

PREFACE

En Juin 2011, une décennie après le sommet de l'UNGASS la 65^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies a examiné les progrès réalisés dans la riposte au sida depuis la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH / sida et la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida. Les États membres ont adopté la résolution 65/277, Déclaration politique sur le VIH/sida : « *intensifions nos efforts pour éliminer le VIH/sida* ». Cet accord historique a renouvelé les engagements précédents et a fixé des objectifs concrets assortis d'une liste d'indicateurs pour 2015 dont le Directeur Exécutif de l'ONUSIDA à la charge d'en rendre compte annuellement au Secrétaire Général des Nations Unies.

Le Togo a participé à la 65^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida. Il a adopté la résolution 65/277 et par voie de conséquence s'est engagé dans la voie de l'établissement des "Rapports de progrès pays sur le VIH/sida et de l'Accès Universel".

Le présent document est le cinquième rapport du Togo sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida (Rapport UNGASS 2003 ; 2005 ; 2008 ; 2010). Il est une synthèse de la mesure des indicateurs des actions et engagements nationaux, des connaissances et des comportements ainsi que ceux de l'impact de l'UNGASS.

Ce rapport a été préparé par une équipe restreinte composée des professionnels du Secrétariat Permanent du CNLS, du Programme National de lutte contre le sida, de la Plate forme des ONG, de PSI-Togo, de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du PNUD et de l'ONUSIDA.

Sa préparation a donné l'occasion de réfléchir sur la manière dont la réponse nationale a été menée, les succès enregistrés ainsi que les obstacles qu'il convient de surmonter pour atteindre les objectifs de l'accès universel en 2015. 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.

Sa consolidation a été l'œuvre d'un comité élargi aux représentants des ministères, des membres du Système des Nations Unies, et des acteurs de la société civile.

Le présent rapport de progrès pays 2012 sur le VIH et l'Accès Universel (GARP 2012) a un double intérêt. En plus de servir d'instruments de redevabilité vis-à-vis des différentes parties prenantes, il servira aussi d'outil de plaidoyer pour une mobilisation additionnelle des ressources afin d'accélérer la réalisation des objectifs de l'UNGASS et des OMD.

Le Gouvernement Togolais est heureux de présenter ce rapport au Secrétaire Général de l'ONU et se réjouit à l'idée de recevoir le concours de l'ONUSIDA durant les prochaines années concomitamment avec la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement à l'échelle nationale.

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

SOMMAIRE

Préface.....	i
Table des illustrations.....	iii
Sigles et acronymes.....	iv
GENERALITES.....	6
1. Contexte géographique.....	7
2. Contextes politique, administratif et économique.....	8
3. Contexte démographique.....	9
4. Contexte législatif et programmatique.....	9
CHAPITRE 1 : APERÇU DE LA SITUATION.....	11
1.1. Justification de l'élaboration du rapport de progrès pays sur le VIH/sida et de l'Accès Universel 2012.....	12
1.2. Méthodologie d'élaboration du Rapport de Progrès Pays sur le VIH/sida et de l'Accès Universel (GARP 2012).....	12
1.3. Degré de participation des parties prenantes.....	13
1.4. Financement de l'elaboration du rapport GARP 2012.....	14
CHAPITRE 2 : APERÇU DE L'EPIDEMIE DU SIDA.....	16
2.1. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes.....	17
2.2. Prévalence du VIH dans la population générale.....	19
2.3. Prévalence du VIH au sein des groupes spécifiques.....	20
CHAPITRE 3 : APERÇU DE LA RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA.....	22
3.1. Riposte au plan politique.....	23
3.2. Riposte au plan programmatique.....	26
CHAPITRE 4: MEILLEURES PRATIQUES.....	35
CHAPITRE 5: PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES.....	39
5.1. Progrès réalisés pour apporter des mesures correctrices aux principaux obstacles au cours du dernier rapport UNGASS.....	40
5.2. Mesures concrètes prévues pour contourner ces obstacles en 2012.....	40
5.3. Obstacles ayant entravé la riposte nationale entre 2010 et 2011.....	40
5.4. Mesures correctrices.....	42
CHAPITRE 6: SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT.....	43
6.1. Appui technique.....	44
6.2. Appui financier.....	44
CHAPITRE 7: SUIVI ET EVALUATION.....	45
7.1. Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation.....	46
Bibliographie.....	49
Annexes.....	50

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux

Tableau 1 : Répartition de la pauvreté entre milieu rural et milieu urbain par région	8
Tableau 2 : Récapitulatif des indicateurs de l'UNGASS.....	15
Tableau 3 : Quelques données d'impact du VIH entre 2006-2009.....	21
Tableau 4 : Répartition des dépenses par année et par domaines prioritaires	25
Tableau 5 : Sources de financement des dépenses extérieures de sida entre 2009 et 2010 au Togo	44

Figures

Figure 1 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans de 2003 à 2010.....	17
Figure 2 : Evolution de la prévalence du VIH chez les adultes dans la population	19
Figure 3 : Evolution de l'incidence (nouvelles infections) du VIH au Togo entre 1972 et 2015 ..	20
Figure 4 : Répartition des dépenses de la lutte contre le VIH et le sida selon les sources de financement de 2009 à 2010.....	24
Figure 5 : Programmes de prévention destinés aux Professionnelles du Sexe.....	28
Figure 6 : Evolution des cas dépistés entre 2006 et 2011	30
Figure 7 : Evolution du nombre de femmes enceintes dépistées dans les sites PTME de 2006 à 2011	31
Figure 8 : Tendances évolutives de la distribution de préservatifs par année	32
Figure 9 : Répartition en pourcentage des malades tuberculeux ayant effectué le test de dépistage du VIH et la fréquence des séropositifs par région sanitaire en 2011	34

Encadres

Encadré 1 :	9
Encadré 2 :	10
Encadré 3 :	10
Encadré 4 : Meilleure pratique 1	36
Encadré 5 : Meilleure pratique 2	37
Encadré 6 : Meilleure pratique 3	37
Encadré 7 : Meilleure pratique 4	38

Cartes

Carte 1 : Carte administrative du Togo	7
Carte 2 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par région en 2010.....	18

SIGLES ET ACRONYMES

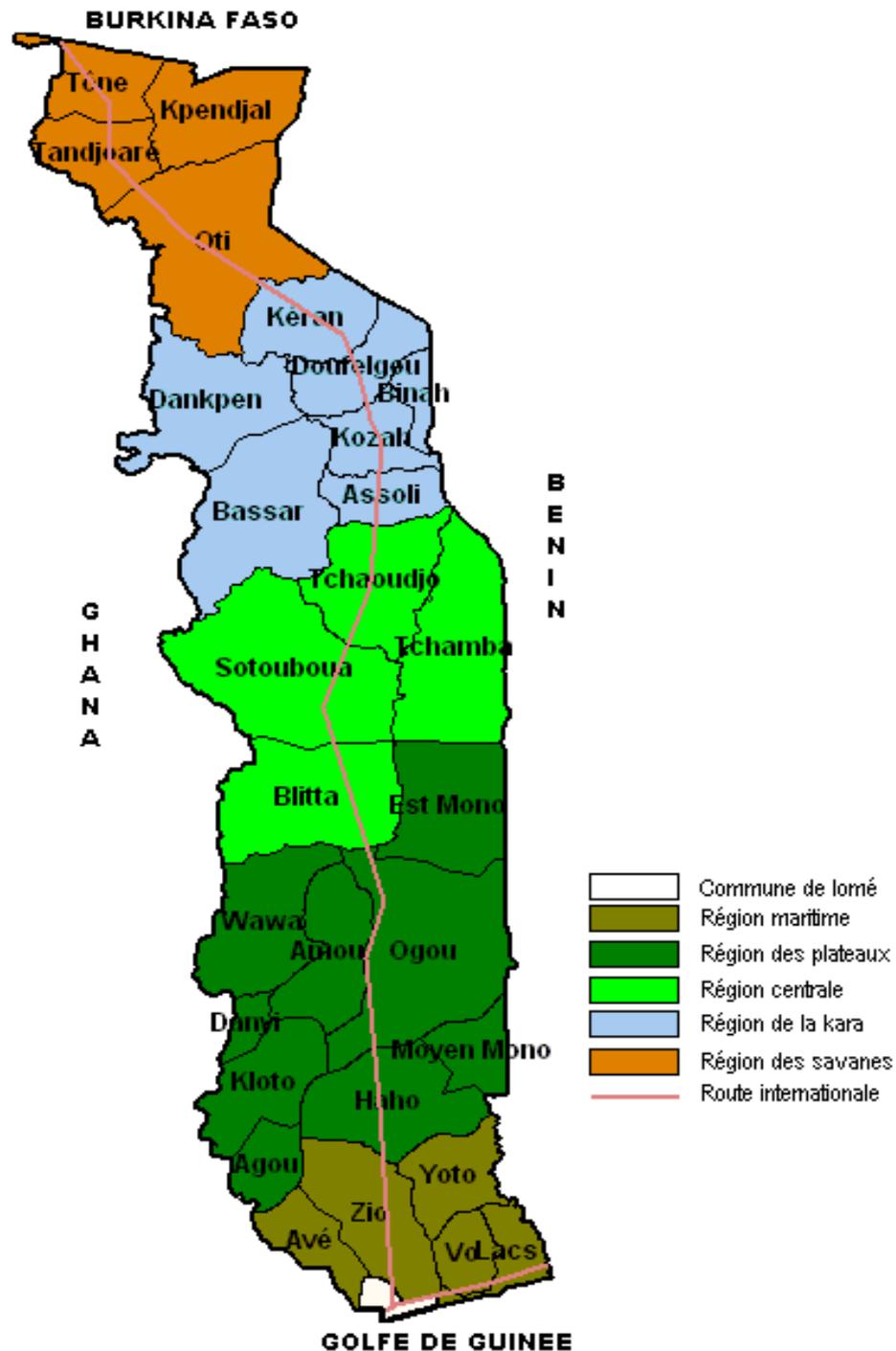
AES	Accident d'Exposition au Sang
ARV	Anti Rétro Viraux
BM	Banque Mondiale
CAP	Connaissances, attitudes, Pratiques
CARMMA	Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CCC/SR	Communication pour le Changement de Comportement et pour la Santé Reproductive
CCM	Country Coordinating Mechanism
CDI	Consommateurs de Drogue jetable
CDV	Centres de Dépistage Volontaire
CEDEAO	Communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des femmes
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLS-IST	Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPLS-IST	Conseil Préfectoral de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement
CRLST-IST	Conseil Régional de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement
DGSCN	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DISER	Division Informatique Statistique et Recherche
DSRP	Document de Stratégie de réduction de la Pauvreté
DSRP-C	Document Complet de Stratégie de réduction de la Pauvreté
EPP	Estimation et Projection de Population
EVT	Espoir Vie Togo
GARP	Global Aids Response Progress
GRSE	Groupe de Référence en Suivi-Evaluation
HCR	Haut Conseil des Nations Unies
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes
IDU	Utilisateur de Drogue Injectable
IO	Infections opportunistes
ISF	Indice synthétique de fécondité
MARP	Most-at-risk Populations
MICS4	Multiple Indicators Clusters Survey
NASA	National Aids Spending Assessment
NCPI	National Commitments and Policy Instrument
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OHP	Opération Haute protection
OMD	Objectif du millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementales
ONU	Organisation des Nations Unies

