux	12	6	1	0	1	20	4	20%
Centrale	7	2	2	1	0	12	5	41,6%
Kara	9	2	0	0	1	12	3	25%
Savanes	6	2	1	0	1	10	3	30%
Total	54	36	11	10	4	115	42	-
%	47%	31%	10%	9%	3%	100%	--	36,5%

Source : Rapport d'activités PNLIS, 2009

En 2009, le Togo disposait de 23 appareils pour le comptage des lymphocytes CD4 répartis comme suit par région : Lomé Commune : 4 ; Maritime : 4 ; Plateaux : 5 ; Centrale : 2 ; Kara : 4 ; Savanes : 2.

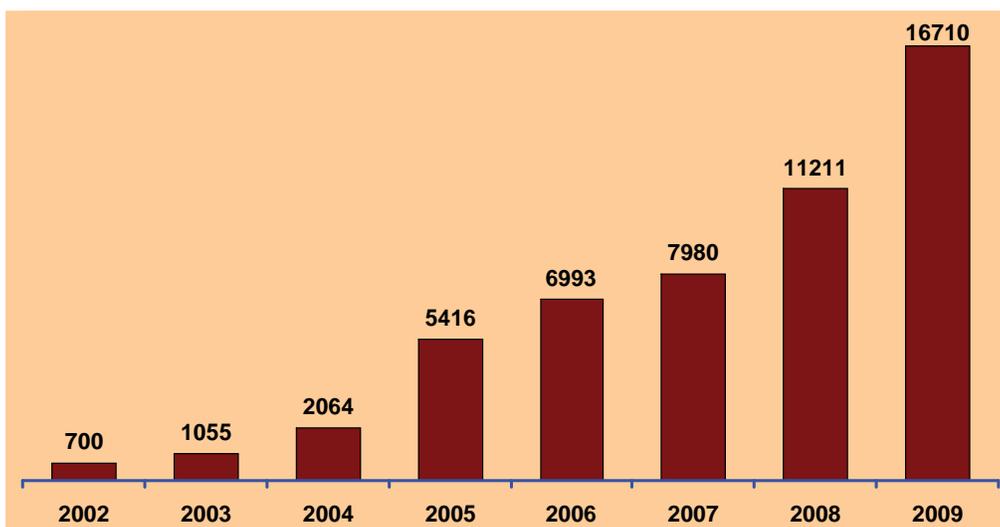
Le Gouvernement s'est engagé dans l'application des recommandations de la mission conjointe PNUD-Fonds Mondial-ONUSIDA : (i) la mise en place des conditions d'obtention d'une base de données fiable, (ii) la décentralisation de la dispensation des ARV. En outre depuis Novembre 2008, les ARV sont gratuits au Togo. Ainsi le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 11 211 en 2008 à 16 710 au 31 décembre 2009, soit une augmentation de 49 % en un an. Le taux de couverture thérapeutique en 2009 était de 32,9 % contre 27,3 % en 2006.

Le gros du service TARV est délivré à Lomé. Soixante (60 %) des PVVIH sous ARV sont prises en charge à Lomé commune. Par ailleurs, on note la forte implication des structures associatives dans la prise en charge médicale des PVVH ; en effet 8 634 PVVIH soit 51,7 % se retrouvent dans les ONG/Associations accréditées pour la prise en charge médicale des PVVIH. On note également une nette prédominance féminine parmi les PVVIH enregistrées que celles suivies sous ARV.

Les enfants représentent 6 % des personnes mises sous ARV en 2009. 1028 enfants ont été mis sous ARV en 2009 contre 672 en 2008 soit une progression de 34 % en un an. Cependant, le taux de couverture thérapeutique des enfants reste faible par rapport aux adultes (34 % vs 50,5 %).

Une des priorités du PNLS en 2009 a été de renforcer la prise en charge pédiatrique par la mise en place de 10 centres de référence à travers tout le pays. Le PNLS a mené des formations de prise en charge pédiatrique des prestataires, une expérience pour le parrainage des sites pour la prise en charge pédiatrique grâce au soutien de la fondation Clinton dans la région Lomé commune et quelques sites de la région maritime. Par ailleurs le démarrage du dépistage précoce du VIH par PCR à Lomé a contribué à la prise en charge des enfants à Lomé.

Figure 11 : Nombre de personnes sous traitement ARV, 2002-2009, Togo



Source : PNLS-IST

2.2.2. Prise en charge de la co-infection TB / VIH

Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

La problématique de la co-infection TB/VIH est une préoccupation du PNLS et du PNLT/L. Elle a un impact négatif sur leur performance. Pour améliorer la chance de survie des malades co-infectés par la tuberculose et le VIH, une convention de collaboration entre ces deux programmes a été signée par leurs coordonnateurs sous le parrainage du Directeur des Soins de Santé Primaires après la mise en place par arrêté ministériel du Comité National de coordination des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH et de ses démembrements régionaux en 2007. La mise en œuvre des interventions de lutte contre la co-infection reste limitée faute de réactifs pour le test de dépistage du VIH. De ce fait, l'offre de test de dépistage du VIH aux malades TB n'a pu être systématique. En 2008, seuls 21 % des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) ont bénéficié du dépistage gratuit du VIH. Parmi ceux-ci, 33 % étaient co-infectés. Depuis janvier 2009, grâce à l'appui de l'OMS, tous les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose disposent des tests pour un dépistage gratuit du VIH chez les tuberculeux. Au cours de cette année, le taux d'acceptation du test de dépistage du VIH chez les malades TPM+ est de 63 % avec une séroprévalence de 25,4 %.

Au cours de cette année, 487 cas de co-infection tuberculose/VIH ont été dépistés; parmi eux, 342 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive co-infectés. Parmi ces 487 malades co-infectés, 94 malades ont été traités simultanément par les antituberculeux et les antirétroviraux soit un pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH de 3,63 % (94 / 2587).

Le défi pour 2010 consistera à améliorer la qualité de la prise en charge de la co-infection TB/VIH dans tous les groupes cibles y compris les professionnelles du sexe, les détenus, les consommateurs de drogues et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en renforçant le système de collecte des données auprès de cette cible. Ceci passe par une amélioration du fonctionnement du mécanisme de coordination d'une part et d'autre part par le dépistage d'au moins 95 % des malades tuberculeux, la prévention des infections opportunistes (IO) chez les patients co-infectés en leur garantissant un meilleur accès au cotrimoxazole et éventuellement au traitement par les ARV.

Le projet financé par la subvention du 8^{ème} Round du Fonds Mondial prévoit la conduite d'activités conjointes VIH/TB.

2.2.3. Le soutien

Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

On note un niveau élevé de fréquentation scolaire au cours de l'année scolaire 2007-2008, aussi bien chez les enfants orphelins que chez les enfants non orphelins : les enfants orphelins (92,3 %) sont relativement moins scolarisés que les enfants non orphelins (96,1 %). Par ailleurs, trois OEV sur cinq (59,9 %) ont bénéficié d'au moins

une assistance ou un soutien quelconque externe (scolaire, psychosocial, médical, nutritionnel) au cours des trois ou douze derniers mois.

Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans

L'enquête auprès des OEV réalisée dans les ménages en novembre 2007 indique que les enfants orphelins des deux parents ont un niveau de fréquentation scolaire aussi élevé que les enfants non orphelins. Cependant, ils sont relativement moins scolarisés que les enfants non orphelins (92,3 % vs 96,1 %). Cet écart est également observé au niveau de chaque sexe; surtout le sexe féminin (97 % pour les non orphelines contre 92 % pour les orphelines).

Les mêmes tendances ont été relevées dans l'enquête MICS de 2006 (76,5 % chez les orphelins et 83,0 % chez les enfants non orphelins).

3. Connaissances et comportements

3.1. Connaissances

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

En 2007, 50,9 % de jeunes de 15 à 24 ans possèdent en 2007 des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus contrairement à 2005 où ils étaient de 54,6 %. Les garçons ont de meilleures connaissances que les filles (58,7 % contre 43,7 %).

Les niveaux de connaissances des jeunes sur les moyens de réduction du risque de transmission du VIH sont élevés (94,55 % pour la fidélité et 91,4 % sur l'utilisation du préservatif). Par contre, on note une persistance de fausses idées concernant la transmission du virus. Environ 38 % des jeunes continuent de croire que le VIH peut se transmettre par piqûres de moustiques.

Les résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples de 2006 montrent que 53 % des femmes de 15-24 ans connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH à savoir : i) avoir un seul partenaire fidèle et non infecté ; ii) utiliser un préservatif pour chaque rapport sexuel ; iii) pratiquer l'abstinence sexuelle.

L'analyse de l'évolution des niveaux de connaissances sur les moyens de réduction de la transmission du VIH et le rejet des idées erronées montre une amorce de baisse. Cette situation peut s'expliquer par le relâchement des activités de prévention dû à la réduction des financements.

Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Les professionnel (le) s de sexe ont un niveau de connaissance des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH relativement faible. Plus de la moitié d'entre eux (51,9 %) ont pu citer simultanément les deux moyens de réduction du risque de transmission et rejeter les trois principales idées fausses concernant la transmission du virus.

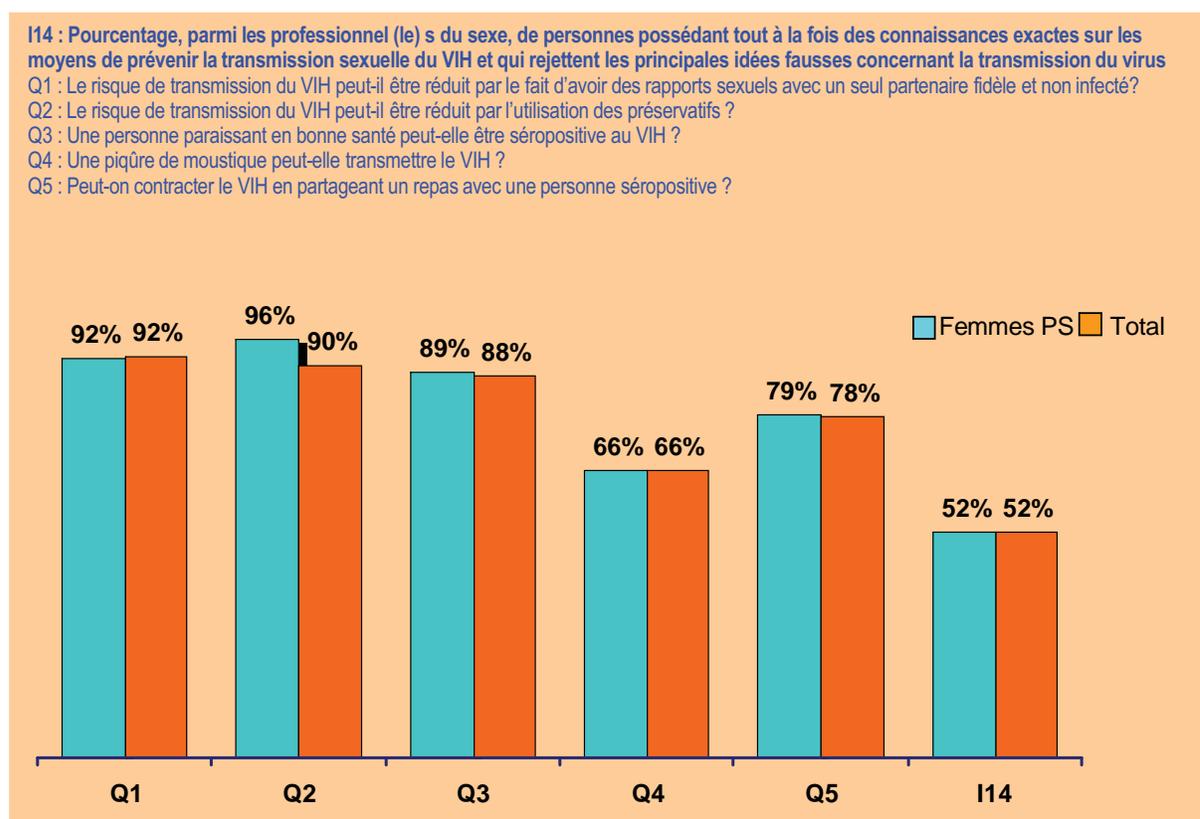
Par rapport aux cinq (05) questions, la proportion de professionnelles du sexe ayant correctement répondu à chacune des questions se présente comme ci-dessous :

- La question 1 portant sur la maîtrise du risque de transmission par la fidélité a été correctement répondue par 92,2 % ;

- La question 2 sur la réduction du risque de contamination du VIH par le port du préservatif par 90,3 % ;
- La question 3 sur l'apparence physique d'une personne infectée par 87,8 %,
- La question 4 sur la transmission du VIH par une piqûre de moustique par 66,2 % et enfin ;
- La question 5 sur le risque d'infection à VIH en partageant des aliments avec une personne infectée par 78,4% des professionnel (le)s de sexe.