ONU DC	Organisation des Nations Unies pour le Développement
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PCR	Réaction de Polymérisation en Chaîne
PECM	Prise En Charge Médicale
PNLS-IST	Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTÉ	Estimation des Flux des Ressources et Dépenses Nationales de lutte contre le sida
PS	Professionnels du Sexe
PSI	Population Service International
PSVVIH	Professionnels de Sexe Vivant avec le VIH
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
QUIBB	Questionnaire Unique des indicateurs de Base du Bien-Etre
REDES	Estimation des Flux des Ressources et Dépenses Nationales de lutte contre le sida
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RST	Regional Support Team
SA	Services Adaptés
SIDA	Syndrome de l'Immuno-déficience acquise
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNTS	Service National de Transfusion Sanguine
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement
TB/VIH	Co-infection Tuberculose VIH
UNDAF	Plan Cadre d'Assistance des Nations Unies pour le développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine

GENERALITES

1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest ayant une superficie de 56 785 Km². Il est limité par le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, le Burkina Faso au nord et s'ouvre au sud sur le Golfe de Guinée par un littoral de 50 km. Sa capitale est Lomé.



Carte 1 : Carte administrative du Togo

2. CONTEXTE POLITIQUE, ADMINISTRATIF ET ECONOMIQUE

2.1 Organisation politique et administrative

Le contexte politique a été marqué par des troubles socio-politiques au début des années 1990 entraînant ainsi la suspension de la coopération internationale. Mais d'importantes réformes politiques ont été entreprises depuis 2006 ayant permis la normalisation des relations avec les principaux partenaires au développement.

Sur le plan administratif, le Togo compte cinq régions (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime), 35 préfectures, 1 sous-préfecture. Sur le plan sanitaire, il existe six régions : 5 régions sanitaires calquées sur les régions administratives et Lomé érigée en une 6^{ème} région sanitaire et subdivisée en 5 arrondissements ou districts

2.2. Aperçu économique et social

La situation économique togolaise est marquée par une croissance économique de plus en plus forte (3,7% en 2010 et 4,1% en 2011¹), résultats des efforts que réalise le gouvernement en matière de réformes économiques et sociales depuis 2008. Ces réformes ont permis d'atteindre le point de décision de l'Initiative Pays Pauvre Très Endetté (PPTTE) en novembre 2008 et le point d'achèvement de l'Initiative PPTTE en décembre 2010, ce qui a pour conséquence l'annulation de la dette publique extérieure du Togo de 95%. Ces annulations ont amélioré la capacité d'endettement du pays ouvrant ainsi la voie à de nouvelles ressources multilatérales et bilatérales qui sont essentielles pour financer la stratégie de réduction de la pauvreté.

Toutefois, la croissance enregistrée s'avère encore insuffisante pour réduire significativement la pauvreté². Le contexte social est marqué par un revenu par tête d'habitant bas (410 USD en 2008 contre 818 USD pour l'Afrique sub-saharienne) et une incidence élevée de la pauvreté.

L'incidence de la pauvreté a été estimée à 61,7 % en 2006 sur le plan national avec d'importantes disparités. La pauvreté est essentiellement rurale (79,7% contre 36,4% en zone urbaine). Elle est beaucoup plus marquée dans les régions Centrale, Kara et Savanes (tableau 1). Elle touche 84,5 % de la population dans la région centrale, 81,8% de la population dans la région de la Kara et 94,3% des individus dans la région des Savanes, qui demeure la région où l'incidence est la plus élevée au Togo.

Tableau 1 : Répartition de la pauvreté entre milieu rural et milieu urbain par région

Incidence de la pauvreté monétaire par milieux de résidence selon les régions (en %)							
	Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	National
Milieu urbain	24,5	54,3	36,5	60,2	60,9	76,8	36,6
Milieu rural	-	71,1	60,2	84,0	80,0	92,4	74,3
Ensemble	24,5	69,4	56,2	77,7	75,0	90,5	61,7

Source: Enquête QUIBB, 2006

Par ailleurs, la faiblesse des niveaux d'instruction et l'analphabétisme des femmes en âge de procréer poussent à la précocité de l'entrée en union et à la grande multiparité, favorisant ainsi

¹ Rapport du PNUD, rédigé dans le cadre de la préparation du forum du DRSP II, Décembre 2011

² Selon les simulations réalisées en 2007 avec les données de l'enquête QUIBB de 2006, il faudrait une moyenne de 6 à 7% de croissance annuelle et réduire les inégalités régionales afin d'avoir des retombées sur la réduction de la pauvreté et sur le bien-être des populations

la persistance d'autres pratiques traditionnelles qui sont défavorables à la santé. Enfin, la pauvreté figure parmi les principaux déterminants de la croissance rapide de la pandémie de l'infection à VIH car, entre autres, elle force de nombreuses personnes, notamment les jeunes femmes et filles dans le besoin à adopter des comportements à risque tels que la prostitution.

La principale conséquence qui découle de ce qui précède porte sur la faible probabilité d'atteindre la plupart des OMD à l'horizon 2015 si les tendances actuelles se maintiennent.

3. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

Selon les résultats du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de novembre 2010, la population du Togo est évaluée à 6 191 155 habitants dont 3 009 095 hommes (48,6 %) et 3 182 060 femmes (51,4 %) .25 % des femmes sont en âge de procréer (15 à 49 ans). Les caractéristiques de cette population sont : une prépondérance des moins de 25 ans (environ 60 %) dont 18,6 % des jeunes de 15 à 24 ans, une croissance démographique de 2,84 % par an, une forte concentration dans la Région Maritime (41,7 %) et un indice synthétique de fécondité (ISF) élevé (4,1 enfants/femme).

Les caractéristiques de la population togolaise posent d'énormes défis pour l'offre de services en matière de santé, de scolarisation, de création d'emplois, d'hygiène et d'assainissement.

4. CONTEXTE LEGISLATIF ET PROGRAMMATIQUE

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de la IV^{ème} République Togolaise du 14 octobre 1992 qui dispose en son article 34 que « *l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir* ».

Le Togo a souscrit à plusieurs engagements internationaux relatifs aux droits humains et à ceux spécifiques à la santé et au VIH.