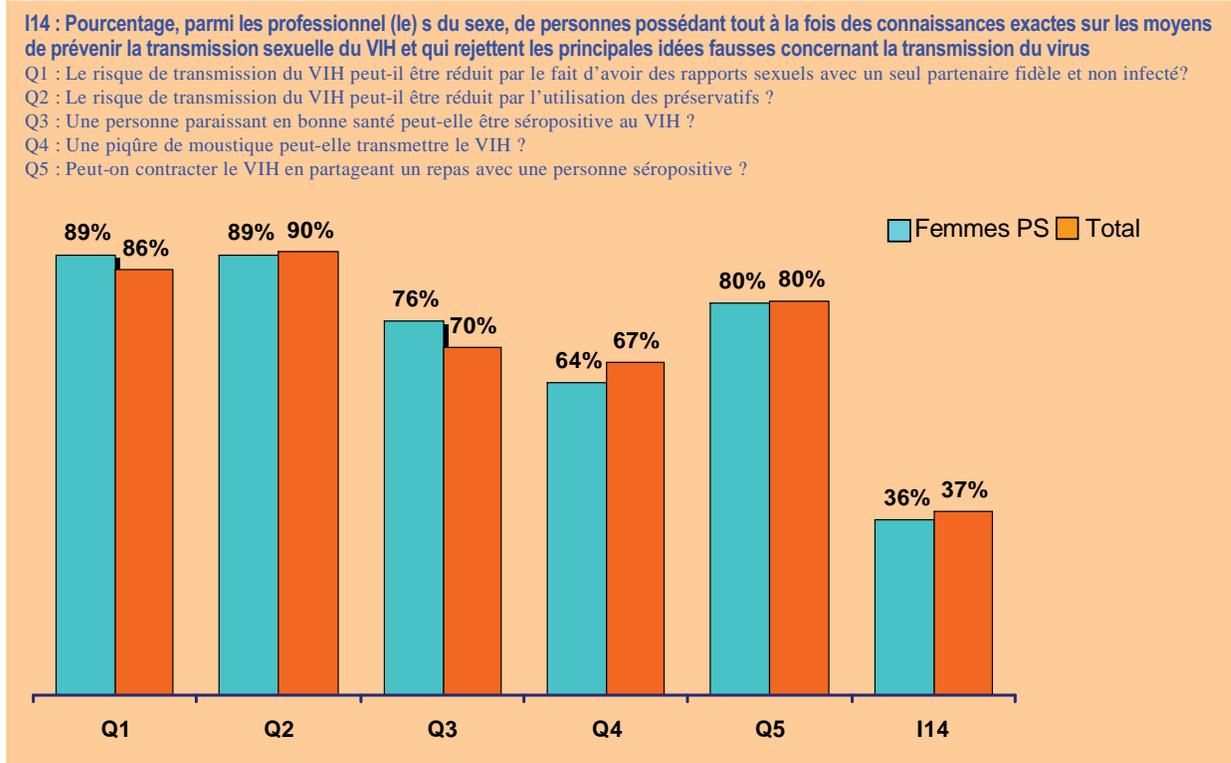
La proportion de bonnes réponses par rapport à chaque question, indique que la sensibilisation devrait toujours se poursuivre pour améliorer d'avantage les connaissances de ce groupe très vulnérable.

Figure 12 : Indicateurs relatifs aux connaissances du VIH chez les PS en 2009



Par rapport au niveau de connaissance du VIH, on note en effet une progression dans l'acquisition de connaissances des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les PS car, moins de la moitié (44,9%) des PS avaient des connaissances exactes sur le VIH en 2007 contre 51,9% en 2010.

Figure 13 : Indicateurs relatifs aux connaissances du VIH chez les PS en 2007



Pourcentage, parmi les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.

Les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont un niveau de connaissance des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH relativement plus élevé par rapport aux professionnels du sexe en 2009 : 54% contre 52%.

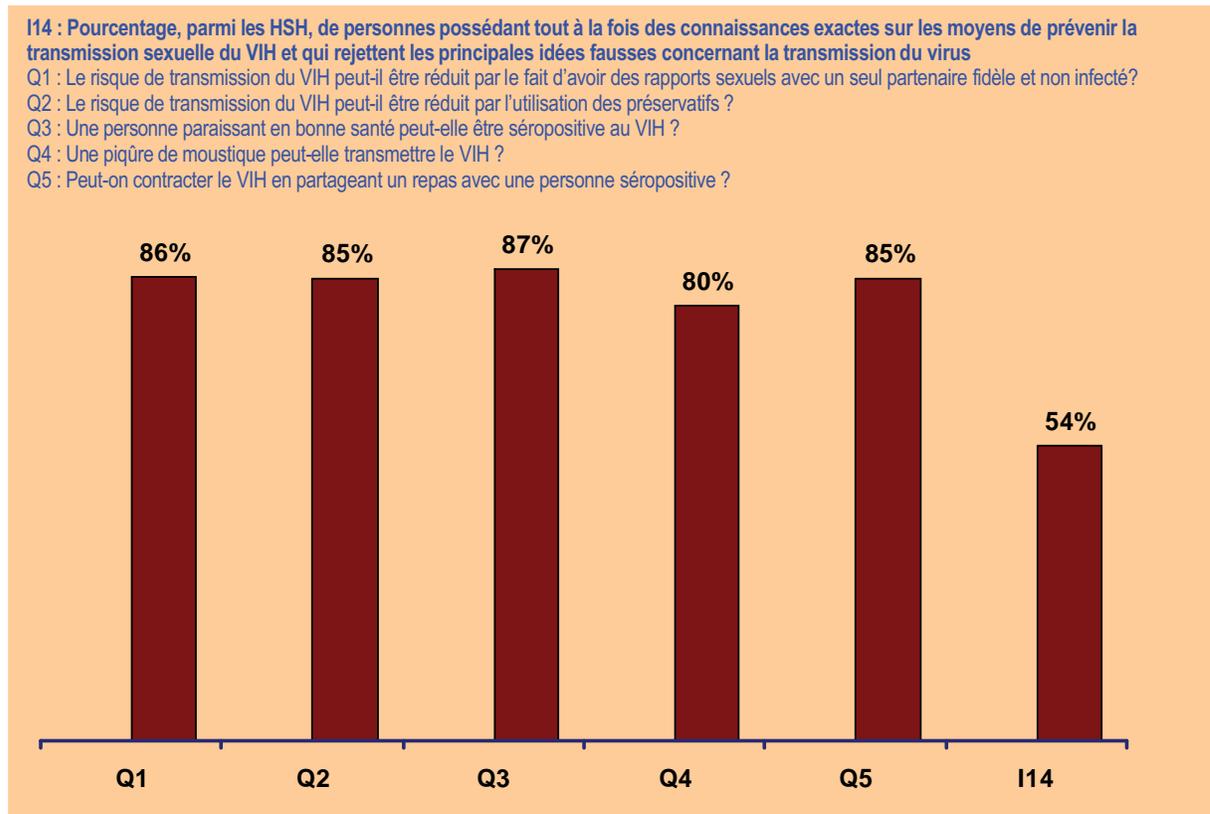
Par rapport aux cinq (05) questions, la proportion des Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ayant correctement répondu à chacune des questions se présente comme ci-dessous :

- La question 1 portant sur la maîtrise du risque de transmission par la fidélité a été correctement répondue par 86%,
- La question 2 sur la réduction du risque de contamination du VIH par le port du préservatif par 85%,
- La question 3 sur l'apparence physique d'une personne infectée par 87%,

- La question 4 sur la transmission du VIH par une piqûre de moustique par 80% et enfin,
- La question 5 sur le risque d'infection à VIH en partageant des aliments avec une personne infectée par 85% des HSH.

La proportion de bonnes réponses par rapport à chaque question, indique que la sensibilisation devrait toujours se poursuivre pour améliorer d'avantage les connaissances de ce groupe très vulnérable.

Figure 14 : Indicateurs relatifs aux connaissances du VIH chez les HSH en 2009



3.2. Comportements

Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

L'étude réalisée en 2007 chez les jeunes de 15-24 ans a révélé une précocité des rapports sexuels quel que soit le sexe. En effet, un jeune sur dix soit 11 % a eu son premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Cette proportion de jeunes ayant des rapports sexuels précoces est légèrement inférieure à celle observée en 2005 (12,8 %).

La précocité des rapports sexuels est plus fréquente dans la tranche d'âges de 15 - 19 ans (14 %) par rapport à celle des 20-24 ans (8 %). Par rapport au sexe, la proportion de garçons qui ont eu les premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans est supérieure à celle des filles (16,23 % contre 12,38 %). L'enquête MICS de 2006 donne les mêmes proportions chez les filles de la même tranche d'âge (12 %).

L'âge moyen au premier rapport sexuel est de 16,5 ans. Ceux de moins de 20 ans l'ont eu en moyenne à 15,5 ans et ceux de 20 - 24 ans à 17,2 ans. On constate une précocité de l'expérience sexuelle beaucoup plus chez les garçons (12,7 %) que chez les filles (9,6%).

Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents

D'une manière générale, 16,2 % entretiennent des rapports sexuels avec plusieurs partenaires. Le multi partenariat est fortement associé aux différentes caractéristiques sociodémographiques. Il est quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Cette fréquence est également plus prononcée en milieu urbain (19,7 %) qu'en milieu rural (12,5 %). Par rapport à l'âge, il est plus élevé dans la tranche d'âge 20-24 ans (21,6 %) que chez les 25-49 ans (16,52 %) et les 15-19 ans (9,9 %).

Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

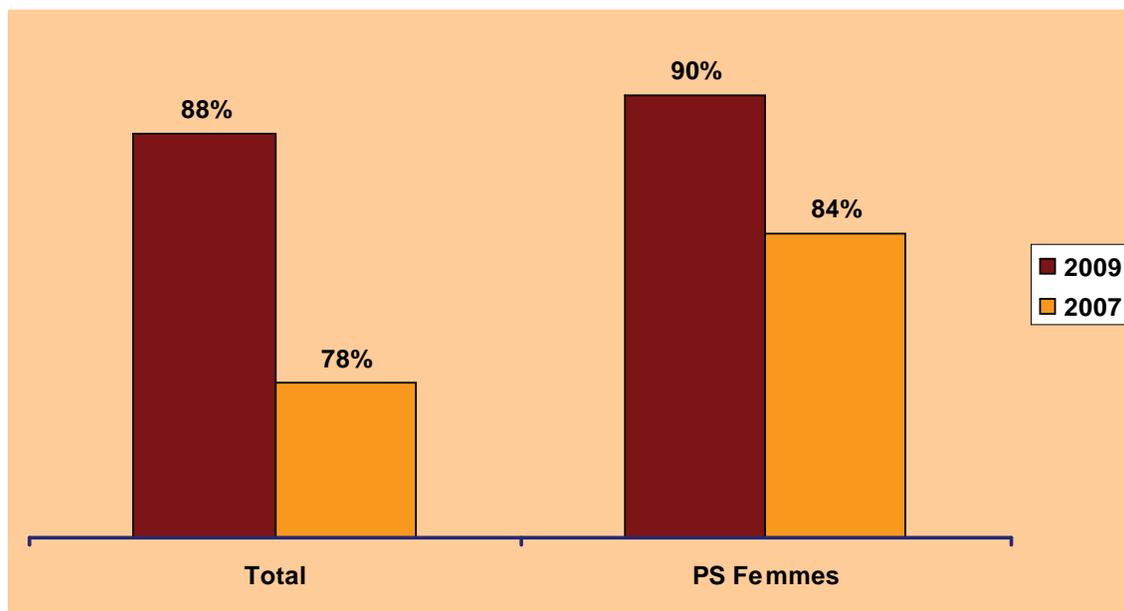
En dépit du fait que près de 90 % des enquêtés reconnaissent que le préservatif est un moyen de prévention du sida, son utilisation n'est pas systématique au cours des rapports sexuels occasionnels. Dans l'ensemble, 73 % ont déclaré utiliser les préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel.

Pourcentage de professionnel (le) s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Un mapping des sites prostitutionnels réalisé en 2009 auprès d'un échantillon représentatif de 430 PS recrutées sur plusieurs sites indiquent que 88 % des PS ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel. Ce comportement est le reflet de leurs connaissances sur les modes de transmission du

VIH car en effet, 93% femmes professionnelles du sexe ayant une bonne connaissance sur le VIH ont déclaré avoir utilisé le préservatif au cours de leurs derniers rapports.

Figure 15 : Indicateurs relatifs à l'utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe en 2007 et 2009

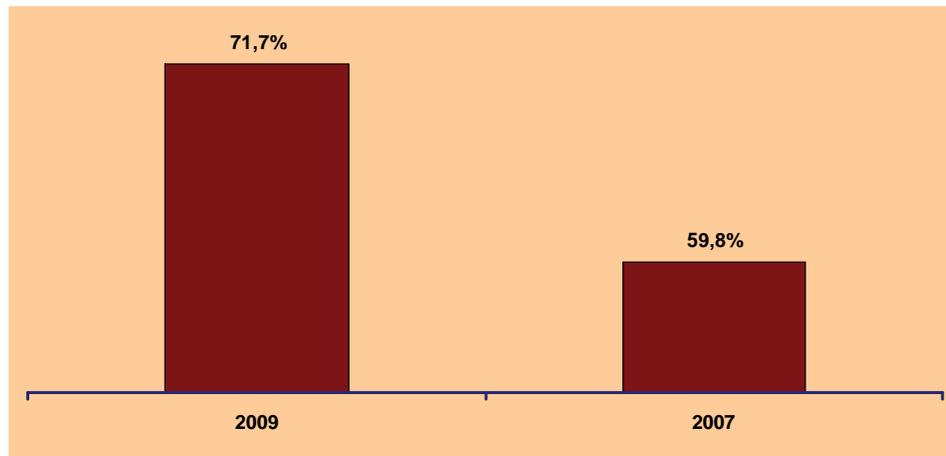


Les données du graphique ci-dessus montrent en outre une progression appréciable du taux d'utilisation du préservatif par les femmes professionnelles du sexe avec le dernier client, qui est passé de 84 % en 2007 à 90 % en 2009.

Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec des hommes

Les informations collectées auprès de 630 HSH dans le cadre de l'analyse de la situation sur la problématique des minorités sexuelles et VIH/sida dans le contexte du Togo montrent qu'en 2009, 71,3 % (452 sur 630) des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au cours des douze derniers mois, ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin. L'utilisation du préservatif est plus élevée chez les personnes de moins de 25 ans (66,7 %) que chez les 25 ans et plus (77,8 %).

Figure 16: Indicateurs relatifs à l'utilisation du préservatif par les HSH en 2007 et 2009



Les données du graphique ci-dessus indiquent une progression appréciable du taux d'utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes lors de leur dernier rapport sexuel anal, qui est passé de 59,8 % en 2007 à 71,7 % en 2009.

4. Atténuation de l'impact

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH

Le niveau de la prévalence du VIH calculée chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans est de 3,1 % en 2009. Depuis 2003, cette prévalence du VIH calculée chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans, évocatrice des nouvelles infections, connaît une baisse relative (4,8 % en 2003, 4,2 % en 2004, 3,4 % en 2006 et 3,1 % en 2009). Par rapport aux tranches d'âges, la prévalence chez les jeunes femmes est relativement moins élevée chez les 15-19 ans (2,6 %) que chez les 20-24 ans (3,8 %).

Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque

L'enquête de surveillance sentinelle réalisée en décembre 2005 auprès des professionnelles du sexe et de leurs clients révèle que dans la capitale Lomé et ses environs, la prévalence du VIH chez les PS et leurs clients est de 29,3 %. Cette prévalence est de 44,5 % chez les PS et de 7,7 % chez les clients. La prévalence serait en corrélation avec la durée dans la profession du sexe. Elle est près de deux fois plus élevée chez les plus de 25 ans (34,9 %) que chez les moins de 25 ans (19,5 %).

Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

Il s'agit d'adultes et d'enfants ayant atteint un stade avancé de la maladie, qui sont mis sous traitement ARV et qui sont encore en vie après 12 mois. En janvier 2009, elles étaient 95,1% PVVIH adultes et enfants sous traitement ARV de janvier à décembre 2008 encore en vie.

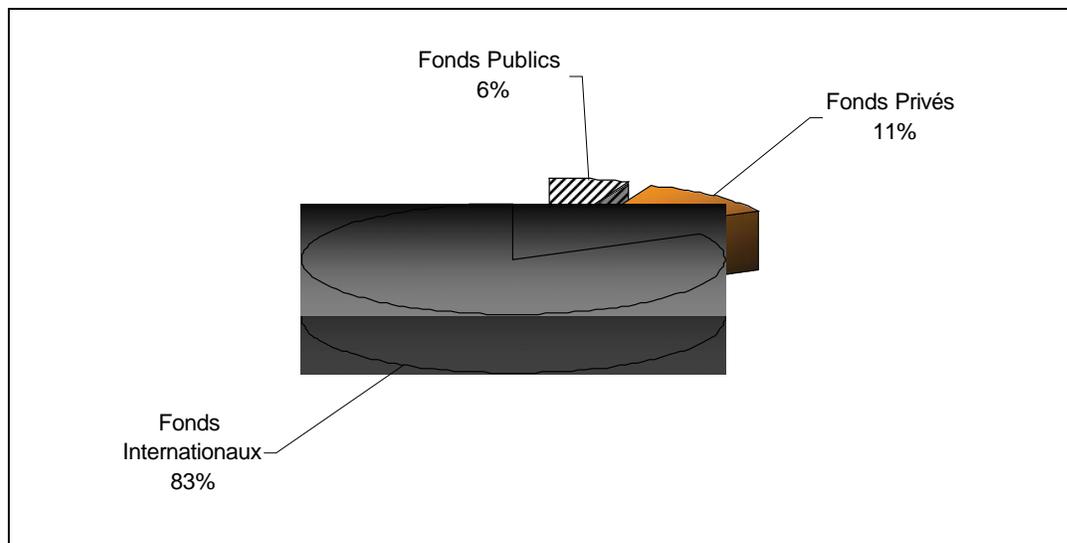
5. Le financement de la lutte contre le sida au Togo

Le mécanisme de financement de la réponse au VIH et au sida au Togo est fragile. Cette fragilité est due au fait que le pays dépend à plus de 80 % du financement extérieur. Toute suspension des ressources extérieures, pour quelque raison que ce soit, met à nu les faibles capacités du pays à mobiliser les ressources internes.

L'analyse des flux financiers et des dépenses du sida réalisée en 2008 a montré que les dépenses réellement effectuées dans le cadre de la lutte contre le VIH et le sida s'évaluent à 7 757 234 334 FCFA, presque entièrement financées par les ressources extérieures (83 %). La part de l'Etat sur ressources propres, bien que non nulle, dépasse la marge des 5 % .Les dépenses privées représentent 11 % et elles proviennent pour l'essentiel des fonds des ménages. Plus de la moitié des fonds internationaux proviennent de la coopération multilatérale (58 %), plus du quart (26 %) des ONG internationales, et 16 % de la coopération bilatérale.

Les ressources financières dépensées dans la réponse au VIH ces deux dernières années sont estimées à 9 553 289 564 F CFA soit 21 469 000 US dollars. La quasi-totalité des ressources soit 86 % provient des fonds internationaux dont 95 % de la coopération multilatérale et 5 % de la coopération bilatérale. Les financements nationaux représentent 13 % et le secteur privé 1 %.

Figure 17 : Répartition des dépenses de la lutte contre le VIH et le sida selon les sources de financement en 2008



Source : REDES Togo 2008

Le tableau ci-après résume les dépenses effectuées selon les sources de financement et les catégories de services.

Tableau 4 : Répartition des dépenses liées au sida par sources de financement et par catégorie de services en 2008

CATEGORIES DE DEPENSES LIEES AU SIDA	SOURCES DE DEPENSES							TOTAL GÉNÉRAL
	NATIONALE		INTERNATIONALE				TOTAL	
	PUBLIQUE	PRIVEE	BILATERALE	MULTILATERALE	ONG INTERNATIONALE	INTERNATIONAL n.c.a		
1. Prévention	81 490 694	88 902 233	358 845 343	1 790 416 511	413 683 405	4 887 800	2 567 833 059	2 738 225 986
2. Soins et traitement	242 028 200	439 045 451	64 760 090	419 992 889	396 460 068	-	881 213 047	1 562 286 698
3. Orphelins et enfants vulnérables	450 000	47 372 800	30 646 425	38 433 160	292 871 901	-	361 951 486	409 774 286
4. Renforcement de la gestion et de l'administration des programmes	155 504 664	182 032 081	580 835 093	1 173 039 762	399 179 225	-	2 153 054 080	2 490 590 825
5. Incitations pour les ressources humaines	-	38 244 262	11 013 011	142 200 023	110 124 522	-	263 337 556	301 581 818
6. Protection sociale et services sociaux, OEV non compris	-	12 364 133	2 835 000	7 994 900	15 128 500	-	25 958 400	38 322 533
7. Environnement propice et développement communautaire	33 000	33 704 800	9 417 382	65 086 823	13 119 030	1 884 800	89 508 035	123 245 835
8. Recherche à l'exclusion de la recherche opérationnelle	4 283 800	-	1 261 290	87 661 263	-	-	88 922 553	93 206 353
Total général	483 790 358	841 665 760	1 059 613 634	3 724 825 331	1 640 566 651	6 772 600	6 431 778 216	7 757 234 334

Source : Rapport 2008, Estimation des Flux des Dépenses et des ressources en matière du VIH et du sida

CHAPITRE 4

PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

1. Progrès réalisés pour apporter des mesures correctrices aux principaux obstacles rapportés lors de l'élaboration du dernier rapport UNGASS

En 2007 le rapport UNGASS avait identifié trois principaux obstacles à savoir :

- la faible mobilisation des ressources financières pour élargir la réalisation des enquêtes au sein d'autres groupes spécifiques tels que les HSH ;
- les données sur les dépenses liées au sida collectées auprès des différentes parties prenantes n'étaient pas toujours ventilées par catégories de dépenses et par sources de financement telles que proposées par la grille ;
- l'affectation des scores sur les efforts réalisés dans la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux (Indice Composite des Politiques Nationales) était différemment appréciée selon qu'on se trouvait dans la société civile ou dans le secteur public. La société civile avait tendance à lier les efforts accomplis à l'obtention des ressources financières pour la mise en œuvre de leurs activités.

Durant les deux années 2008 et 2009, des efforts ont été faits pour apporter des solutions, autant que possible, aux obstacles identifiés.

a) Concernant le groupe des Hommes qui ont des rapports Sexuels avec d'autres Hommes

Un diagnostic participatif sur les connaissances, attitudes et comportements des Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres Hommes au Togo a été réalisé grâce à un projet financé par l'ONUSIDA et le PNUD. Au cours de ce diagnostic l'évaluation des besoins des HSH en offre de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien a été faite. L'objectif ultime est de concevoir un programme complet de prise en charge de ce groupe à haut risque. L'ONUSIDA et le PNUD ont cofinancé ce diagnostic. En plus du financement, l'ONUSIDA a mobilisé une expertise internationale.

b) Concernant les données sur les dépenses du sida

Les exercices itératifs d'analyse des flux et des dépenses consacrés à la réponse au VIH et au sida qui ont été conduits en 2006, 2007 et 2008 ont permis de résoudre ce problème. En effet, les équipes de collecte des données sur les dépenses du sida ont été formées en utilisant la classification REDES et les outils appropriés.

c) Concernant les données sur l'indice composite

Pour ne pas influencer les réponses des informateurs clés, cette année deux méthodes de collecte des données ont été utilisées : le questionnaire est envoyé aux Informateurs clés qui le remplissent en toute indépendance ; secondairement, l'enquêteur va s'entretenir avec l'informateur clé. Un atelier regroupant tous les enquêteurs et la

coordination a permis d'obtenir un consensus sur le score final à affecter à chaque question.

2. Obstacles rencontrés au cours de l'élaboration du présent rapport 2010

Le chronogramme d'élaboration du rapport UNGASS 2010 a coïncidé avec la période de l'élection présidentielle au Togo. Cette activité politique très sensible, surtout avec les tensions entre le parti au pouvoir et l'opposition, a empêché la descente des équipes sur le terrain pour des enquêtes sur les connaissances et les comportements dans la population générale. Ceci explique pourquoi dans le présent rapport les connaissances et les comportements dans la population générale de 2008 ont été reportées.

En outre, depuis 2007 qu'un protocole a été élaboré pour mener une enquête de seconde génération au sein des professionnel(le)s du Sexe, les ressources financières pour mener cette enquête ne sont pas encore mobilisées. Aucun partenaire financier ne s'est encore prononcé pour le financement de cette enquête.

3. Mesures concrètes prévues pour contourner les obstacles

Les protocoles pour l'enquête comportementale sur le VIH/sida dans les ménages et l'enquête de prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans ainsi que les protocoles pour l'analyse de la situation des OEV sont finalisés. Les ressources sont mobilisées. D'ici la première quinzaine du mois d'avril, l'enquête sera menée et les données mises à jour. Le plaidoyer va se poursuivre auprès des partenaires financiers pour mobiliser les ressources nécessaires à la conduite de l'enquête de seconde génération chez les professionnel(le)s du sexe.

CHAPITRE 5

SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

1. Appui technique

Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) est le principal partenaire technique du Togo en matière de lutte contre le sida.

Au cours de ces deux années, 2008 et 2009, le Bureau Pays ONUSIDA a mené un plaidoyer de haut niveau et apporté son expertise technique nécessaire pour la réorganisation du CCM, le renforcement des capacités de la CAMEG, du PNLS et de l'Unité de Gestion du PNUD ; la mise en place d'une base de données, le démarrage de la décentralisation de la dispensation des ARV ; l'établissement de concertations régulières entre le Coordonnateur de l'Unité de Gestion du PNUD, le Coordonnateur Pays ONUSIDA et le Coordonnateur du PNLS.

Le Bureau Pays a contribué à la préparation et a facilité la participation du Président de la République, Président du CNLS-IST à la réunion de Haut Niveau à New York en Juin 2008.

Dans le cadre de la mobilisation des ressources, le Bureau Pays ONUSIDA a mobilisé et coordonné l'assistance technique internationale (9 consultants) pour appuyer la préparation de la proposition du pays pour la série 8 du Fonds Mondial ; le Coordonnateur Pays et le Conseiller en suivi et évaluation ont consacré une bonne partie de leur temps pour respectivement coordonner le comité de lecture et la rédaction de la proposition.

L'ONUSIDA a contribué à la cartographie des financements et à l'analyse des gaps finances et à la préparation du document de mobilisation des ressources. Ce document a servi d'outil de travail à la table ronde des bailleurs de fonds qui ont mobilisé 1 500 0000 euros pour l'achat des ARV au moment où le pays connaissait une rupture en 2008.

D'autres partenaires au développement apportent une assistance technique multiforme à la lutte contre le sida au Togo.

- L'OMS soutien les interventions relatives à la prise en charge médicale. En 2009 elle a apporté une assistance technique et financière à l'élaboration de la politique nationale de lutte contre le VIH et le sida au Togo.
- L'UNFPA appuie les activités de prévention du VIH auprès des jeunes. Elle a soutenu la mise en œuvre des plans sectoriels de lutte contre le sida du Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire et du Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la femme, de la protection de l'Enfant et des personnes âgées.
- Le PNUD a appuyé la mise en œuvre des plans sectoriels de lutte contre le sida du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle et de l'Eglise Catholique. Il a également soutenu la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2007-2010 ainsi que le déploiement du logiciel CRIS dans 6 structures de lutte contre le sida. Elle a aussi assuré le renforcement des capacités des leaders en matière de leadership transformationnel relatif à la lutte contre le VIH.
- L'UNICEF a apporté une assistance technique à l'élaboration de la proposition du Togo à la 9^{ème} série du Fonds Mondial relative à la prise en charge des OEV.

- PSI/Togo soutient essentiellement les activités de prévention du VIH en mettant un accent particulier sur le marketing social du préservatif. Il a aussi appuyé les activités de suivi supervision ainsi que celles relatives à l'appui institutionnel.
- Plan Togo appui les interventions de lutte contre la traite et l'exploitation sexuelle des enfants prenant en compte la lutte contre le VIH.

2. Appui financier

Le tableau suivant présente les contributions financières des partenaires internationaux à la lutte contre le sida en 2008.

Tableau 5 : Sources de financement des dépenses extérieures de sida en 2008 au Togo

Sources de financement	Montant	Pourcentage
Bilatéraux		16,48%
Gouvernement français	895 289 158	
Gouvernement danois	11 718 128	
Gouvernement Suédois	1 950 000	
Gouvernement britannique	78 105 961	
Gouvernement américain	72 550 385	
Multilatéraux		57,92%
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	3 275 640 411	
Secrétariat de l'ONUSIDA	53 586 577	
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	105 652 698	
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	117 305 001	
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)	2 626 380	
Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA)	62 602 171	
Banque mondiale (BM)	942 400	
Organisation mondiale de la santé (OMS)	106 469 653	
Organisations et fondations à but non lucratif		9,03%
Catholic Relief Services	2 040 240	
Croix Rouge Suisse	256 005 608	
PLAN Belgique	211 146 006	
SIDACTION	81 203 703	
IPPF	30 189 721	
Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif		16,47%
Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif	1.059.535.332	
Fonds internationaux n.c.a		0,11%
Fonds internationaux n.c.a	6.772.600	

Total	6 431 332 133	100,00%
--------------	---------------	---------

Source : REDES Togo, 2008

CHAPITRE 6
SUIVI ET EVALUATION

1. Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation

Le Togo dispose d'un Plan National de Suivi et Evaluation budgétisé. Ce plan élaboré selon une approche participative a été validé par les partenaires. Il définit la stratégie de collecte et d'analyse des données, les indicateurs ; et comporte un volet surveillance comportementale et surveillance du VIH ainsi qu'une stratégie de diffusion et d'utilisation des données.