Encadré 1 :

ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX RELATIFS AUX DROITS HUMAINS, A LA SANTE ET AU VIH PRIS PAR LE TOGO

- la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida issue de la Session spéciale des Nations Unies sur le Sida (UNGASS) en 2001 et la Déclaration de Politique sur le VIH/sida de 2006 ;
- la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement ;
- la Déclaration de Maputo (Mozambique 2006) sur l'Année d'Accélération de la Prévention dans la Région africaine.
- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;
- la Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) ;
- la Convention sur les Droits de l'Enfant ;
- la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples ;
- la Déclaration du Millénaire relative à l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement par l'ONU pour 2015, New York, 2000 ;
- l'engagement du sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA de porter le budget de la santé à au moins 15 % du budget des Etats (Déclaration d'Abuja 2001) ;
- les Priorités du Programme Mondial d'Action Sanitaire, OMS 2006-2015 ;
- le Partenariat International pour la Santé et initiatives apparentées (IHP+) en septembre 2007 ;
- l'Initiative Africaine pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Addis-Abeba, Ethiopie, mai 2009 ; et les Orientations stratégiques 2010-2015, Région Africaine de l'OMS.

Le Togo a par ailleurs pris des textes législatifs en faveur de l'amélioration de la santé des populations et de la lutte contre le VIH et a adhéré à différents documents de politiques et stratégies.

Encadré 2 :

TEXTES LEGISLATIFS ET AUTRES INITIATIVES PRIS PAR LE TOGO POUR L'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA POPULATION ET LA LUTTE CONTRE LE VIH

- Loi n°2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction ;
- Loi n°2010-018 du 31 décembre 2010 modifiant la loi N°2005-012 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA ;
- Loi n° 2011-003 de mars 2011 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés ;
- Ordonnance n° 80-16 du 31 janvier 1980 portant Code Togolais des Personnes et de la Famille ;
- Loi N°2006- du 5 décembre 2006 portant Code du Travail ;
- Gratuité des ARV pour les PVVIH décrétée le 17 novembre 2008 ;
- Subvention de la césarienne depuis mai 2011.

Encadré 3 :

POLITIQUES ET STRATEGIES INTERNATIONALES AUXQUELLES LE TOGO A ADHERE OU ELABORE

- Déclaration de politique à la réunion de haut niveau de juin 2011 « unir nos efforts pour éliminer le VIH et le sida » ;
- Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 « les 3 zéros » ;
- Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Plan Stratégique Régional de la CEDEAO 2012-2016

- le Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C) 2009-2011 ;
- la politique nationale des interventions à base communautaire ;
- la politique et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles, 2009 ;
- la stratégie nationale de l'Accès Universel aux services de traitement, soins et appui ;
- la stratégie nationale de développement à long terme basée sur les OMD ;
- le plan stratégique de développement du système transfusionnel Togolais 2010-2014 ;

CHAPITRE 1
APERÇU DE LA SITUATION

1.1. Justification de l'élaboration du rapport de progrès pays sur le VIH/sida et de l'Accès Universel 2012

En Juin 2011, la 65^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies a examiné les progrès réalisés dans la riposte au sida depuis la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH / sida et la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida. Les États membres ont adopté la résolution 65/277, Déclaration politique sur le VIH/sida : « *intensifions nos efforts pour éliminer le VIH/sida* ». Cet accord historique a renouvelé les engagements précédents et fixé des objectifs concrets assortis d'une liste d'indicateurs pour 2015 dont le Directeur Exécutif de l'ONUSIDA a la charge d'en rendre compte annuellement au Secrétaire Général des Nations Unies.

Le Togo en participant à cette 65^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida a adopté la résolution 65/277 et par voie de conséquence s'est engagé de continuer à établir des "Rapports de progrès pays sur le VIH/sida et de l'Accès Universel" comme les éditions précédentes (Rapport UNGASS 2003 ; 2005 ; 2008 ; 2010). La prochaine édition de ce rapport est Mars 2012.

En plus de servir d'instruments de redevabilité vis-à-vis des différentes parties prenantes, le "Rapport de progrès pays sur le VIH/sida et de l'Accès Universel" servira aussi d'outil de plaidoyer pour une mobilisation additionnelle des ressources afin d'accélérer la réalisation des objectifs de l'UNGASS et des OMD.

C'est dans cette perspective que le Togo a lancé le processus d'élaboration du "Rapport de progrès pays sur le VIH/sida et de l'Accès Universel 2012". Ce processus a été participatif et s'est déroulé en 4 principales étapes.

1.2. Méthodologie d'élaboration du Rapport de Progrès Pays sur le VIH/sida et de l'Accès Universel (GARP 2012)

Le processus d'élaboration du "Rapport GARP 2012" s'est inscrit dans le cadre de la feuille de route du processus d'élaboration du "*Rapport d'activités sur la riposte au sida dans le monde en 2012*". Ce processus a suivi les étapes clés suivantes: (i) information des parties prenantes sur le processus du rapport GARP 2012 ; (ii) collecte des données, (iii) rédaction du rapport narratif, (iv) Consolidation et validation du rapport ; (v) saisie des données consolidées et soumission en ligne du rapport pays GARP 2012.

1.2.1. Phase d'information

Suite à l'atelier d'orientation tenu à Dakar (Sénégal) du 15 au 17 février 2012, une réunion d'information avec le Groupe de Référence Suivi et l'Evaluation (GRSE) sur le processus GARP 2012 été tenue. Cette réunion a permis d'inventorier les besoins en données à collecter afin de combler les lacunes des rapports précédents ; 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 y afférentes.

1.2.2. Phase de la collecte des données

La méthodologie de collecte adoptée 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 la triangulation des données provenant de sources différentes et la concertation avec les différentes parties prenantes. 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 Evaluation du Bureau Pays ONUSIDA.

1.2.3. Phase de rédaction du rapport narratif

Le rapport narratif a été rédigé sur la base des données collectées par un consultant national appuyé par une équipe restreinte multisectorielle de 12 membres. Il s'est agi de faire des analyses et commentaires sur le niveau d'atteinte des indicateurs. Les performances atteintes par rapport aux années antérieures ont été également analysées.

1.2.4. Consolidation et validation technique du rapport

Une séance de travail tenue le 29 mars 2012 sous la coordination du SP/CNLS-IST réunissant un groupe restreint composé des cadres du SP/CNLS-IST, du PNLIS-IST, de l'ONUSIDA, de la Plate forme de la Société Civile et de quelques membres du GRSE a permis de consolider le 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 séance³.

1.2.5. Saisie en ligne des données et soumission du rapport GARP 2012

Une fois les données du rapport narratif consolidées au cours de l'atelier de validation technique, les données ont été corrigées puis saisies par une équipe binôme mise en place pour la cause. La saisie a été effectuée au cours de la journée du samedi 31 mars et les données revues de bout en bout avant la soumission du rapport global GARP 2012 par internet.

1.3. Degré de participation des parties prenantes

Les mécanismes de participation des partenaires, recommandés pour la préparation de ce rapport national, ont été pris en compte. Ceux-ci incluent la consultation des organisations non gouvernementales, des personnes vivant avec le VIH, des secteurs publics et privés et des agences des Nations Unies et de coopération multilatérale et bilatérale.

L'élaboration du rapport est passée par plusieurs étapes menées en concertation avec les différents partenaires et avec la collaboration étroite et l'appui de l'ONUSIDA :

³ Il n'a pas été possible d'organiser un atelier national de validation élargi à tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le sida avant la soumission du rapport le 31 mars 2012.

- Mise en place d'un comité de rédaction du rapport GARP 2012 au sein du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le sida et définition du processus et des étapes pour l'élaboration du rapport ;
- Recrutement d'un consultant national pour appuyer toutes les étapes de la préparation du rapport ainsi que la préparation et l'organisation de l'atelier de consensus ;
- Conduite d'entretiens qui ont concerné 35 partenaires et acteurs de terrain sur le questionnaire NCPI ;
- Recueil des données sur les activités à travers les rapports d'activités du Programme National de lutte contre le sida et d'autres acteurs ;
- Exploitation des données des études comportementales réalisées auprès des jeunes, des OEV, des femmes et des populations exposées en collaboration avec les partenaires concernés ;
- Synthèse des données disponibles et calcul des indicateurs de suivi et évaluation recommandés ;
- Elaboration d'un rapport narratif ;
- Organisation d'une réunion de consolidation et de validation technique du rapport ;
- Soumission de la version finale du rapport en ligne.

1.4. Financement de l'élaboration du rapport GARP 2012

L'élaboration du présent rapport GARP 2012 a bénéficié de l'apport financier de l'Etat (CNLS-IST) et des partenaires tels que le PNUD et l'ONUSIDA.

Tableau 2 : Récapitulatif des indicateurs de l'UNGASS

OBJECTIFS	CIBLES	CO DE	INDICATEURS	SOURCES	ANN EE	VALEUR
Objectif 1. : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	Jeunes 15-24 ans	1.1.	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	Etude CAP/ Prevalence	2010	T : 43,17 % H :46,26 % F : 40,23 %
		1.2.	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	Etude CAP/ Prevalence	2010	T : 8,81 % H : 9,70% F : 7,98 %
	Adultes de 15 a 49 ans	1.3.	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Etude CAP/ Prevalence	2010	T : 11,30 % H : 20,03 % F : 3,29 %
		1.4.	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	Etude CAP/ Prevalence	2010	T : 36,77 % H : 34,18 % F : 51,55 %
		1.5.	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Etude CAP/ Prevalence	2010	T : 12,94 % H : 12,10 % F : 13,72 %
	Jeunes 15-24 ans	1.6.	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	Surveillance sentinelle	2010	T : 1,56 %
	PS	1.7.	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	Sérosurveillance chez les PS	2011	T : 84,09 %
		1.8.	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Sérosurveillance chez les PS	2011	T : 91,23 %
		1.9.	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Sérosurveillance chez les PS	2011	T : 57,69 %
		1.10.	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	Sérosurveillance chez les PS	2011	T : 13,11 %
	HSH	1.11.	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	Sérosurveillance chez les HSH	2011	ND
			Pourcentage de HSH ayant répondu « oui » a "Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?"			T=89,08%
		1.12.	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	Sérosurveillance chez les HSH	2011	T=47,01%
		1.13.	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Sérosurveillance chez les HSH	2011	T=54,59%
1.14.	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	Sérosurveillance chez les HSH	2011	T=20,37%		
Objectif 2. : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables	CDI	2.1.	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	Sérosurveillance chez les CDI	2011	ND
		2.2.	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	Sérosurveillance chez les CDI	2011	T=36,84% H=36,84%
		2.3.	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	Sérosurveillance chez les CDI	2011	ND
		2.4.	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Sérosurveillance chez les CDI	2011	T=0,0%
		2.5.	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	Sérosurveillance chez les CDI	2011	T=0,0%
Objectif 3. : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida1	Femme enceinte	3.1.	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant			T=46,05%
		3.2.	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie			T=13,82 %
		3.3.	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	SPECTRUM	2011	24,9%
Objectif 4. : D'ici à 2015, assurer un traitement ARV à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	PVVIH	4.1.	Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*			35,53%
		4.2.	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale			T=87,10%
Objectif 5. : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les PVVIH	PVVIH	5.1.	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH		2010	T=46,95%
Objectif 6. : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	ND	6.1.	Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et source de financement	RAPPORT REDES	2009 2010	2009 : 7 550 183 718 Fcfa 2010 : 11 442 874 593 Fcfa
Objectif 7. : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement	ND	7.1.	Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	NCPI SP/CNLS-IST	2012	
	Femme de 15 a 49 ans	7.2.	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	MICS 4	2010	T=21,82 %
	OEV/non OEV	7.3.	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	MICS4	2010	Partie A: 77.05 % Partie B: 89.02 %
	Ménages les plus pauvres	7.4.	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	QUIBB	2006	T=9,88 %

CHAPITRE 2

**APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE
DU SIDA**

Depuis la découverte des premiers cas de sida en 1987, aucune enquête de prévalence ou de sérosurveillance du VIH n'a pu être réalisée au sein de la population générale au Togo. Néanmoins, la surveillance épidémiologique du VIH est faite à travers le dispositif de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, les donneurs de sang, les malades tuberculeux et les « hommes en uniformes ». Cette surveillance n'est pas systématisée dans les groupes MARPs (professionnels de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, détenus et consommateurs de drogues par voie injectable) bien qu'une étude de sérosurveillance du VIH ait été réalisée au sein de ce groupe en 2011.

Cette partie sur l'aperçu de l'épidémie de sida prend alors appui sur les données des enquêtes MARPs réalisées en 2011, les données de routine et celles de la surveillance sentinelle des femmes enceintes.

2.1. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes

La surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans en consultations prénatales montre une stabilité de la prévalence entre 2006 et 2010 mais on a noté une baisse significative de 27% de la prévalence entre 2003 et 2010 (4.8% vs 3.5%).

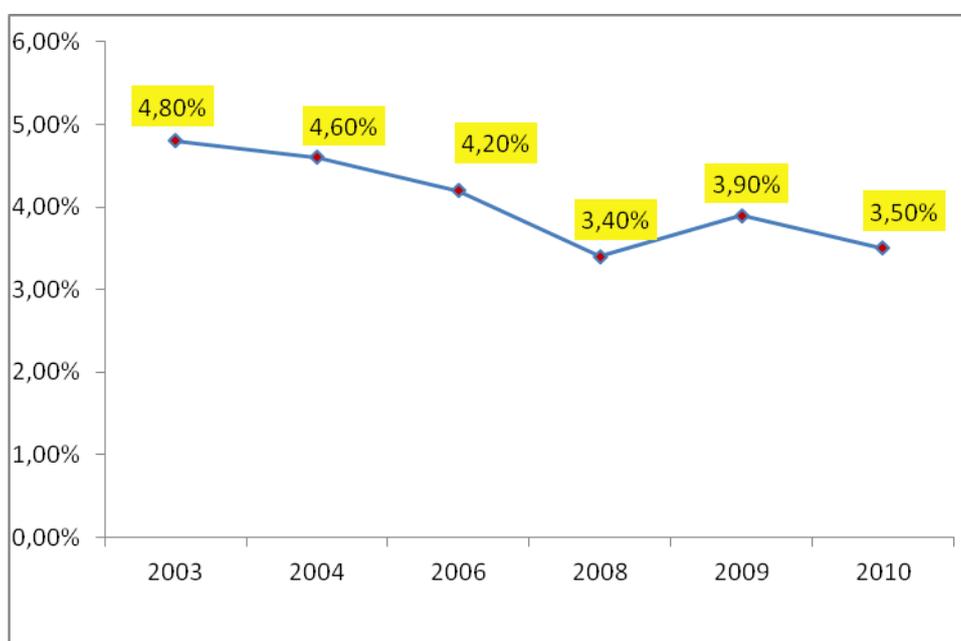
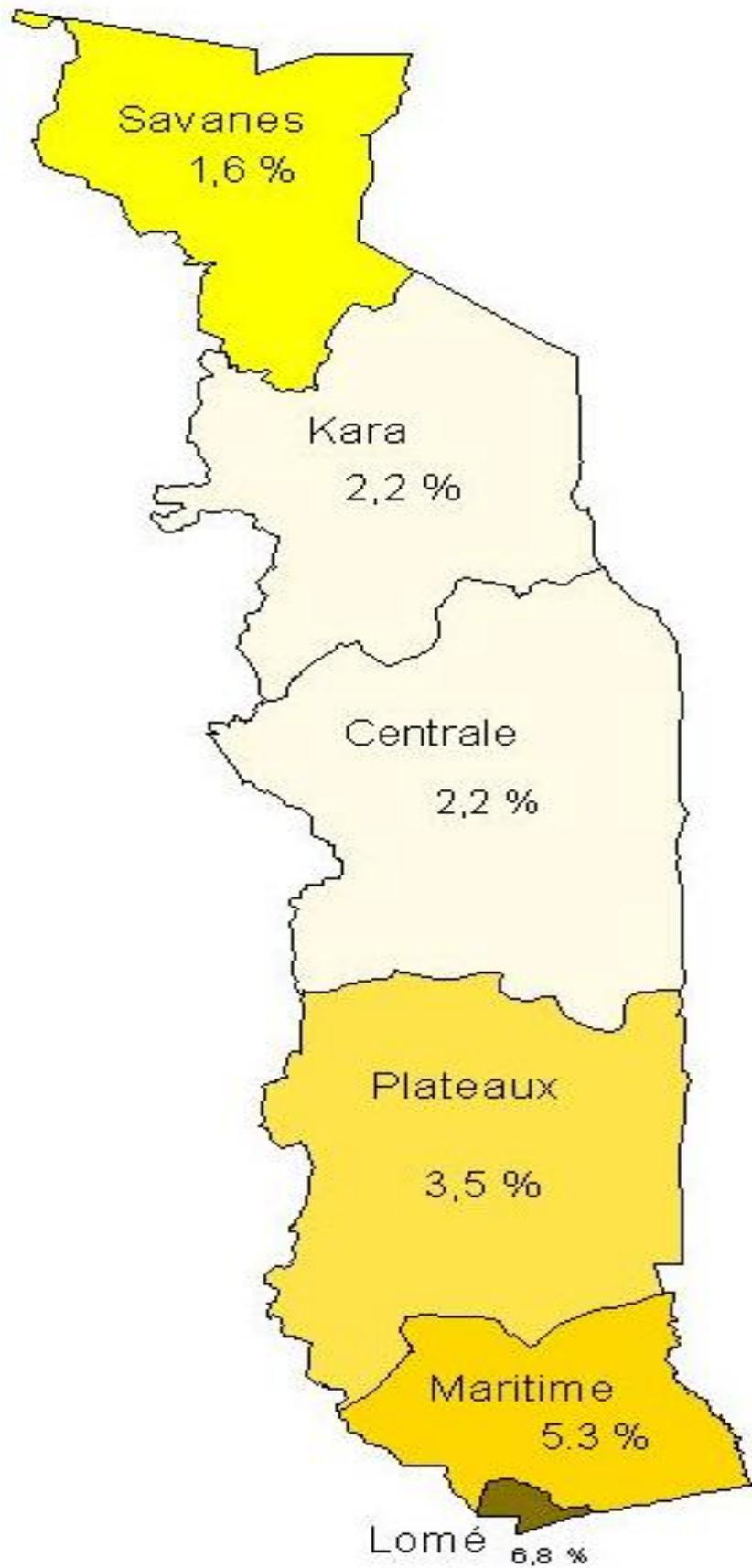


Figure 1 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans de 2003 à 2010

Cette prévalence reste plus élevée en milieu urbain (4,4 %) qu'en milieu rural (2,3 %)⁴. Selon les régions administratives, la carte ci-dessous indique qu'avec une prévalence de 6,8%, c'est la région Lomé-Commune qui est la plus touchée, suivie à l'intérieur du pays par les Régions Maritime et Plateaux, avec des prévalences respectives de 5,3% et 3,5% ; ce qui dénote d'un gradient décroissant de prévalence du sud vers le nord (6,8 % dans Lomé-commune et 1,6 % dans les Savanes).