L'unité de suivi et évaluation du SP/CNSL-IST a en charge la coordination des activités de suivi et évaluation. Un Groupe de référence sur le Suivi et Evaluation (GRSE) multisectoriel composé des chargés de suivi et évaluation des institutions partenaires, des organisations de la société civile, des organisations de PVVIH et des secteurs public et privé est opérationnel et accompagne le SP/CNLS-IST dans la mise en place du système.

Sur l'ensemble des secteurs intervenant dans la réponse nationale, seule l'unité de suivi et évaluation du secteur santé est opérationnelle. Elle dispose de personnel à temps plein et de démembrements au niveau régional et au niveau district. Le PNLS-IST dispose d'une base de données sur les PVVIH sous traitement ARV. Ainsi, au niveau pays, chaque PVVIH sous ARV a un numéro unique codifié permettant de l'identifier quelque soit le lieu où il obtient ses médicaments. Ce recensement suivi de codification par un numéro unique a permis d'éviter les duplications d'enregistrement surtout quand on sait que les PVVIH sous traitement sont très mobiles d'une structure à une autre à cause de la stigmatisation dont ils sont souvent victimes.

Les outils de collecte des données sur le conseil dépistage, la PTME, le traitement par les ARV et les soins médicaux aux malades ont été harmonisés pour les structures publiques que pour les structures associatives.

Après la mise à jour du CRIS version 3, le personnel en charge du suivi et de l'évaluation du SP/CNLS-IST, du PNLS-IST, de la CAMEG et d'autres structures des organisations de la société civile a été formé. Les indicateurs ont été configurés. La saisie des données historiques est actuellement en cours.

2. Difficultés rencontrées et mesures correctrices

Les difficultés principales dans la mise en place du système nationale unique de suivi et évaluation étaient l'absence de financement pour opérationnaliser le plan de suivi et évaluation et l'absence de ressources humaines à temps plein à l'Unité de suivi et évaluation du SP/CNLS-IST et au niveau régional.

Des discussions sont en cours au niveau du CNLS-IST pour palier le caractère multisectoriel de coordination du système unique de suivi et évaluation au niveau décentralisé par le recrutement de 6 assistants de suivi et évaluation au niveau régional.

Le plan de déploiement du CRIS au niveau régional est élaboré. Ce sont les ressources financières pour son exécution qui manquent.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES ACTEURS DES DIFFERENTES PARTIES PRENANTES ET LE ROLE QU'ILS ONT JOUE DANS LE PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT UNGASS

Tableau 6 : Liste des acteurs du secteur public santé

NOM ET PRENOMS	ORGANISATIONS	FONCTION	ROLES
Pr PITCHE Vincent	PNLS-IST Ministère Santé	Coordonnateur	1. Coordination du processus dans le volet programmatique 2. Informateur clé pour le questionnaire ICPN : Partie A I & II 3. Plaidoyer pour la mobilisation des ressources
Dr AWOKOU Fantchè	PNLT Ministère Santé	Coordonnateur	1. Collecte des données sur la co-infection TB/VIH
Dr DEKU Kodzo	PNLS-IST Ministère Santé	Chef Unité S&E	1. Collecte des données sur les aspects programmatiques ; sur la co-infection TB/VIH ; estimation des dénominateurs dans EPP/SPECTRUM 2. Informateur clé pour le questionnaire ICPN : Partie A V
Dr MAGNANG Hezouwè	CNTS Ministère Santé	Responsable Service IEC	1. Collecte des données sur la sécurité transfusionnelle
Dr MAWUSSI Koffi	CNTS Ministère Santé	Chef de Production	1. Collecte des données sur la sécurité transfusionnelle
Dr SINGO Assétina	PNLS-IST Ministère Santé	Chef Unité PEC médicale	1. Collecte des données sur le traitement par les ARV 2. Collecte des données sur la survie des patients sous ARV 12 mois après. 3. Informateur clé pour le questionnaire ICPN : Partie A IV
Dr TCHAMA Raïssa	PNLS-IST Ministère Santé	Chef Unité PTME	1. Collecte des données sur la PTME
Dr. BANLA K. Abiba	INH Ministère Santé	Directrice	1. Enquête de prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans
M. TANGHAWAYE Antante	SNIEC Ministère Santé	Responsable IEC	1. Informateur clé pour le questionnaire ICPN : Partie A III ; et B III
M. APALOU Degboe	CAMEG Ministère Santé	Data Manager	1. Collecte des données sur la survie des patients sous ARV 12 mois après.

Tableau 7 : Liste des acteurs des autres secteurs publics non santé

NOM ET PRENOMS	ORGANISATIONS	FONCTION	ROLES
M. TOTAH Ayité	METFP	Point focal VIH	1. Enquête sur l'enseignement relatif au VIH dans les écoles
M. MENSAH Kossi	MEPSA	Point focal VIH-Education	1. Enquête sur l'enseignement relatif au VIH dans les écoles
Mme BOKO Afi	Ministère des Affaires Sociales	Point focal VIH	1. Enquête dans les foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour la PEC des OEV
Mme AKITEME-AZAMBO Albertine	DGPE Ministère des Affaires Sociales	Directrice	1. Informateur Clé pour le questionnaire ICPN : Partie B IV
M. GBETOGLO Dodji	Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé	Directeur des Etudes	1. Enquête CAP-VIH dans la population adulte de 15-49 ans 2. Enquête de prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans
Mme AHADJI Azanledji	Avocat général près la Cour Suprême Ministère de la Justice	Point focal VIH	1. Informateur Clé pour le questionnaire ICPN : Partie B I
M. KOUNTE Koffi	CNDH	Président	1. Informateur Clé pour le questionnaire ICPN : Partie B I

ANNEXE 1 : LISTE DES ACTEURS DES DIFFERENTES PARTIES PRENANTES ET LE ROLE QU'ILS ONT JOUE DANS LE PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT UNGASS

Tableau 8 : Liste des acteurs des organisations de la société civile

NOM ET PRENOMS	ORGANISATIONS	FONCTION	ROLES
Mme KOBILKE Angelika	ONG PSI-Togo	Représentante Résidente	1. Mobilisation de ressources 2. Informateur clé pour le questionnaire ICPN : Partie A I & II
M. TCHAGOU John	ONG PSI-Togo	Directeur de Communication	1. Informateur clé pour le questionnaire ICPN Partie : A III ; et B III
M. KOUMAGNANOU Georges	ONG PSI-Togo	Directeur Recherche, Suivi-Evaluation	1. Élaboration des protocoles de recherche des enquêtes CAP-VIH dans la population adulte de 15-59 ans et enquête de prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans et supervision 2. Informateur clé pour le questionnaire ICPN : Partie A V
M. AGBO Kodjo Wilfried	Réseau RAS+ Togo	Coordonnateur	1. Collecte des données sur le questionnaire ICPN : Partie A I ;II ;III
M. BITHO Alexandre	Réseau UONGTO	Chargé Suivi - Evaluation	1. Collecte des données sur le questionnaire ICPN : Partie A IV ; IV
M. AMEKOTOU Corneille	ONG AIDSS	Chargé Suivi - Evaluation	1. Collecte des données sur le questionnaire ICPN : Partie B I
M. ANATO Simplicie	ONG ARC-En-Ciel	Directeur Exécutif	1. Coordonnateur enquête CAP-VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes
M. SODJI Dométo	ONG FAMME	Directeur Exécutif	1. Coordonnateur enquête CAP-VIH chez les Professionnel (le) s du Sexe
Dr AHO Anthony	ONG CRIPS	Président	1. Informateur Clé sur le questionnaire ICPN : Partie B II, III; IV
M. SEDOH Blaise	Croix Rouge Togolaise	Chargé de programme VIH	1. Informateur clé pour le questionnaire ICPN : Partie B II, III; IV
M. TSOLENYANU Komi	TOCAHSO	Président	1. Informateur clé pour le questionnaire ICPN : Partie B II, III; IV
M. RAVEN Edu Koku	FONGTO	Président	1. Informateur Clé sur le questionnaire ICPN : Partie B II, III; IV
Soeur MEDENDZI Véronique	OCDI	Responsable santé	1. Informateur Clé sur le questionnaire ICPN : Partie B II, III; IV
Dr AVODAGBE Brunel	ONG AMC	Chargé de Projet	1. Collecte des données sur la PTME
Dr DAMARLYS Messan	ONG ACS	Médecin d'Association	1. Collecte des données sur le traitement par les ARV

ANNEXE 1 : LISTE DES ACTEURS DES DIFFERENTES PARTIES PRENANTES ET LE ROLE QU'ILS ONT JOUE DANS LE PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT UNGASS

Tableau 9 : Liste des acteurs des institutions du Système des Nations Unies

NOM ET PRENOMS	ORGANISATIONS	FONCTION	ROLES
Dr GNAORE Emmanuel	ONUSIDA	Coordonnateur Pays	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordination du processus 2. Mobilisation de ressources
Dr TAKPA Koubagnine	ONUSIDA	Conseiller en S&E	<ol style="list-style-type: none"> 1. Élaboration des protocoles de recherche des enquêtes CAP-VIH dans la population adulte de 15-59 ans et enquête de prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans et supervision 2. Élaboration des fiches techniques de collecte des données sur les indicateurs programmatiques 3. Supervision de la collecte et validation des indicateurs programmatiques, d'enquêtes et du Questionnaire ICPN 4. Supervision de la saisie en ligne des indicateurs UNGASS calculés 5. Rédaction du rapport narratif 6. Informateur Clé sur le questionnaire ICPN : Partie A V 7. organisation et animation des différents ateliers
Dr PEKELE Minza	OMS	Point Focal VIH/TB par intérim	<ol style="list-style-type: none"> 2. Élaboration de protocoles de collecte des données
M. ABALO Alex	UNICEF	Chargé de programmes VIH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervision de l'Analyse de la situation des OEV 2. Mobilisation de ressources
Mme AFELI Jeanne	UNFPA	Chargée de programmes VIH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Élaboration des protocoles de recherche des enquêtes CAP-VIH dans la population adulte de 15-59 ans et enquête de prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans et supervision 2. Mobilisation de ressources
Dr SOME Jean-François	PNUD/PASCI	Coordonnateur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informateur clé pour le questionnaire ICPN : Partie A I & II 2. Collecte des données sur le questionnaire ICPN : Partie A I ;II ;III

ANNEXE 1 : LISTE DES ACTEURS DES DIFFERENTES PARTIES PRENANTES ET LE ROLE QU'ILS ONT JOUE DANS LE PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT UNGASS

Tableau 10 : Liste des acteurs du Secrétariat Permanent du CNLS-IST

NOM ET PRENOMS	ORGANISATIONS	FONCTION	ROLES
M. TAGBA Abi Tchao	SP/CNLS-IST	Coordonnateur National	1. Coordination du processus 2. Informateurs clés pour le questionnaire ICPN : Partie A I & II 3. Mobilisation des ressources
M. AMOUSSOU Kégnidè	SP/CNLS-IST	Coordonnateur National Adjoint	1. Supervision de l'enquête en milieu scolaire
M. KAMAGA K. Paul	SP/CNLS-IST	Responsable Division Planification S&E	1. Coordination du processus 2. Élaboration des protocoles de recherche des enquêtes CAP-VIH dans la population adulte de 15-59 ans et enquête de prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans et supervision 3. Élaboration des fiches techniques de collecte des indicateurs programmatiques 4. Informateurs clés pour le questionnaire ICPN : Partie A IV 5. Supervision de la collecte et validation des indicateurs programmatiques, d'enquêtes et du Questionnaire ICPN 6. Supervision de la saisie en ligne des indicateurs UNGASS calculés 7. Rédaction du rapport narratif
M. GNASSE Atinédi	SP/CNLS-IST	Responsable Division Communication	1. Collecte des données sur le questionnaire ICPN : Partie B II ; III ; IV 2. Informateurs clés pour le questionnaire ICPN Partie A III
Mme GOUNA Yawo	SP/CNLS-IST	Responsable Division Réseaux Communautaires	1. Collecte des données sur le questionnaire ICPN : B II ; III ; IV
M. AGBOGAN Hilaire	SP/CNLS-IST	Assistant de S & E	1. Élaboration des protocoles de recherche des enquêtes CAP-VIH dans la population adulte de 15-59 ans et enquête de prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans et supervision 2. Élaboration des fiches techniques de collecte des indicateurs programmatiques 3. Supervision de la collecte et validation des indicateurs programmatiques, d'enquêtes et du questionnaire ICPN 4. Collecte des données financières via l'outil REDES 2008 5. Saisie des indicateurs UNGASS calculés en ligne 6. Rédaction du rapport narratif
Mme DJAHLIN Bernice	SP/CNLS-IST	Gestionnaire de programme	1. Collecte des données financières via l'outil REDES 2008 2. Saisie des indicateurs UNGASS calculés en ligne 3. Gestion administrative et financière du processus
M. KOUDAYA Roland	SP/CNLS-IST	Assistant Administratif	1. Collecte des données financières via l'outil REDES 2008 2. Saisie des indicateurs UNGASS calculés en ligne 3. Mise en forme du rapport narratif