⁴ Rapport PNLS, 2010



Carte 2 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par région en 2010

2.2. Prévalence du VIH dans la population générale

Au Togo, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 3,2 % (Rapport ONUSIDA 2010) et chez les jeunes de 15-24 ans à 1,52 % (2,4 % chez les jeunes filles et 0,6 % chez les jeunes garçons selon l'étude CAP/prévalence du VIH réalisée en 2010,). L'épidémie est de type généralisé avec des disparités entre les groupes de population, entre les différentes régions du pays et entre les sexes.

Le contexte épidémiologique du Togo est marqué par une féminisation de l'épidémie ; sur 100 adultes vivant avec le VIH, un peu plus de 60 sont de sexe féminin (figure 2).

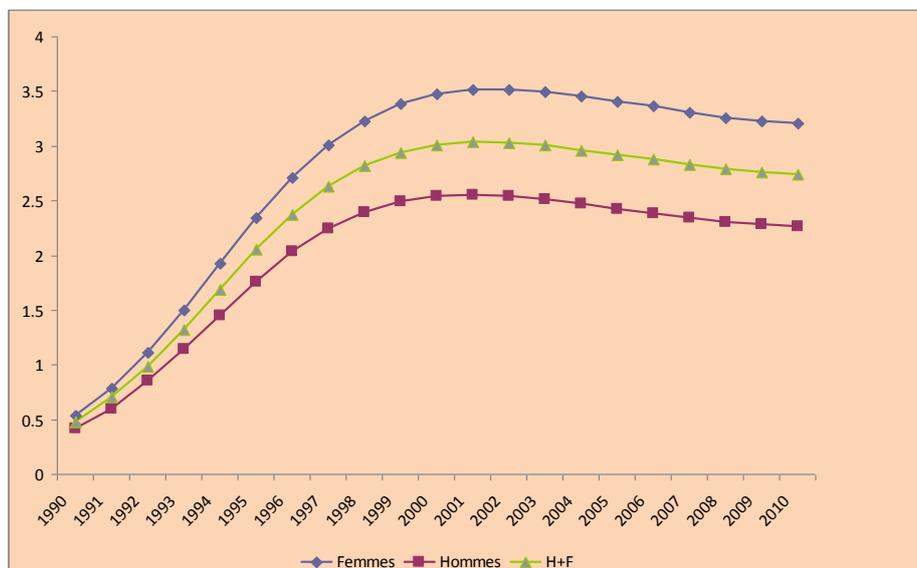


Figure 2 : Evolution de la prévalence du VIH chez les adultes dans la population générale au Togo entre 1990 et 2010 (EPP/Spectrum 2010)

La tranche d'âge (15-49 ans) considérée comme sexuellement active est la plus touchée par l'épidémie. La prévalence reste élevée chez les enfants nés de mères séropositives (7,5 %) en 2010, révélatrice de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

L'évolution de l'épidémie a connu 2 phases : une phase d'accroissement qui va jusqu'en 2004 et une phase de stabilisation à partir de 2005.

Incidence de l'infection à VIH

Le nombre estimé de cas annuels de nouvelles infections par le VIH a connu une croissance exponentielle jusqu'en 2002 puis une diminution progressive depuis 2003. Selon le rapport ONUSIDA 2010, les nouvelles infections sont estimées à 10 000 cas en 2009. On note une tendance à la progression de l'épidémie du milieu urbain vers le milieu rural en terme de contamination (figure 3). Néanmoins il faut noter que le Togo fait partie des pays de l'Afrique Subsaharienne où le taux d'incidence de l'infection à VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009.

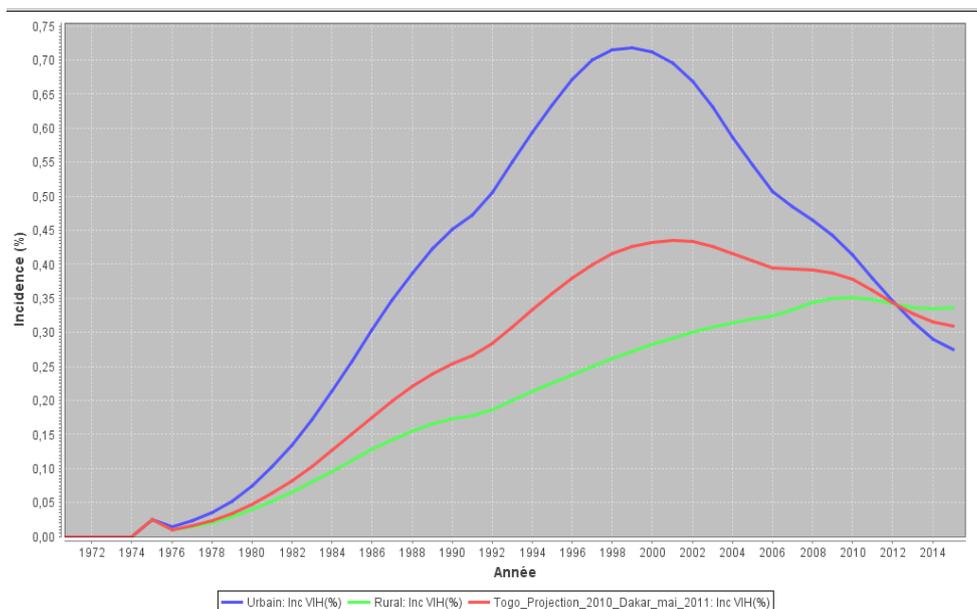


Figure 3 : Evolution de l'incidence (nouvelles infections) du VIH au Togo entre 1972 et 2015

2.3. Prévalence du VIH au sein des groupes spécifiques

2.3.1. Malades tuberculeux (Co-infection VIH/TB)

Le taux de dépistage du VIH chez les malades tuberculeux qui était de 63 % en 2009 est passé à 78 % en 2010 et à 87 % en 2011. La séroprévalence du VIH observée chez ces patients TB est en légère baisse : 28 % en 2010 et 25 % en 2011.

2.3.2. Professionnelles du Sexe et leurs clients

La séroprévalence du VIH chez les professionnelles de sexe est en baisse : 13,1% en 2011 contre 29,5 % en 2005. Celle chez leurs clients est de 2,5 % en 2011 contre 5,5 % en 2005. En 2011, la région de Lomé a enregistré la plus forte prévalence du VIH chez les PS (19,4 %).

2.3.3. Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

La première enquête de séroprévalence du VIH réalisée en 2011 chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes a révélé une prévalence de 20,3 %.

2.3.4. Usagers de drogues injectables

La première enquête de séroprévalence du VIH chez les Usagers de drogues injectables au Togo a été réalisée en 2011. La prévalence observée était de 5,5 %.

2.3.5. Prisonniers

A ce jour, deux enquêtes de prévalence du VIH ont été menées en milieu carcéral au Togo. La première réalisée en 2008 à la maison d'arrêt de Lomé a permis de retrouver une prévalence de 7,6 %. La seconde réalisée en 2011 qui a été étendue à 12 prisons du pays indique une prévalence du VIH de 4,9% dans la maison d'arrêt de Lomé et une prévalence globale du VIH de 4.3%.

2.3.6. «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).

2.3.7. Donneurs de sang

La politique de fidélisation des donneurs de sang bénévoles a permis de réduire 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 1,05 % en 2010. 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, 1,2 % en 2008 et 1,05 % en 2010.

2.3.8. Impact du VIH et du sida sur la population

L'impact humain et social de l'épidémie du VIH est important. Les estimations à partir des logiciels Estimation Projection Package (EPP) et Spectrum révèlent que la prévalence du VIH dans la population des 15 à 49 ans se situe autour de 3,2 % en 2010, avec 120 000 PVVIH adultes et enfants, soit 69 000 femmes et 51 000 hommes dont 11 000 enfants de 0 à 14 ans. Le nombre de personnes vivant avec le VIH croît au fil des années.

Le nombre de nouvelles infections est estimé à 10 000 cas en 2009. Les besoins en ARV restent toujours croissants.

Mais avec l'augmentation de la survie des PVVIH imputable en grande partie aux traitements ARV et à la gratuité des ARV, ces dernières années ont été marquées par une réduction du nombre de décès dans la population des personnes infectées se situant à près de 7 700 en 2010⁵. En outre, on assiste à un accroissement important du nombre d'orphelins liés au Sida. Estimé à 53 000 en 2006, ce nombre se situerait à près de 66 000 en 2010.