ANNEXE 2 : COMPOSITION DES EQUIPES DE COLLECTE DE DONNEES

Tableau 11 : Equipes de collecte de données

Type de données à collecter	Composition des équipes de collecte
1. Enquête de prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans	INH et URD/UL : exécution de l'enquête SP/CNLS, PNLS, UNFPA, ONUSIDA et PSI : supervision
2. Enquête CAP-VIH dans la population adulte de 15 à 59 ans	URD/UL : exécution de l'enquête SP/CNLS-IST, PNLS-IST, UNFPA, ONUSIDA et PSI : supervision
3. Enquête CAP-VIH chez les Professionnel (le) s du sexe	ONG FAMME : exécution de l'enquête Ministère de l'Action Sociale ; SP/CNLS ; ONUSIDA : supervision
4. Enquête CAP-VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	ONG ARC-EN-CIEL : exécution de l'enquête Consultante internationale : coordination de l'enquête Ministère de l'Action Sociale ; SP/CNLS ; ONUSIDA : supervision
5. Analyse de la situation des OEV	Ministère de l'Action Sociale ; SP/CNLS ; UNICEF et ONUSIDA : supervision
6. Enquête dans les écoles	Points Focaux VIH des Ministère de l'Enseignement Technique et des Enseignements Primaires, Secondaires et de l'Alphabétisation : exécution de l'enquête SP/CNLS-IST : supervision
7. Données program- matiques	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH. CNTS : Dr MAGNANG Hezouwè Dr MAWUSSI Koffi
	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux PNLS : Dr SINGO Assétina ONG ACS : Dr DAMARLY Messan
	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant PNLS : DR TCHAMA Raïssa ONG AMC : Dr Brunel AHODAGBE
	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels a été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH PNLS : Dr DEKU Kodzo PNLT : Dr AWOKOU Fantchè
	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH SP/CNLS : M. AGBOGAN Hilaire
Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale PNLS : Dr SINGO Assétina CAMEG : M. APALOU Degboe	
8. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	SP/CNLS : Mme DJAHLIN Bernice SP/CNLS : M. KOUDAYA Roland SP/CNLS : M. AGBOGAN Hilaire ONUSIDA : Dr TAKPA Koubagnine
9. Indice composite des politiques nationales	SP/CNLS : M. GNASSE Atinédi SP/CNLS : Mme TIGOE GOUNA Yawo SP/CNLS : M. AGBOGAN Hilaire AIDSS : M. AMEKOTOU Corneille RAS+ : M. AGBO Kodjo Wilfried UONGTO : M. BITHO Alexandre PNUD/PASCI : Dr SOME Jean-François
10. Coordination et supervision	ONUSIDA : Dr TAKPA Koubagnine

**ATELIER NATIONAL DE LANCEMENT DU PROCESSUS D'ELABORATION
DU RAPPORT UNGASS 2010**

Lomé, le 04 février 2010, salle de réunion du Ministère de l'Environnement

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	TEL	E-MAIL
1	FONTODJI Kokou Jérémie	Coordinateur National de l'ODIH, Représentant FONGTO	988 65 04	odih_tg@yahoo.fr
2	AMEDODJI Agbenyo	Représentant du Modérateur Eglise Evangélique Presbytérienne	910 90 11	ame_eny@yahoo.fr
3	Prof. BOUKARI Bouraïma	Vice- Président UMT	904 47 76	bboukari2002@yahoo.fr
4	Dr TAKPA Koubagnine	M&E / UNAIDS	915 73 13	takpak@unaids.org
5	Dr BANLA K. Abiba	INH/Ministère de la Santé	901 30 30	kerebanla@hotmail.com
6	JENSEN Lotte	BORNE FONDEN	931 68 50	lpvj@bornefonden.tg
7	Dr SOME Jean François	PASCI	859 34 49	jean.francois@undp.org
8	ANATO Simplicie	Directeur ONG ARC EN CIEL	935 68 27	anasimple2000@yahoo.fr
9	KAMAGA K. Paul	Responsable Unité S&E SP/CNLS-IST	912 51 56	pkamaga@yahoo.fr
10	BOKO Afi	Point Focal MASPPEPA	220 08 20 903 07 29	nicolboko@yahoo.fr
11	SEDOH Komlan Blaise	Croix Rouge Togolaise	933 84 64	bsedoh@laposte.tg

ANNEXE 3 : LISTE DE PRESENCE A LA REUNION DE LANCEMENT DU PROCESSUS UNGASS 2010

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	TEL	CONTACT/E-MAIL
12	NDIAYE Marthe épouse KENGBO	Directrice ONG ASI-TOGO	251 00 66 928 20 54	tenimarthe@yahoo.fr
13	AMEKOTOU Koffi	Chargé Suivi-Evaluation AIDSS	251 72 64 932 63 62	aids.togo@hotmail.com
14	AKLOU Akolly	Responsable Communication ATBEF	221 41 93 902 67 30	atbef@laposte.tg
15	MENSAH Kossi Mihlamgbidi	Point Focal Education VIH MEPSA	926 84 70 234 39 34	messan154@yahoo.fr
16	TOTAH Ayité	Point Focal VIH METFP	954 65 37	totah16@yahoo.fr
17	VASSEHO Komi Gilles	Stagiaire à ASI-Togo	758 65 00	tenimarthe@yahoo.fr
18	AMEKOTOU Polycarpe	Chargé de Communication à HICA	230 56 08	hicaorg@yahoo.fr
19	AKOLLY K. Rodrigue	Président RAJAS	230 56 08 87 87 870	rajas@mail.org
20	AKAKPO Alphonse	Coordinateur ACS	922 60 08 220 51 46	actioncontresleidatogo@yahoo.fr
21	DZOTSI Koffi Edem	Chargé de Suivi-évaluation	094 65 67 250 72 66	koffiegros@yahoo.fr
22	FAGNON A. Odette	Coordinatrice ASPROFEM	985 35 82 250 72 66	odettefagnon@yahoo.fr
23	ATISSOH Kangni	MESR / Membre Point Focal	220 87 16 936 84 89	katissoh@yahoo.fr
24	PALAKASSI Essona-na	Chargé de PEC et Formation Centre Espérance LOYOLA	971 47 16 236 68 90	maxapojun@yahoo.fr
25	HOUNNOUGBO R. Bernard, SJ	Directeur du Centre Espérance Loyola	336 26 46 993 46 62	hounnougbo.bernard@centreloyola.org
26	BITHO K. Alexandre	Chargé Suivi-Evaluation UONGTO	089 17 97 336 79 36	uongto2000@yahoo.fr madedstg2005@yahoo.fr
27	AGBO Kodjovi Wilfried	Coordonnateur RAS+Togo	933 76 15	wil6755@yahoo.fr/rastogo@hotmail.com
28	ALASSANI M. Mouta-Wakil	Responsable PEC E2V	338 27 80 929 98 20	esvivu@yahoo.fr

ANNEXE 3 : LISTE DE PRESENCE A LA REUNION DE LANCEMENT DU PROCESSUS UNGASS 2010

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	TEL	CONTACT/E-MAIL
29	AFOUTOU G. Komlan	Infirmier CMS Police (MSPC)	918 14 71	
30	KOUASSI Koame	ESE / UGP-MS	905 48 11	
31	Dr ZERBO Petit-Jean	ATI SE / UGP-MS	041 13 36	petitjean.zerbo@gtz.de
32	AFELI Abra	Chargée VIH/UNFPA	223 22 00	
33	ASSIMA-KPATCHA Masilé	Espoir Vie Togo / Directrice Exécutive	992 75 40	masilak@yahoo.fr
34	Dr AHO Komivi Mawusi	Directeur Exécutif / CRIPS	909 33 97	ahomawus@gmail.com
35	ADZODA A. Brigitte	Conseillère psychosociale VIH/sida à PDH	939 49 29	brigephill02@gmail.com
36	ATTISSO K. Bruno	Conseiller psychosocial à PDH	096 50 94	bebequat12@yahoo.fr centresocial@yahoo.fr
37	GNIMASSOUN G. Michel	DAF AMC	910 75 04	amc_lome@yahoo.fr michelgnimassoun@gmail.com
38	AKPALOU Degboe Emmanuel	Chargé de la collecte et traitement des données / CAMEG	930 88 67 234 36 84	dakpalou@cameg-togo.tg eakpalou@yahoo.fr
39	Dr MAWUSSI Koffi	Responsable service IEC/Collecte-CNLS Lomé	935 15 59 221 64 30	mawussimeho@yahoo.fr
40	Dr MAGNANG Hezouwe	Chef de Production au CNLS Lomé	931 22 89 236 22 50	hmagnang@yahoo.fr
41	Dr PEKELE Minzah	NPO/HIV ai OMS	221 33 60	pekelem@tg.afro.who.int
42	GOUNA Yawo	SP/CNLS-IST	220 06 94	yawogouna@yahoo.fr
43	TAGBA Abi Tchao	CN/SP/CNLS-IST	220 06 94	cnls@laposte.tg
44	AMOUSSOU Kégnidé	CNA/SP/CNLS-IST	220 06 94	cnls@laposte.tg
45	AGBOGAN Hilaire	Assistant Suivi-Evaluation au SP/CNLS	220 06 94	hilaire.agbogang@yahoo.fr
46	KOUDAYA Roland	Assistant Administratif au SP/CNLS-IST	220 06 94	rolando15fr@yahoo.fr
47	DJAHLIN Bernice	Gestionnaire de Programme au SP/CNLS-IST	220 06 94	djahlinbernice@yahoo.fr
48	GNASSE Atinédi	Responsable Communication au SP/CNLS-IST	220 06 94	atgnas@yahoo.fr

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

RESULTATS

Les résultats de la collecte sont présentés dans ce chapitre en 2 grandes parties, compte tenu des 2 parties du questionnaire de collecte de l'indice composite. Chaque partie reprend les informations sur les différents domaines qu'elle couvre.

Partie A, pour les responsables publics

A.I. Plan stratégique

1. Le pays dispose d'une stratégie d'action multisectoriel (le). Il s'agit du plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida en voie d'expiration car couvrant la période allant de 2007 à 2010. Le processus d'évaluation de ce plan stratégique national multisectoriel est en cours.

- ⇒ Le pays dispose d'une stratégie/d'un cadre d'action multisectoriel (le) depuis 10 ans.
- ⇒ Les secteurs suivants y sont inclus et leurs activités comportent un budget affecté à la lutte : santé, éducation, emploi, transport, armée/police, femmes, jeunes, justice, tourisme. La plupart des secteurs ci-dessus cités procèdent à des mobilisations des ressources auprès des partenaires ainsi que d'autres secteurs ne disposant pas de budget affecté aux activités tels que la société civile, le secteur privé et les thradipraticiens.
- ⇒ Le plan tient compte des populations cibles (femmes et filles, jeunes femmes/jeunes hommes, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, PS, OEV, routiers, migrants), des milieux (lieu de travail, écoles, prisons) et des questions transversales (VIH et pauvreté, protections des droits de la personne, participation des PVVIH, lutte contre la stigmatisation/discrimination, autonomisation des femmes)
- ⇒ Certaines populations cibles telles que les HSH n'ont pas encore fait l'objet de recensement.
- ⇒ Les populations cibles du pays sont :
 - La population générale car toute personne est une cible et tout le monde est vulnérable ;
 - Les groupes spécifiques ou populations à risque nécessitant une attention particulière : PVVIH, jeunes, femmes, PS, routiers, miniers, hommes en uniforme, prisonniers, populations en milieu rural, celles des zones frontalières.
- ⇒ Le plan stratégique inclut un plan opérationnel. En effet, un plan de mise en œuvre de l'année 2009 est en cours d'élaboration. Partant du plan stratégique national, certains secteurs de la lutte ont élaboré des plans sectoriels : 9 secteurs⁴ ont des plans sectoriels dont 5 ont été validés. Tous ces plans sont cadrés sur la feuille de route.
- ⇒ Le plan stratégique inclut des objectifs programmatiques officiels et précis, un budget détaillé des coûts pour chaque domaine programmatique et un cadre de suivi et d'évaluation ainsi que des indications sur les sources de financement.
- ⇒ Le pays s'est assuré de l'implication et la participation pleines et entières de la société civile dans l'élaboration du plan stratégique national. Cette participation a été active. En effet, la société civile :
 - est présente au sein du CNLS
 - participe à toutes les étapes décisionnelles
 - a participé à un atelier intégrant tous les acteurs de la lutte contre le VIH et le sida, rencontre de haut niveau
 - regroupe des hommes de terrain et donc a été associée à l'élaboration des stratégies et à leur mise en oeuvre
 - a participé à l'atelier d'identification des besoins
 - a participé à la session de lancement du plan stratégique

⁴ Ministère de la Santé* ; Ministère de l'Enseignement Technique*... ; Ministère des Enseignements Primaires et Secondaires*... ; Ministère de l'Action Sociale*... ; Ministère de la Jeunesse... ; Ministère de l'Enseignement Supérieur... ; Ministère de la Justice... ; Eglise Catholique* ; Université de Lomé. * Secteurs ayant validés leurs plans sectoriels

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

- ⇒ Le plan stratégique a été validé par la plupart des partenaires externes du développement (bilatéraux et multilatéraux). Ils ont même participé à sa rédaction et ils ont tous aligné et harmonisé leurs programmes de lutte contre le VIH et le sida sur le plan stratégique national même si ceux-ci se font progressivement. En effet, il y a eu la tenue du forum des partenaires pour le secteur santé. Cependant, il y a des partenaires qui ne savent pas qu'ils doivent rendre leurs données au CNLS. A cet effet, le CNLS doit améliorer son système d'information.
2. Le pays a intégré la lutte contre le VIH et le sida dans ses plans généraux de développement, notamment :
- le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)
 - le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
 - le DSRP 2009 – 2011
- ⇒ Ces plans de développement contiennent les différentes politiques suivantes :
- Prévention du VIH
 - Traitement des infections opportunistes
 - Traitement antirétroviral
 - Soins et soutien
 - Atténuation de l'impact du sida
 - Réduction des inégalités entre les sexes en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH
 - Réduction des inégalités de revenu en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH
 - Réduction de la stigmatisation et de la discrimination
 - Autonomisation économique des femmes
3. Le pays n'a pas évalué l'impact du VIH et du sida sur son développement socioéconomique à des fins de planification. En effet, bien qu'il y ait une prise de conscience de cet impact sur base des études menées ailleurs, au Togo la profondeur et l'étendue de cet impact ne sont pas mesurées.
4. Les questions relatives au VIH et au sida au sein des services nationaux de personnels en uniforme, des forces armées, des forces de maintien de la paix, de la police et du personnel carcéral sont abordées dans le cadre stratégique national.
- ⇒ Les différents programmes (communication sur les changements de comportement, fourniture de préservatifs, conseil et test VIH, services IST, traitement, soins et soutien) ont été mis en œuvre et atteint une partie importante des personnels en uniforme dans un ou plusieurs services.
- ⇒ Officiellement, le test de dépistage du VIH est volontaire. Cependant, le test est obligatoire au recrutement.
5. Le pays dispose des lois ou règlements non discriminatoires qui stipulent une protection pour les populations les plus à risque et les autres sous-populations vulnérables. Ces sous-populations sont :
- Femmes
 - Jeunes
 - Professionnelles du sexe
 - Détenus
 - Migrants
 - PVVIH
 - Enfants
- ⇒ Les mécanismes mis en place pour assurer l'application de ces lois sont :
- Prise des textes d'applications de la loi
 - Formation des magistrats et officiers de police
 - Sensibilisation des leaders d'opinions, journalistes et responsables d'ONG
 - Sensibilisation sur la discrimination et la stigmatisation

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

- Large diffusion de la loi (sur internet)

6. Le pays dispose des lois, règlements ou politiques qui font obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH pour les populations les plus à risque ou d'autres sous-populations vulnérables.

- ⇒ La prostitution et les relations entre les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ne sont pas légalisées par la loi, ni la constitution. Les HSH surtout n'étant pas acceptés dans la société et les groupes religieux faisant une pression forte sur ce sujet, ces derniers rentrent par conséquent dans la clandestinité.
- ⇒ Les consommateurs de drogues sont réprimés, par conséquent ceux-ci rentrent dans la clandestinité et deviennent inaccessibles

Ces sous-populations sont :

- Professionnelles du sexe
- Détenus
- Consommateurs de drogues injectables

7. Le pays a donné suite à son engagement eu égard à l'accès universel souscrit lors de la rencontre de haut niveau sur le VIH/Sida qui s'est tenue en juin 2006. En effet, bien que pour la première fois, en 2008, le gouvernement a intégré une ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH et le sida, dans l'ensemble l'engagement financier reste faible.

- ⇒ Le plan stratégique/plan opérationnel national et le budget national de la lutte contre le VIH et le sida n'ont pas été révisés conséquemment à l'engagement du pays. Le budget alloué au VIH et au sida est faible, de l'ordre de 10%. Souvent, le problème de calendrier de planification du budget national est évoqué, et donc les budgets sont adressés en retard au gouvernement quand ce dernier a déjà tout planifié.
- ⇒ Des estimations relatives à la taille des principaux groupes cibles de population n'ont été actualisées que pour les PVVIH et les femmes enceintes, mais pas pour les autres cibles.
- ⇒ Il existe des estimations et projections du nombre d'adultes et d'enfants justifiables de la thérapie antirétrovirale et de leurs besoins futurs. Ce sont des estimations faites par la division de surveillance épidémiologique du PNLS en collaboration avec le groupe thématique surveillance épidémiologique.
- ⇒ La couverture programmatique de la lutte contre le VIH et le sida fait l'objet d'un suivi. Elle est évaluée par sexe (hommes, femmes), par sous-groupes de population (PVVIH, femmes, enfants et jeunes, hommes en uniforme, routiers, migrants, etc.) et par zone géographique (régions et districts sanitaires). Les informations issues de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes a permis de mieux planifier l'extension des services de PTME. Celles issues du suivi des PVVIH permettent le suivi de la couverture en ARV. Le suivi de la couverture par zone géographique a en outre permis de poursuivre la décentralisation de la dispensation et de la prescription des ARV.
- ⇒ Le pays a élaboré un plan de renforcement des systèmes de santé. En effet, il existe des programmes/projets spéciaux qui s'occupent de la réhabilitation du système sanitaire, y compris les infrastructures. Il s'agit notamment des projets fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le sida.

La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de planification stratégique des programmes de lutte contre le VIH et le Sida en 2009=8. Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- la gratuité des ARV
- la décentralisation de la dispensation et de la prescription des ARV
- l'évaluation des flux des dépenses et des ressources de lutte contre le VIH et le sida en 2007 et 2008
- l'évaluation des programmes de CDV et de prise en charge médicale

Par contre les problèmes majeurs qu'il faut surmonter dans le domaine de la planification stratégique sont :

- Absence de plans sectoriels opérationnels
- Difficultés à estimer la taille de certains groupes vulnérables tels que HSH, PS, routiers, CDI et OEV.

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

A.II. Appui politique

1. Le chef de l'Etat, le chef du gouvernement et les autres hauts fonctionnaires parlent publiquement et positivement des efforts de lutte contre le sida devant les plus grandes instances nationales. Cependant, en dépit de cette prise de conscience, il faut davantage d'engagement politique au niveau de chaque secteur.

2. Le pays dispose d'un organe national de coordination multisectoriel de lutte contre le VIH et le sida. Il s'agit du Conseil National de Lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST).

⇒ Il a été créé en 2001 par décret présidentiel du 11 octobre 2001. Ce Conseil est présidé par le Président de la République. Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement est le Premier Vice Président et le Ministre de la Santé le deuxième Vice Président. Les membres du Gouvernement, les Députés, le secteur privé et les Représentants de la Société Civile dont les PVVIH en sont membres. La société civile dans son ensemble représente 38% de la composition totale du CNLS-IST.

⇒ Celui-ci a un mandat et a pour missions de définir les orientations politiques en matière de lutte contre le VIH, le sida et les Infections Sexuellement Transmissibles, de mobiliser les ressources externes et internes pour la mise en œuvre du Plan Stratégique, d'évaluer l'efficacité de la lutte contre le VIH et le sida, d'approuver les budgets et programmes annuels d'action.

⇒ Il a un Secrétariat Permanent qui coordonne la mise en œuvre de la politique nationale et exécute les décisions prises par le Conseil.

⇒ La Société Civile joue un rôle important dans la réponse au VIH. Une division lui a été consacrée au sein du Secrétariat Permanent pour coordonner leurs actions.

⇒ Les démembrements du CNLS-IST au niveau décentralisé sont les Comités Régionaux de Lutte contre le Sida et les IST (CRLS-IST) et les Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida et les IST (CPLS-IST).

⇒ Le CNLS-IST se réunit chaque fois que de besoin pour traiter des questions liées à la problématique du sida soit pour faire le bilan ou lancer les programmes, voire mobiliser les ressources nécessaires. Depuis 2007, le CNLS-IST a tenu 3 sessions (30 avril 2007, 12 décembre 2008 et 18 décembre 2009), présidées chaque fois et personnellement par le Président de la République, Président du CNLS-IST. Déjà à la première session du 30 avril 2007 consacrée à l'adoption du nouveau Plan Stratégique, le Président du CNLS-IST avait annoncé la contribution du Gouvernement au financement du nouveau Plan Stratégique 2007-2010 à hauteur de 4 494 382 US dollars par an pendant 4 ans.

⇒ Le pays dispose d'un mécanisme qui encourage l'interaction entre le gouvernement, la société civile et le secteur privé pour mettre en œuvre les stratégies et les programmes de lutte contre le VIH et le sida. Il s'agit d'une part du Country Coordination Mechanism (CCM) composé des représentants du gouvernement, de la société civile, du secteur privé ; et d'autre part du programme PAsCI composé également de la société civile et du gouvernement.

⇒ Les principales difficultés qui entravent ce mécanisme d'interaction entre le gouvernement, la société civile et le secteur privé de bien fonctionner sont :

- Absentéisme et manque de dynamisme de certains membres du CCM
- Difficulté de coordination et faiblesse de l'utilisation des informations transmises
- Rareté des réunions de coordination et de concertation entre partenaires, gouvernement et acteurs

4. Le pourcentage du budget national pour la lutte contre le VIH/Sida consacré à des activités réalisées par la société civile au cours de l'année écoulée a été dilué dans l'appui apporté par le CNLS-IST au programme PAsCI.

5. Le CNLS-IST procure aux partenaires mettant en œuvre le programme national, en particulier aux organisations de société civile différents types d'appui (information sur les besoins et les services prioritaires, orientations techniques, coordination avec les autres partenaires de la mise en œuvre, renforcement des capacités, appui politique et programmatique pour la mobilisation des ressources à travers la création du programme spécifique d'appui technique

⁵ 20/52 (Gouvernement : 28 en 2009, Société civile : 20 ; Assemblée National : 2, Secteur Privé : 1 ; Présidence de la République : 1)

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

et d'aide à la mobilisation des fonds pour les organisations de la société civile –PASCI-). Cependant, tout cet appui est encore faible et n'est qu'à son début.

6. Le pays a passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le Sida. En effet, la loi portant protection des personnes en matière du VIH promulguée en décembre 2005 a subi des modifications suite à son évaluation. La nouvelle loi a été soumise au parlement mais elle n'est pas encore adoptée.

La note globale (échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts d'appui politique dans les programmes de lutte contre le VIH et le sida en 2009 est de 7. Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- Elaboration des projets de financement soumis au fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le sida
- Bilan des activités de lutte contre le VIH au cours des sessions 2008 et 2009 du CNLS; et de la revue du PNLS en 2009.

Par contre les problèmes majeurs qu'il faut surmonter dans ce domaine sont :

- Difficultés à mobiliser les ressources pour le financement des activités aussi bien du côté de l'Etat que des partenaires

A.III. Prévention

1. Le pays a mis au point une politique/stratégie de promotion de l'information, éducation et communication (IEC) sur le VIH auprès de l'ensemble de la population.

- ⇒ Les messages suivants y font l'objet d'une promotion explicite : pratiquer l'abstinence, reporter à plus tard la première expérience sexuelle, être fidèle, limiter le nombre de partenaires sexuels, utiliser régulièrement des préservatifs, adopter des pratiques sexuelles à moindre risque, s'abstenir de consommer des drogues injectables, utiliser des aiguilles et des seringues propres, combattre la violence faite aux femmes, mieux accepter les PVVIH et leur participation, encourager une plus grande participation des hommes aux programmes de santé reproductive, la sécurité transfusionnelle, les jeunes en âge de procréer, la prévention en milieu de travail, la prévention des IST, une sexualité responsable, les relations intergénérationnelles.
- ⇒ Au cours de l'année dernière, le pays a mis en œuvre des activités de promotion d'informations précises sur le VIH par l'intermédiaire des médias.
 - Le PNLS a réalisé des émissions sur la PTME, sur la prise en charge psychosociale
 - Le CNLS a organisé des émissions sur différentes thématiques sur le VIH

2. Le pays dispose d'une politique/stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH destinée aux jeunes.

- ⇒ L'enseignement relatif au VIH fait partie du programme d'études dans les écoles primaires, secondaires et dans la formation des enseignants.
- ⇒ Le programme d'études prévoit le même enseignement sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes hommes et les jeunes filles. Cependant, il y a des spécificités : les questions liées au genre, aux violences sexuelles, etc.
- ⇒ Le pays dispose d'une stratégie d'instruction relative au VIH à l'intention des jeunes non scolarisés.

3. Le pays a mis au point une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des sous populations vulnérables.

- ⇒ Les sous populations ciblées sont les suivantes : jeunes, femmes, hommes en uniforme, miniers, camionneurs, voyageurs, migrants, routiers, PS et leurs clients, prisonniers, homosexuels.
- ⇒ Les éléments suivants de prévention du VIH leur sont dispensés dans cette politique :
- ⇒ information ciblée sur la réduction des risques et éducation relative au VIH, réduction de la stigmatisation et de la discrimination, promotion des préservatifs, conseil et test VIH, santé reproductive, y compris la prévention et

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

le traitement des IST, réduction de la vulnérabilité, thérapie de substitution médicamenteuse, échange d'aiguilles et seringues.

La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts des politiques de prévention du VIH en 2009 est de 8.

Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- Gratuité des ARV
- Gratuité de la PTME.

Par contre les problèmes majeurs qu'il faut surmonter dans ce domaine sont :

- Renforcer la mobilisation des ressources
- Rendre effective l'enseignement du VIH dans les écoles
- Renforcer le cadre de concertation entre les acteurs

4. Le pays a recensé les zones de santé pour lesquels des programmes de prévention du VIH sont nécessaires.

⇒ Les programmes suivants de prévention du VIH sont menés dans :

- Toutes les zones de santé qui en ont besoin : services de PTME, IEC sur la réduction des risques, services de santé reproductive y compris la prévention et le traitement des IST
- La plupart des zones de santé qui en ont besoin : sécurité transfusionnelle, précautions universelles en milieu sanitaire, IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, promotion des préservatifs, conseil et test VIH, programmes en faveur d'autres sous populations vulnérables, enseignement relatif au sida en milieu scolaire pour les jeunes, programmes à l'intention des jeunes non scolarisés, prévention du VIH sur le lieu de travail, prévention des AES, lutte contre les violences sexuelles
- Quelques-unes des zones de santé qui en ont besoin : PTME, réduction des risques pour les CDI et HSH

La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts des politiques de prévention du VIH en 2009 est de 8.

Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- Activités de prévention dans les prisons
- Campagne nationale de dépistage en décembre 2009
- Formation des acteurs dans le monde rural

Par contre les problèmes majeurs qu'il faut surmonter dans ce domaine sont :

- Difficultés à mobiliser les ressources pour le financement des activités aussi bien du côté de l'Etat que des partenaires
- Rendre effective l'enseignement du VIH dans les écoles
- renforcer le cadre de concertation entre les acteurs

A.IV. Traitement, soins et soutien

1. Le pays dispose d'une politique/stratégie de promotion du traitement, des soins et du soutien complet pour le VIH. Le PNLS a élaboré beaucoup de documents traitant de cet aspect: Politique nationale PNLS, Plan stratégique PNLS, Plan national d'extension des ARV.