Tableau 3 : Quelques données d'impact du VIH entre 2006-2009

	2006	2007	2008	2009
Population VIH+	120 000	120 000	120 000	120 000
Hommes	50 182	49 091	48 000	46 909
Femmes	69 818	70 909	72 000	73 091
Prévalence (15-49 ans)	3,3%	3,3%	3,2%	3,2%
Nouveaux cas de VIH	11 000	11 000	11 000	10 000
Décès annuels dus au SIDA	8 000	8 400	8 300	7 700
Orphelins du SIDA	53 000	59 000	63 000	66 000
Besoin total thérapie ARV (Enfants et adultes)	20 700	23 900	27 200	44 400

Source : ONUSIDA, Estimations EPP/SPECTRUM 2010

⁵ Source : PNLS, Rapport EPP-SPECTRUM 2009

CHAPITRE 3

APERÇU DE LA RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

3.1. Riposte au plan politique

3.1.1. Organisation de la lutte contre le VIH

Depuis la découverte des 1^{ers} cas de sida au Togo, l'engagement de l'Etat s'est manifesté sur le plan institutionnel par la création en 1987 d'un Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), la mise en place d'un Programme National de Lutte contre le Sida et l'élaboration de différents plans de lutte contre le sida. En 2001, le gouvernement togolais s'est engagé dans une approche multisectorielle et pluridisciplinaire de la lutte contre le sida en créant par décret présidentiel N° 2001-173/PR du 11 octobre 2001, le Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST). De composition multisectorielle, le CNLS est présidé par le Chef de l'Etat, Président de la République. Le CNLS a des démembrements régionaux (CRLS-IST) et préfectoraux (CPLS-IST) présidés respectivement par les Préfets des chefs lieux de région et chefs lieux de préfectures.

Ses missions sont de définir les orientations politiques, mobiliser les ressources, évaluer l'efficacité de la lutte et approuver les budgets et programmes annuels d'actions.

Le CNLS-IST est opérationnel à travers son Secrétariat Permanent. Il est reconnu par tous les acteurs et partenaires comme la seule autorité nationale de coordination de la lutte contre le sida. Grâce à son leadership, la réponse nationale au VIH était depuis 2001 organisée autour de deux cadres d'intervention multisectoriels : le Cadre Stratégique National contre le sida 2001-2005 et le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2007-2010.

La coordination, le leadership et la gestion économique de la lutte contre le VIH ont été les principales fonctions exercées par le CNLS-IST en termes de gouvernance nationale de la réponse au VIH. De 2007 à 2009, le CNLS-IST a tenu 3 sessions ordinaires présidées par le Chef de l'Etat, Président du CNLS-IST et une session extraordinaire présidée par le Ministre de la Santé, 2^{ème} Vice-président du CNLS-IST et de 2010 à 2011 aucune session n'a été tenue. . Les principales décisions prises au cours de ces différentes sessions ont concerné :

- l'adoption du PSN 2007-2010 ;
- la prise en compte des minorités sexuelles et des consommateurs de drogues dans les programmes de lutte contre le sida ;
- la gratuité des ARV ;

Aussi, dans le cadre du suivi de la Déclaration d'Engagement de l'UNGASS 2001, 3 rapports ont été élaborés de 2007 à 2012 dont 2 entre 2010 et 2012. Les capacités du SP/CNLS-IST ont été renforcées au cours de la période en infrastructures et en ressources humaines.

3.1.2. Rôle des secteurs dans la mise en œuvre du PSN 2007-2010

La lutte contre le sida entre 2010 et 2011 a été animée par les secteurs associatif, confessionnel et communautaire d'une part, et d'autre part, par les secteurs public et privé avec l'appui des partenaires au développement, sous la coordination du SP/CNLS-IST.

Le secteur de la santé participe à la lutte à travers le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS-IST) et le Service National de Transfusion Sanguine (SNTS). Le PNLS-IST intervient dans la prise en charge médicale, le dépistage, la PTME, la prise en charge des IST et la surveillance épidémiologique du VIH. Le SNTS assure la sécurité transfusionnelle. Toutes ces activités sont déployées à tous les niveaux du système de santé.

Dans le secteur public, quelques ministères disposent de plans sectoriels de lutte contre le sida dont l'Education qui prend en compte les jeunes dans le cadre des établissements scolaires et centres de formation ; l'Action sociale qui s'occupe des orphelins et enfants vulnérables ; la Promotion de la femme qui s'occupe des femmes et la Défense avec les Hommes en uniformes. Ces ministères interviennent sur la base des noyaux anti-sida et comités ministériels mis en place.

La participation du secteur privé et des entreprises est l'un des symboles forts de la multisectorialité. Cependant, sur la soixantaine d'entreprises, seules 7 disposent en 2010, d'une politique et du programme de prévention du VIH.

La mise en œuvre du PSN 2007-2010 a connu l'implication de 267 ONG/associations actives. Sur 233 structures de conseil et dépistage existant sur le plan national, environ un 1/4 relève des OSC. Au cours de cette période, les OSC ont également joué un rôle important dans la prise en charge psychosociale des PVVIH. La prise en charge médicale et l'accès aux traitements ARV aux PVVIH sont assurés par 52 ONG/Associations soit 41 % de l'ensemble des sites disponibles. Aussi 43 % des PVVIH sous ARV en 2010 sont suivies dans les associations et ONG de PEC médicale. Elles ont aussi exécuté la quasi-totalité des activités de prévention et de soutien aux OEV.

Une Plateforme nationale des organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre le sida a été mise en place en 2011. Elle a pour mission d'œuvrer à la création et au maintien d'un cadre de concertation de plaidoyer et de défenses des intérêts de la société civile.

A l'instar des ONG/associations, les confessions religieuses sont fortement impliquées dans la lutte contre le sida au Togo. L'Eglise Catholique a élaboré son plan sectoriel pour la période 2007-2010. Ce plan a été mis en œuvre à travers les activités de prévention, de traitement, soins et soutien, et la lutte contre la stigmatisation. L'Union musulmane s'est impliquée dans la lutte contre le sida à travers les activités de prévention. Elle a élaboré un plan sectoriel en 2010. L'Eglise Evangélique Presbytérienne n'a pas élaboré un plan sectoriel de lutte contre le sida. Néanmoins, elle a mené des activités de prévention et de renforcement des capacités de ses leaders.

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

Selon l'étude sur les ressources et dépenses consacrées au sida (**REDES**) effectuée en 2010 ; les ressources financières dépensées dans la réponse au VIH en 2009 et 2010 sont estimées à **18 991 400 000 FCFA soit 42 677 303 US dollars**. Les dépenses de VIH et de sida en 2009 s'élèvent à 7 550 172 688 FCFA et celles de 2010 à 11 442 874 593 FCFA.

Les financements nationaux (fonds publics et fonds privés) s'élèvent à 1 903 636 520 FCFA soit 25,21% des dépenses en 2009 contre 1 656 278 325 FCFA soit 14,47% des dépenses en 2010. Les financements internationaux (fonds bilatéraux, multilatéraux et fonds des organisations et fondations internationales à but non lucratif) sont évalués à 5 646 536 168 FCFA soit 74,79% des dépenses en 2009 contre 9 786 596 268 FCFA soit 85,53% des dépenses en 2010. Ces chiffres dénotent que le Togo dépend énormément des financements extérieurs (essentiellement du Fonds Mondial) pour la riposte au sida.

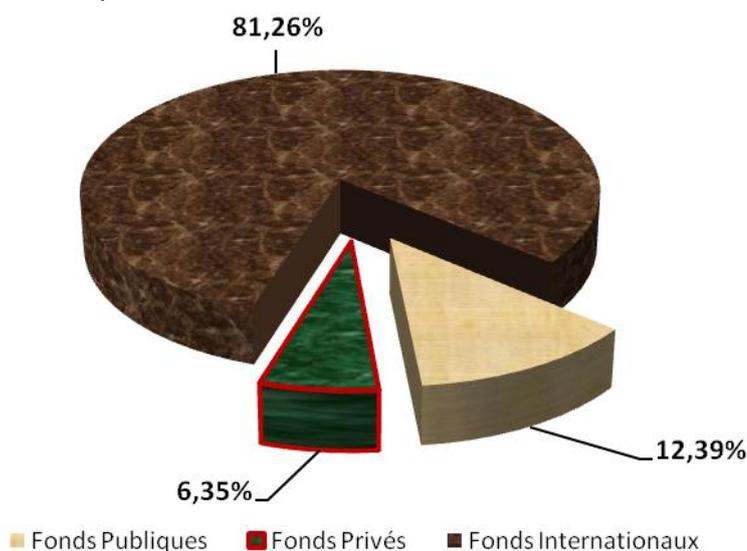


Figure 4 : Répartition des dépenses de la lutte contre le VIH et le sida selon les sources de financement de 2009 à 2010

Les dépenses effectives du gouvernement consacrées à la riposte au VIH ont beaucoup régressé entre 2009 et 2010 alors que le besoin global de financement a presque doublé. .