⇒ Cette politique/stratégie prend suffisamment en compte les difficultés que rencontrent les femmes, les enfants et les populations les plus à risque. Il existe des enquêtes qui ont été menées et des missions de S&E qui intègrent ces aspects. Une loi a été élaborée au parlement avec le ministère des affaires sociales, interdisant les mutilations génitales féminines. Une politique et une stratégie sur le genre

2. Le pays a recensé les zones de santé qui nécessitent des services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et le Sida dans le plan national d'extension des ARV.

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

- ⇒ Des supervisions
- ⇒ Des études et enquêtes sur la qualité de la prise en charge
- ⇒ Des évaluations sur sites des sous - bénéficiaires des projets subventionnés par le Fonds Mondial
- ⇒ Collecte des données auprès des structures de prise en charge
- ⇒ Exploitation des rapports d'activités
- ⇒ Les services de traitement, soins et soutien suivants sont menés dans la plupart des zones de santé qui en ont besoin : traitement antirétroviral, traitement pédiatrique du sida, conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose, dépistage de la tuberculose chez les PVVIH, prophylaxie post-exposition, prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH.

3. Le pays ne dispose pas d'une politique de développement/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH.

4. Le pays a accès à des mécanismes régionaux d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les ARV, le Cotrimoxazole et les préservatifs

La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de mise en œuvre des programmes de traitement, soins et soutien en 2009 est de 7. Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- Accessibilité du traitement gratuit par les ARV
- Décentralisation de la prescription et de la dispensation des ARV
- Mise en place des comités thérapeutiques au niveau décentralisé
- Mobilisation des ressources pour passer à l'échelle du traitement dans le cadre du fonds mondial R8

Par contre les problèmes majeurs qu'il faut surmonter dans ce domaine sont :

- Coût élevé du bilan biologique chez les PVVIH
- Pérennité des soins et traitement
- Absence de médicaments de 3ème ligne
- Passage à l'échelle
- Soins nutritionnels

5. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH ou au Sida des OEV. Ce document existe au ministère de l'action sociale, mais il ne traite pas spécifiquement des OEV du Sida.

- ⇒ Il utilise une définition opérationnelle des OEV (définie au ministère de l'action sociale)
- ⇒ Il a mis au point un plan d'action national destiné expressément aux OEV (mais le plan ne précise pas si ce sont les OEV rendus vulnérables par le Sida)
- ⇒ Il a estimé le nombre d'OEV qui bénéficie des interventions en place

La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de mise en œuvre des programmes de traitement, soins et soutien en 2009 est de 2. Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- le financement par le CNLS de l'élaboration de la proposition du Round 9 fonds mondial sur les OEV
- l'appui spécial de la présidence de la république aux OEV infectés et affectés par le VIH

Parmi les problèmes majeurs relevés, il faut noter :

- l'absence de la prise en charge complète des OEV
- Faiblesse de mobilisation des ressources en faveur des actions à l'endroit des OEV

A.V. Suivi et évaluation

1. Le pays dispose d'un plan national unique de S&E 2007-2010.

- ⇒ Ce document a été élaboré en consultation avec les représentants de la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH et avalisé par les partenaires clés du suivi et de l'évaluation.

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

⇒ La plupart des partenaires ont aligné et harmonisé leurs critères en matière de S&E (y compris leurs indicateurs) avec le plan national.

2. Ces documents incluent certains éléments du S&E, notamment : une stratégie de collecte et d'analyse des données, la surveillance comportementale, la surveillance du VIH, un ensemble normalisé défini d'indicateurs, des directives sur les instruments de collecte des données, une stratégie pour évaluer la qualité et l'exactitude des données et une stratégie de diffusion et d'utilisation des données.

3. Le plan de S&E est assorti d'un budget. Le S&E représente près de 7% du budget total alloué à la lutte contre le VIH et le sida pour la période 2007-2010. Cependant ce budget n'est que partiellement assuré. Les raisons sont :

- ⇒ Insuffisance d'appropriation du plan national de S&E par les acteurs
- ⇒ Faible mobilisation interne des ressources
- ⇒ Faiblesse des ressources extérieures destinées au S&E

4. Les priorités de S&E ont été déterminées au niveau national dans le cadre de l'évaluation du système national de S&E basée sur les 12 composantes. Celle-ci est faite au moins 2 fois par le Groupe de référence en S&E.

5. Il existe une unité de S&E

- ⇒ Cette unité est rattachée au CNLS. Cependant, il existe également des unités de S&E sectorielles dans les différents ministères, notamment le Ministère de la Santé.
- ⇒ Il y a 1 cadre permanent à plein temps et un responsable de S&E à mi-temps. Il s'agit d'une unité décentralisée mais dont les niveaux décentralisés ne sont pas opérationnels.
- ⇒ Il existe des mécanismes permettant de s'assurer que tous les principaux partenaires chargés de la mise en œuvre remettent leurs rapports relatifs au S&E à l'unité de S&E pour examen et inclusion dans les rapports de situation nationaux. En effet, dans le cadre stratégique, la périodicité de transmission des rapports est définie. Elle est soit trimestrielle soit semestrielle. Parfois, les canevas sont envoyés aux différents partenaires et secteurs de la lutte.

Ces mécanismes fonctionnent, mais ne sont pas bien développés car il existe des difficultés dont les plus importantes sont :

- Complétude et promptitude fiables
- Canevas non disponibles par le CNLS
- Non-conformité des canevas
- Non-alignement par rapport au rapportage
- Pas de moyens de communication pour transmettre les rapports à temps

⇒ Degré (sur une échelle de 0 à 5) de partage des résultats des enquêtes de S&E des institutions du SNU, des organismes bilatéraux et d'autres institutions = 2 (1,5 ; 2,5). Certaines agences agissent sans informer le niveau national.

6. Il existe un groupe de travail qui se réunit de manière irrégulière pour coordonner les activités de suivi et d'évaluation. Il s'agit du Groupe de référence en S&E (GRSE) qui devrait normalement se réunir trimestriellement. Au cours de 2009, elle s'est réunie 4 fois.

⇒ Ce groupe de travail comprend 14 représentants de la société civile sur 44 membres, dont notamment des personnes vivant avec le VIH. Ces représentants ne jouent pas un rôle spécial, ils participent aux réunions et sont impliqués dans les prises de décisions.

7. L'unité de S&E gère une base de données nationale centralisée.

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

- ⇒ Il s'agit du CRIS qui est géré par l'Unité S&E du SP/CNLS. Ce logiciel est en cours de déploiement au PNLs et dans certaines organisations de la société civile et prochainement dans les régions et districts sanitaires. Cette base inclut des informations sur le contenu, les populations-cibles et la couverture géographiques des services VIH ainsi que sur les organisations d'exécution.
- ⇒ Il existe un système opérationnel d'information sur la santé. Il s'agit
 - A l'échelon national : du SNIS
 - Au niveau sous national : essentiellement le PNLs qui fournissent les données sur le secteur santé.

8. Le pays publie () une fois par an un rapport de S&E sur le VIH, y compris des rapports de surveillance du VIH.

9. Le niveau (sur une échelle de 0 à 5) d'utilisation des données de S&E pour la planification et la mise en œuvre = 4.

- ⇒ Exemples de données utilisées :
 - Le rapport de revue du Cadre Stratégique national 2001-2005, les rapports UNGASS 2005, sur la consultation sur l'AU ont orienté la planification stratégique 2007-2010
 - Lors de l'élaboration du plan Stratégique National 2007-2010 et des propositions soumises au Fonds Mondial de lutte contre le sida, les informations générées par la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, les professionnelles du sexe, les hommes en uniformes, les routiers, les migrants ont orientées les stratégies de prévention.
 - L'analyse des informations issues de l'étude sur l'estimation des flux des ressources et des dépenses en matière de lutte contre le VIH et le sida pour la période 2006-2008 a permis d'orienter la stratégie de mobilisation et d'affectation des ressources financières vers le groupe cible des OEV qui sont les parents pauvres dans la lutte contre le VIH.
- ⇒ Principaux obstacles à l'utilisation des données :
 - Centralisation des rapports des différents partenaires n'est pas systématiques d'où
 - Faible complétude entraînant une sous estimation des besoins
 - Information transmise inexploitable
 - Mise à jour des informations ne se fait pas, d'où information dépassée et inexploitable
 - Données souvent non validé et donc sujet à des contestations
- ⇒ Le niveau (sur une échelle de 0 à 5) d'allocation des ressources pour la planification et la mise en œuvre = 4 car, l'évaluation des flux des ressources et des dépenses en matière de lutte contre le VIH et le sida a permis d'orienter le Togo à soumettre en 2009 une proposition au fonds mondial sur les OEV.
- ⇒ Principaux obstacles à l'utilisation des données :
 - Les informations relatives au financement des secteurs ne sont pas toujours communiquées
 - Les engagements aux promesses d'allocations des ressources ne sont pas toujours respectés
- ⇒ Le degré (sur une échelle de 0 à 5) d'amélioration du programme se situe autour de la note 3 car. En effet,
 - Une étude exploratoire réalisée sur les HSH a amené PSI-Togo a développé des actions à l'endroit de ce groupe-cible, actions qui vont déboucher sur une stratégie de prévention
 - La décentralisation de la dispensation des ARV et le passage à l'échelle de la PTME sont les résultats des analyses des indicateurs de S&E

10. il est prévu dans le plan national de S&E, un plan de développement des capacités humaines aux niveaux central, régional et de district. Une formation au S&E a été dispensée en 2009 et En 2010 au niveau national et régional.

- Des formations sur le CRIS se sont déroulées et ont connu la participation de la société civile et du secteur public. Au total, 46 personnes ont été formées dont 16 au niveau national et 30 au niveau régional.
- Une formation sur l'évaluation des flux des ressources et des dépenses en matière de lutte contre le VIH et le sida (REDES) a été organisée 40 personnes du niveau central.

La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de S&E des programmes de riposte au Sida réalisés est de 6

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

Parmi les efforts réalisés depuis 2007, on notera 2005 :

- Formation en S&E du personnel de l'Unité de S&E du SP/CNLS
- Organisation de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes tous les ans
- Elaboration du manuel de S&E du Fonds Mondial de lutte contre le sida pour le Round 8
- Tenue régulière des réunions du GRSE
- Elaboration des rapports : UNGASS 2008 et 2010, REDES 2006, 2007 et 2008 ; et sur l'Accès Universel 2009
- Déploiement du CRIS

⇒ Problèmes majeurs :

- Mobilisation des ressources financières adéquates
- Systématisation du mécanisme de décentralisation et de compilation des rapports et données
- Opérationnalisation du niveau central du système national de S&E
- Renforcement des capacités techniques et matériel des acteurs
- Mise en place d'une stratégie d'évaluation de la qualité des données
- Opérationnalisation du système de collecte des données
- Insuffisance des ressources humaines pour le S&E au niveau décentralisé
- Insuffisance de la supervision

Partie B, pour les représentants des organisations non gouvernementales, des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies

B.1. Droits de la personne

1. Le pays dispose des lois et des règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination. Il s'agit de la loi portant protection des personnes en matière du VIH promulguée en décembre 2009. Le VIH est expressément mentionné dans la loi et concerne tous les domaines.

2. Le pays dispose de lois/règlements non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous populations vulnérables. Cependant, il n'existe pas de documents clairs.

⇒ Ces lois/règlements s'adressent spécifiquement aux femmes (loi interdisant les Mutilations Génitales Féminines adoptée en 1998), aux jeunes, aux professionnels de sexe, aux migrants, aux corps habillés, aux routiers, aux enseignants et aux personnes incarcérées.

⇒ Parmi les mécanismes mis en place pour assurer l'application de ces lois, il y a :

- Les cours et tribunaux
- L'implication du parlement dans la lutte (interpellation du Ministre de la Justice)
- Les organismes publics et privés de défense des droits humains :
 - La CNDH est chargée de la promotion et de la protection des droits de l'homme
 - La DGPE est chargée de coordonner et d'exécuter la politique du gouvernement en matière de protection de l'enfant

⇒ La loi a prévue des mesures relatives à :

- la santé publique
- la prévention, au diagnostic et au dépistage
- la recherche clinique
- la protection des PVVIH
- contre la discrimination/stigmatisation
- protection particulièrement aux personnes vulnérables (femmes, enfants)

⇒ Afin de s'assurer que ces lois entraînent l'effet désiré, les voies de recours mises en place sont les suivantes :

- Campagne de vulgarisation

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

- Formation des Officiers de Police Judiciaire, des Commissaires de polices et autres par rapport aux violences sexuelles et au contenu de la loi
- Recours judiciaires
- Recours administratif et hiérarchique
- Organisme de défense des droits de l'homme
- Initiation de la loi par la population puis endossée par un député pour être présentée en plénière au parlement

3. Il existe dans le pays des lois/règlements/politiques qui font obstacle à la prévention et au traitement, à des soins et à un soutien efficaces liés au VIH pour les sous populations vulnérables (CDI, HSH, PS).

⇒ Le code pénal et d'autres textes prévoient des sanctions contre les CDI, les PS et les HSH, faits considérés comme des relations contre nature.

⇒ Obstacles :

- En conséquence, ces groupes sont obligés de se cacher au risque d'être puni pénalement.

4. La promotion et la protection des droits de la personne sont explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH/Sida. Par ailleurs, les chapitres 4 et 6 de la loi portant protection des personnes en matière du VIH énumèrent clairement ces droits humains notamment en matière d'accès à l'emploi, aux soins, aux logements, aux établissements scolaires.

5. Il existe un mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et/ou des populations les plus à risque.

Description du mécanisme :

⇒ Le mécanisme le plus efficace est l'utilisation du travail des ONG de défense des droits de l'homme. Ces dernières ont mis en place des stratégies pour traiter ces cas.

⇒ Les tribunaux et autres juridictions ; le noyau anti-sida du Ministère de la Justice,

6. Le gouvernement, par le biais d'un appui politique et financier, a favorisé la participation des populations les plus à risque à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH.