Tableau 4 : Répartition des dépenses par année et par domaines prioritaires

Interventions	Année 2009				Année 2010			
	Publique	Privée	Internationale	Total	Publique	Privée	Internationale	Total
Prévention	220 200 000	67 500 000	2 645 600 000	2 933 300 000	200 700 000	193 400 000	2 120 700 000	2 514 900 000
Soins et traitements	1 140 300 000	123 900 000	1 539 000 000	2 803 200 000	15 600 000	698 700 000	4 973 400 000	5 597 700 000
OEV	0	7 800 000	73 800 000	81 600 000	0	29 600 000	72 400 000	102 000 000
Gestion et Administration de programmes	195 200 000	56 300 000	825 000 000	1 076 500 000	470 800 000	25 100 000	2 080 800 000	2 576 700 000
Ressources humaines	45 200 000	32 600 000	398 700 000	476 500 000	57 600 000	21 300 000	418 900 000	497 800 000
Protection sociale et services sociaux	100 000	1 100 000	0	1 200 000	4 300 000	12 100 000	19 200 000	35 600 000
Environnement favorable	3 300 000	4 000 000	121 400 000	128 700 000	600 000	6 600 000	54 500 000	61 700 000
Recherche	0	6 000 000	43 000 000	49 000 000	0	8 300 000	46 700 000	55 000 000
Total	1 879 900 000	268 000 000	6 902 300 000	7 550 000 000	749 600 000	995 100 000	9 786 600 000	11 441 400 000

Source : REDES 2009-2010

3.2. Riposte au plan programmatique

La réponse programmatique a été orientée vers les interventions de prévention dans les groupes vulnérables et les populations à risque ainsi que les interventions de prise en charge globale des PVVIH et de protection des droits humains.

3.2.1. Prévention

3.2.1.1. Prévention du VIH dans la population générale

a) Prévention des Infections sexuellement transmissibles

Durant la période 2007 à 2010, les écoulements vaginaux constituent le syndrome le plus notifié (57,4 %), suivis des douleurs abdominales basses (24,4 %), de l'écoulement urétral (11,4 %) et des ulcérations génitales (4,9 %). La proportion des autres syndromes d'IST est de 1,9 %. En 2010, 89,8 % des cas d'IST sont diagnostiqués et traités chez les femmes dont 70 % sont âgées de moins de 30 ans. Il est à noter que la plupart des cas d'IST diagnostiqués chez les femmes l'ont été en consultations prénatales.

b) Prévention du VIH

Les études CAP réalisées entre 2000 et 2010 montrent un niveau relativement élevé de connaissances du VIH dans la population générale. Selon ces études, la quasi-totalité (88 %) connaît l'ensemble des modes de transmission du VIH et 80 % maîtrisent l'ensemble des moyens de prévention du VIH. Cependant, certains comportements à risques et quelques fausses croyances sur le VIH et le sida persistent favorisant ainsi les nouvelles infections⁶. En effet, 11,4 % des adultes de 15-49 ans ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi eux, 63,33 % n'ont pas utilisé de préservatifs. Cette proportion a augmenté par rapport à 2007 (27 %).

Le phénomène des rapports intergénérationnels se développe de plus en plus et constituerait une source de nouvelles infections chez les jeunes filles.

3.2.1.2. Prévention du VIH dans les groupes vulnérables

a) Prévention du VIH chez les femmes

Les femmes constituent l'un des groupes les plus vulnérables face au VIH en l'occurrence les femmes en âge de procréer (15-49 ans). La prévalence du VIH chez les femmes en âge de procréer n'est pas disponible. Cependant, l'enquête CAP/prévalence du VIH réalisée en 2010 indique une prévalence du VIH de 1,5% chez les jeunes. Selon la même enquête cette prévalence est 4 fois plus élevée chez les jeunes filles de 15-24 ans que chez les garçons du même groupe d'âge (2,4 % versus 0,6 %)⁷. Chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans vues en consultation prénatale, la prévalence du VIH est de 3,5% en 2010.

La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant un niveau de connaissances exactes⁸ du VIH est de 34,8 % en 2010. Celles chez qui persistent les fausses croyances représentent 22 %. En 2010, 4 % des femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un

⁶ Document de l'analyse de la situation

⁷ Prévalence du VIH chez les jeunes et CAP en matière du VIH auprès de la population générale, 2010

⁸ Avoir simultanément cité les 2 moyens de prévention du VIH et rejeter les 3 principales idées fausses concernant la transmission du virus

partenaire sexuel et 63 % d'entre elles n'ont pas utilisé systématiquement de préservatifs au cours des 12 derniers mois lors de rapport sexuel non conjugal.

Cette vulnérabilité de la femme face au VIH s'explique en grande partie par les principaux facteurs⁹ socioéconomiques et culturels suivants :

- les pratiques socioculturelles, facteurs de l'infection à VIH telles que les scarifications rituelles, l'excision, le sororat, le lévirat, le mariage forcé, etc. dont sont essentiellement victimes les femmes ;
- le faible niveau d'alphabétisation de la femme qui est une conséquence de son statut social, constitue une barrière à l'information juste sur le VIH ;
- la féminisation de la pauvreté avec une forte propension surtout des jeunes filles à des comportements sexuels à risque pour la survie ;
- le faible pouvoir de décision des femmes en matière de gestion de leur corps et de la sexualité.

En 2011, 21,82% des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union ont déclaré être ou avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leurs maris ou d'au moins un de leurs partenaires au cours des 12 derniers mois (Enquête QUIBB2, 2010).

Une étude réalisée par la Direction Générale du Genre et de la Promotion de la Femme du Ministère de la Promotion de la Femme en 2010 a montré que les violences basées sur le genre existent dans toutes les régions sous plusieurs formes et dont les plus connues sont les violences institutionnalisées (96 %), les violences sexuelles (93 %), les violences physiques (94%), les violences psycho-morales (88 %) et les violences économiques (79 %).

b) Prévention du VIH chez les jeunes

Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 18,6 % de la population totale en 2010 soit 1 151 646 habitants (filles : 585 582 ; garçons : 566 064). La prévention du VIH chez les jeunes passe par l'institution de l'enseignement du VIH et du sida en milieu scolaire. Par arrêté N°107/MEPSA/CAB/SG du 13 août 2009, l'enseignement du VIH et du sida a été institué dans les établissements du primaire et du secondaire général et par celui N°2010/METFP/CAB/SG du 10 mai 2010, il est institué dans les établissements de l'enseignement technique et de la Formation Professionnelle.

L'enseignement du VIH et du sida est intégré dans 343 établissements des enseignements général et technique, soit une couverture nationale de 22,51 %.

Dans le cadre de la prévention du VIH chez les jeunes extrascolaires, 24¹⁰ centres conviviaux ont été créés, 11 Centres d'Initiative Professionnelle dans les zones urbaines et périurbaines et 4 Centres Ruraux d'Activités Socioéducatives dans les zones rurales. Ces centres offrent des séances d'écoute et de conseil en matière de sida, de sexualité et de la santé de reproduction.

Malgré les efforts notés, on constate la précocité des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans chez les jeunes avec une fréquence estimée à 8,81 % (7,98 % chez les filles et 9,70 % chez les garçons) ainsi que le multipartenariat (11,73 %). Le niveau de connaissances exactes du VIH chez ces jeunes est également faible et même en recul par rapport au niveau de 2005 (43 % en 2010 contre 54,6% en 2005). L'utilisation de préservatif au cours des rapports sexuels occasionnels est également en net recul passant de 74 % en 2008 à 49 % en 2010. Aussi, environ 30 % seulement des jeunes de 15-24 ans ont fait le test du VIH et connaissent leur résultat.

⁹ Programme de lutte contre le VIH chez les femmes au Togo

¹⁰ 12 centres de la Croix Rouge Togolaise, 2 de l'ATBEF, 7 du secteur public, 3 (ONG CREJe, JVS et La Conscience)

3.2.1.3. Prévention du VIH dans les populations à risque

a) Prévention des IST chez les professionnelles du sexe

Grâce à l'appui financier des partenaires, le réseau des services adaptés (SA) pour les groupes vulnérables est passé de 12 à 22 sites depuis 2010. Les capacités de prise en charge syndromique des IST ont été renforcées auprès de 55 prestataires opérant dans les 22 sites en 2010 et 50 prestataires de soins en 2011. Le suivi sur le terrain a permis d'identifier en 2010 une mauvaise fréquentation des services adaptés. Alors, une stratégie de référence des groupes vulnérables vers les Services adaptés anciens et nouveaux a été définie et est effective à partir de 2011 ainsi qu'une stratégie avancée.