Quelques exemples :

⇒ La participation active des regroupements, organisations et associations des populations les plus à risque dans les activités du CNLS

⇒ Elaboration du plan stratégique national

⇒ Forum des jeunes

⇒ Il existe aujourd'hui une coordination nationale pour les PVVIH avec l'appui du gouvernement, bien que l'appui financier tarde à venir

Pour certains, il y a eu seulement des mesures politiques prises par le gouvernement. En ce qui concerne l'appui financier, le gouvernement n'a encore rien fait. En plus, il n'y a pas eu un décret du gouvernement mais ce dernier a fait appel aux instruments juridiques internationaux existant tel que la déclaration universelle des droits de l'homme.

7. Le gouvernement mène une politique de services gratuits pour le traitement antirétroviral, les services de prévention du VIH et les interventions de soins et de soutien liés au VIH. Cependant, certains aspects de ces services ne sont pas gratuits.

Mesures pour la mise en œuvre de ces politiques :

⇒ Mise à disposition gratuite des préservatifs

⇒ Dépistage gratuit dans certains centres

⇒ La distribution gratuite des ARV,

⇒ La facilitation de la création des CDV

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

- ⇒ Disposer les préservatifs aux associations qui les distribuent gratuitement
 - ⇒ Le gouvernement appuie quelques hôpitaux, CS et ONG qui à leur tour distribuent gratuitement les ARV aux PVVIH mais ces services sont limités aux ARV. Le reste est pris en charge par les PVVIH eux-mêmes.
8. Le pays dispose d'une politique garantissant aux hommes et aux femmes un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, particulièrement l'accès des femmes en dehors de la grossesse et l'accouchement.
9. Le pays dispose également d'une politique garantissant un accès égal des populations les plus à risque à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien.
- ⇒ Les PS sont prises en compte par la loi sur le VIH. Les jeunes, les femmes, les routiers, les enseignants, les hommes de troupes sont également de même que les populations carcérales qui ont commencé par bénéficier timidement de ces services.
 - ⇒ Il existe différents types d'approches pour assurer un accès égal aux différentes populations les plus à risques. Grâce à l'appui de certaines ONG et de l'ONUSIDA, les populations carcérales ont commencé par être pris en compte réellement.
10. Le pays dispose d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi.
11. Le pays dispose d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH/Sida impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national.
- ⇒ Le comité d'éthique national inclut des représentants de la société civile mais pas des personnes vivant avec le VIH.
 - ⇒ Ce comité d'éthique préserve la protection des droits des personnes, insiste sur la pertinence de la confidentialité et la défend, prévient les risques que peuvent encourir les sujets humains exposés pendant la recherche. Il donne également son avis sur les protocoles de recherche et par rapport aux pratiques médicales et hospitalière.
12. Le pays dispose des mécanismes de suivi et d'application des droits de la personne ci-après :
- Institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois, des observateurs et des médiateurs s'occupant des questions relatives au VIH et au Sida dans le cadre de leur fonction.
- Cependant, le pays ne dispose pas des mécanismes suivants : indicateurs de performance ou de référence concernant le respect des droits de la personne dans le contexte des efforts de lutte contre le VIH ainsi que la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH.
- Exemples :
- ⇒ Ce sont les ONG qui travaillent beaucoup dans la protection et la défense des PVVIH, le gouvernement ne fait que suivre ou avaliser le travail des ONG.
 - ⇒ Le comité d'éthique
 - ⇒ Le ministère des droits humains
13. Les membres du système juridique ont été formés/sensibilisés aux questions touchant le VIH, le Sida et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions.
14. Concernant les services d'appui juridique :
- Le système d'assistance juridique pour la prise en charge des PVVIH existe dans le pays.
 - Les cabinets de conseil juridique du secteur privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit aux PVVIH n'existent pas dans le pays.
 - Des programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux PVVIH au sujet de leurs droits existent dans le pays.

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

15. Il existe des programmes dont le but est d'amener le public à accepter et à comprendre les personnes touchées par le VIH et le Sida plutôt que de les stigmatiser.

⇒ Ces programmes sont véhiculés par :

- les médias
- l'enseignement scolaire
- des personnalités s'exprimant régulièrement à ce sujet
- la sensibilisation auprès de toute la population, le lobbying, le plaidoyer et l'assistance juridique
- les communications interpersonnelles de masse
- un atelier national sur les droits et devoirs des PVVIH

La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux politiques, lois et règlements relatifs au VIH/Sida en vigueur est de 7.

Les principales réalisations depuis 2007 sont :

- Vulgarisation de la loi
- Assistance juridique des magistrats formés sur la thématique

Parmi les difficultés, on peut relever :

- Absence de mécanisme d'application des lois en matière du VIH
- Confidentialité au niveau des juridictions doit être renforcée par des textes
- Former et sensibiliser plus de personnes sur la loi notamment les professionnels de santé

La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et règlements relatifs au VIH/Sida en vigueur en 2009 est de 7.

- Formation des magistrats, officiers de police judiciaire et associations sur la loi
- Sensibilisation de la population

Les principaux problèmes sont :

- Prédominance des faits sociaux et religieux

B.II. Participation de la société civile

1. Le degré de contribution de la société civile au renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des politiques nationales sur une échelle de 0 à 5 est de 4 ceci pour plusieurs raisons :

- L'engagement de la société civile dans tous les domaines de la lutte contre le VIH (y compris les soins et traitement) a conduit l'état à prendre ses responsabilités.
- La société civile a participé à toutes les étapes de l'élaboration du PSN 2007-2010 et à pu faire prendre en compte ses préoccupations
- La société civile est représentée dans les instances de décision : CCM, CNLS, PASCI.
- La création du programme spécifique d'appui technique et d'aide à la mobilisation des fonds pour les organisations de la société civile (PASCI) est un exemple d'engagement politique en faveur de la société civile

Cependant, il subsiste des problèmes de représentativité de la société civile qui ne rendent souvent pas compte ou ne transmettent pas aux autres les grandes décisions prises.

2. Le degré de participation des représentants de la société civile au processus de planification et de budgétisation du plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ou au plan d'action actuel sur une échelle de 0 à 5 est de 4 car, la société civile a été responsabilisée pour coordonner les ateliers sectoriels lors de la validation du PSN 2007-2010.

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

3. Le degré d'inclusion des services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH sur une échelle de 0 à 5 est de :

- a. 4 dans les plans stratégiques et les rapports nationaux. En effet, tous les domaines d'interventions sont couverts par la société civile.
- b. 0 dans le budget national car il n'y a pas de ligne budgétaire inscrite dans le budget du CNLS pour l'appui à la société civile
- c. 5 dans les rapports nationaux de lutte contre le sida car l'essentiel des rapports d'activités sont fournis par la société civile

4. Le pays a fait participer la société civile à l'examen national du Plan stratégique national. Cet examen a eu lieu en 2005

Le degré d'implication sur une échelle de 0 à 5 est de :

- a. 3 dans le cadre de l'élaboration du plan national de S&E
- b. 3 dans le cadre de la participation de la société civile aux activités du GRSE
- c. 4 dans le cadre des efforts de S&E au niveau local

Cependant cette participation de la société civile n'est pas totale et n'est visible à tous les niveaux.

5. Le degré de diversité de la représentation du secteur de la société civile dans les efforts de lutte contre le VIH et le sida sur une échelle de 0 à 5 est de 3. En effet, selon les domaines d'interventions, certaines organisations sont surreprésentées, alors que d'autres le sont moins et d'autres encore pas du tout, comme par exemple les organisations des PS.

⇒ Les types d'organisations de la société civile représentés dans les efforts de lutte contre le VIH/Sida sont :

- les organisations des femmes (GF2D, WILDAF, REFAMPT)
- le secteur privé
- les organisations des droits des enfants
- les organisations communautaires de base (OCB)
- les organisations de défense des droits de l'homme (LTDH, CNDH)
- les organisations des personnes vivant avec le VIH (RAS+, EVT)
- les confessions religieuses (OCDI, Union Musulmane, Eglises Protestantes)
- les organisations des jeunes (CONARJES, RAJES, RAJAS, ROJETO, RESPOEV, RASJAD)
- les organisations des travailleurs (CNTT, UNSIT, UGSL, CSTT, GSA)

6. Le degré de possibilité de la société civile d'accéder sur une échelle de 0 à 5 est de :

- a. 2 pour une aide financière suffisante pour mettre en oeuvre ses activités dans le domaine du VIH. Les ressources mobilisées sont insuffisantes pour couvrir tous les besoins.
- b. 2 pour un soutien technique adéquat pour mettre en oeuvre ses activités dans le domaine du VIH. Les associations ne sont que des prestataires et leurs besoins réels ne sont pas pris en compte :

7. A plus de 75%, la société civile assure la mise en oeuvre des programmes et services VIH suivants :

- ⇒ Prévention pour les jeunes
- ⇒ Prévention pour les populations les plus à risque : Consommateurs de drogues injectables, Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Professionnel (le) s du sexe
- ⇒ Réduction de la stigmatisation et de la discrimination
- ⇒ Services cliniques (ART/IO)
- ⇒ Soins à domicile
- ⇒ Programmes pour les OEV

Par contre la société civile n'assure les services du dépistage et conseil qu'entre 25% et 50%.

La note globale attribuée aux efforts visant à accroître la participation de la société civile en 2009 est de 7.

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- Mise en place de PASCI
- Organisation du forum des ONG
- Désignation de la société civile comme bénéficiaire du Round 8 du Fonds Mondial de lutte contre le VIH

Les principaux problèmes sont :

- Difficultés de mise en place d'une faïtière
- Rareté des ressources et absence d'un budget alloué par l'Etat
- Problème de définition d'un cadre d'intervention de la société civile

B.III. Prévention

1. Le pays a recensé les zones de santé dans lesquelles des programmes de prévention du VIH sont nécessaire à travers les enquêtes CAP, les rapports d'activités et la collecte auprès des organisations.

⇒ Les programmes suivants de prévention du VIH sont menés dans la plupart des zones de santé qui en ont besoin : sécurité transfusionnelle, promotion des préservatifs

La note globale attribuée aux efforts engagés pour la mise en oeuvre des programmes de prévention du VIH sur une échelle de 0 à 10 est de 6. Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- Interventions en faveur des MSM
- Projet corridor sur l'axe Abidjan-Lagos
- Campagne de dépistage au cours de la Journée Mondiale de Lutte contre le sida (1er décembre 2009).

Les principaux problèmes sont :

- Faible mobilisation des ressources en faveur de la prévention

B.IV. Traitement, soins et soutien

1. Le pays a identifié les zones de santé où des services de traitement, de soins et de soutien sont nécessaires à partir des enquêtes, l'exploitation des rapports d'activités et de l'extrapolation à partir des données épidémiologiques.

⇒ Les services de traitement, soins et soutien suivants sont menés dans : thérapie antirétrovirale, traitement des IST, prophylaxie par cotrimoxazole parmi les PVVIH, prophylaxie post-exposition.

La note globale attribuée aux efforts engagés des services de traitement, soins et soutien pour le VIH et le Sida sur une échelle de 0 à 10 est de 8. Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- Gratuité des ARV
- Décentralisation de la prescription et de la dispensation des ARV
- Disponibilité des ARV
- Accréditation des structures de PECM.

Les principaux problèmes sont :

- Tendre vers l'Accès Universel
- Poursuivre l'accréditation vers les zones non couvertes
- Rendre gratuit les bilans initiaux
- Rapprocher les laboratoires des CD4 des malades

2. Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH ou au Sida des OEV. Ce document existe au ministère de l'action sociale, mais il ne traite pas spécifiquement des OEV du Sida.

ANNEXE 4 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

- ⇒ Il utilise une définition opérationnelle des OEV (définie au ministère de l'action sociale)
- ⇒ Il a mis au point un plan d'action national destiné expressément aux OEV (mais le plan ne précise pas si ce sont les OEV rendus vulnérables par le Sida)
- ⇒ Il a estimé le nombre d'OEV qui bénéficie des interventions en place

La note globale (sur une échelle de 0 à 10) attribuée aux efforts de mise en œuvre des programmes de traitement, soins et soutien en 2009 est de 3. Les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 sont :

- le financement par le CNLS de l'élaboration de la proposition du Round 9 fonds mondial sur les OEV
- l'appui spécial de la présidence de la république aux OEV infectés et affectés par le VIH

Parmi les problèmes majeurs relevés, il faut noter :

- l'absence de la prise en charge complète des OEV
- Faiblesse de mobilisation des ressources en faveur des actions à l'endroit des OEV

BIBLIOGRAPHIE

- 1- DGSCN, 2006 : Multiples Indicators Cluster Survey
- 2- DGSCN, 2009 : Estimation et Projection de la Population Togolaise
- 3- CNTS ; 2009 : Rapport annuel d'activités du CNTS
- 4- MEPSA / METFP ; 2010 : Etude relative à l'enseignement du VIH dans les programmes de préparation à la vie active, Rapport de recherche, Lomé
- 5- OMS, 2007 : Estimation des cas de Co-infection TB/VIH (<http://www.who.int/tb/country/en>).
- 6- PNLS-IST ; 2009 : Surveillance sentinelle de l'infection à VIH chez les femmes en consultation prénatale
- 7- PNLS-IST ; 2009 : Rapport annuel d'activités du PNLS-IST
- 8- SP/CNLS-IST, 2007 : Etude sur les connaissances et comportements relatifs au VIH et au sida chez les professionnel (le) s du sexe ; Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL
- 9- SP/CNLS-IST, 2007 : Enquête dans les ménages sur les Orphelins et les autres enfants rendus vulnérables (OEV) de 0 à 17 ans; Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL
- 10- SP/CNLS-IST, 2007 : Etude relative à l'enseignement du VIH dans les programmes scolaires de préparation à la active ; Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL
- 11- SP/CNLS-IST, 2007 : Etude sur les connaissances et comportements relatifs au VIH et au sida dans la population générale ; Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL
- 12- SP/CNLS-IST, 2008 : Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS) ; rapport sur les indicateurs de base
- 13- SP/CNLS-IST ; 2009 : Rapport de consultation sur les cibles de l'Accès Universel aux services de Prévention, de Traitement, de Soins et Soutien.
- 14- SP/CNLS-IST ; 2010 : Rapport sur les indicateurs UNGASS relatifs aux Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH)
- 15- SP/CNLS-IST ; 2010 : Rapport sur les indicateurs UNGASS relatifs aux Professionnel(le)s du Sexe (PS)