En termes de résultats, 2 138 Professionnelles de sexe contre 934 en 2010 ont été enregistrés dans 19 Services adaptés (soit une augmentation de 123%). 70% formations sanitaires ont notifiés 59 259 cas d'IST et 10 000 cas d'IST ont été traités chez les migrants, les forces de l'ordre et les commerçants le long du corridor Abidjan-Lagos. Dans l'ensemble il y a une régression des cas d'IST depuis 2009 (diminution de 4% entre 2010 et 2011).

b) Prévention du VIH chez les professionnelles du sexe

La cartographie des sites prostitutionnels réalisée en 2010 a permis de répertorier 200 sites de prostitution et 8 000 professionnelles de sexe (PS) réparties dans les 6 régions, la majorité se trouvant dans la Commune de Lomé. Trois quart d'entre elles sont constituées de clandestines et d'ambulantes.

Selon l'enquête de sérosurveillance réalisée en 2011 chez les PS et leurs clients, on observe une amélioration du niveau des indicateurs chez les PS. Il se dégage de l'étude que :

Le niveau de connaissance exacte¹¹ du VIH chez les PS est passé de 37% en 2007 à 51,9 % en 2010 et 55,7% en 2011 quoique ce niveau soit toujours faible. Plus de 9 PS sur 10 (91,23%) ont déclaré en 2011 avoir utilisé du préservatif au cours de leurs derniers rapports sexuels contre 88% en 2010. Les clients des professionnelles de sexe sont constitués d'hommes mariés et célibataires issus de différentes couches socioprofessionnelles essentiellement des jeunes.

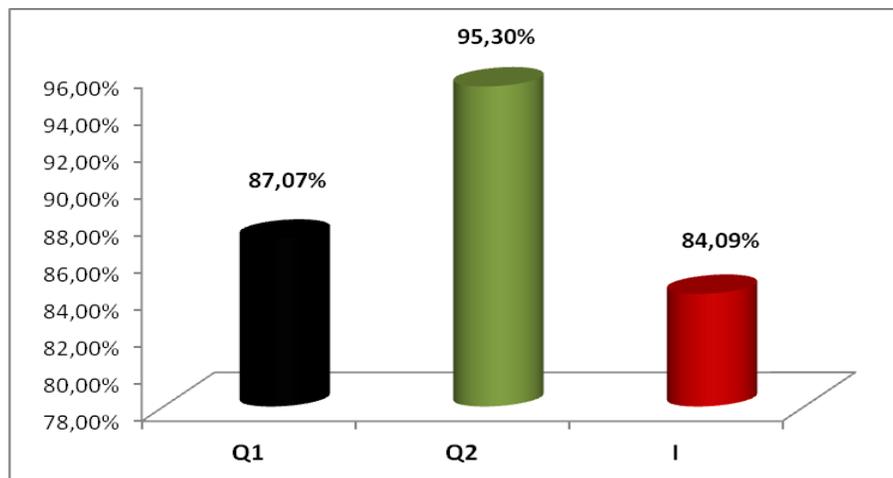


Figure 5 : Programmes de prévention destinés aux Professionnelles du Sexe

Q1 : Pourcentage, parmi les professionnelles du sexe qui ont répondu "OUI" à la question "Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH?"

Q2 : Pourcentage, parmi les PS qui ont répondu "OUI" à la question "Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ?

I : Pourcentage, parmi les professionnelles du sexe, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre

¹¹ Avoir simultanément cité les 2 moyens de prévention du VIH et rejeter les 3 principales idées fausses concernant la transmission du VIH

D'après le graphique ci-dessus, on note une amélioration de la couverture du programme de prévention du VIH chez les PS car, 84,09% d'entre elles ont déclaré en 2011 avoir été touchées par un programme de prévention du VIH contre 82,4 % en 2010 et 81 % en 2007

c) Prévention du VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

L'estimation de la taille des HSH n'a pas été réalisée mais, les informations recueillies auprès des structures de prise en charge de ce groupe cible indique un effectif approximatif de 1 000 HSH. Ils se répartissent en 4 catégories : les « passifs », les « actifs », les « versatiles » et les bisexuels (67,5%). Un peu moins de la moitié des enquêtés (46,2%) a déclaré avoir déjà reçu des cadeaux ou de l'argent pour faire des rapports sexuels avec quelqu'un. Près de trois quarts sont célibataires et l'âge moyen au premier rapport sexuel anal est de 16 ans.

Plus de la moitié (54,9 %) d'entre eux avait en 2009 un bon niveau de connaissance exacte du VIH ; Plus de la moitié (53%) des HSH en 2011 n'avait pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin en 2011 alors qu'en 2009 ce chiffre était de 28 % et 54,59% déclarent lors de l'enquête de 2011 avoir fait leur test de dépistage du VIH et retiré leur résultat contre 52,9 % qui ont déclaré en 2010 avoir fait le test de dépistage.

d) Prévention du VIH chez les Usagers de drogues

Au Togo, les usagers de drogues sont des populations difficiles d'accès en raison de la répression judiciaire face à la détention de l'usage et du trafic de la drogue. De ce fait, on note une insuffisance d'interventions ciblées et une connaissance limitée de leurs caractéristiques. Un recensement effectué dans les régions Maritime et de Lomé Commune, a permis de dénombrier 4 087 usagers de drogues répartis dans 59 ghettos. Parmi les usagers de drogues, 1 % représente le groupe des consommateurs de drogues injectables (CDI).

Par ailleurs, 28,9 % des CDI connaissent leur statut sérologique et 53 % ont contracté au moins une fois une IST. L'usage systématique du préservatif est faible (20,1 %) chez les CDI alors que plus de la moitié pratiquent le multipartenariat et 61 % pratiquent l'usage commun de seringue. Au moins 36,1 % des CDI prennent de la drogue pour stimuler leurs rapports sexuels. L'âge à la première injection est de 10 ans voire moins.

e) Prévention du VIH chez les Hommes en uniforme

Selon l'étude CAP réalisée par le Projet OHP en 2010, moins de la moitié (44 %) des militaires connaissent toutes les étapes du port correct du préservatif et 31 % ont encore des idées fausses sur la transmission du VIH. L'utilisation systématique du préservatif avec les partenaires occasionnelles au cours des 12 derniers mois est de 88 % en 2010.

Les facteurs de vulnérabilité des hommes et femmes en uniforme face au VIH sont essentiellement liés à leur mobilité avec des séjours de plus en plus longs hors de leur domicile habituel, le multipartenariat avec généralement des partenaires à haut risque tels que les PS ; le goût du risque, le faible niveau de connaissances sur le VIH (44 %) avec la persistance d'idées fausses (31 %).

f) Prévention du VIH chez les Population en milieu carcéral

Le nombre des prisonniers en 2010 est de 4 234 répartis dans 12 prisons. La séroprévalence nationale est de 4.3% en 2011 (PNLS, 2011). Cette prévalence élevée du VIH dans ce groupe pourrait être en rapport avec les facteurs de vulnérabilité suivants : la consommation de la drogue, la pratique de l'homosexualité, la non accessibilité aux préservatifs et les agressions sexuelles.

g) Prévention du VIH chez les Transporteurs et chauffeurs routiers

On retrouve les routiers dans les zones de stationnement des sites frontaliers, les zones portuaires et minières, les points chauds et les points d'arrêt des gros camions sur les axes Lomé-Cinkassé et Lomé – Aného. Ils seraient les principaux clients des PS selon les différentes études menées. Cependant, aucune étude de séroprévalence du VIH n'a été réalisée au sein de ce groupe.

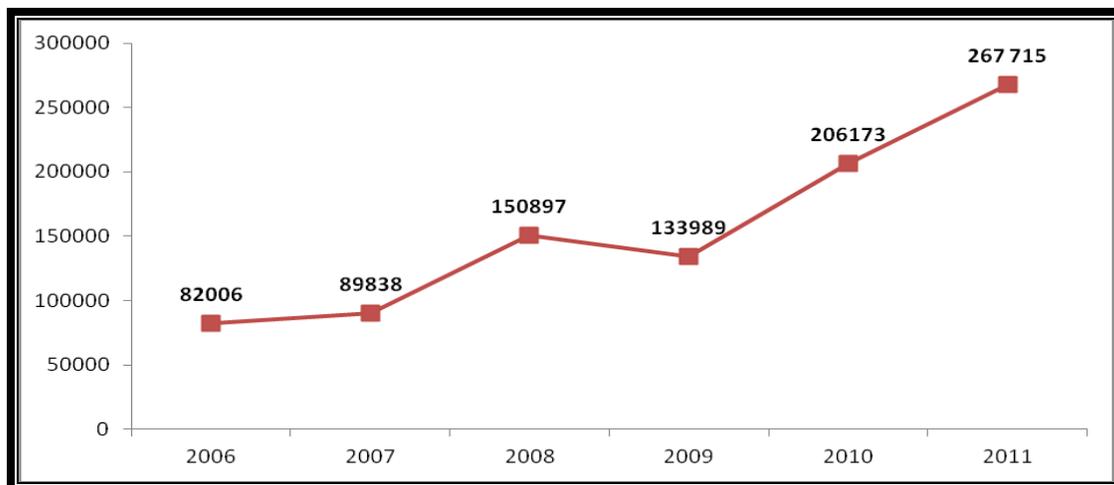
Bien que leur connaissance des modes de transmission du VIH soit améliorée entre 2005 et 2008 (94 % à 97 %), il y a toujours persistance des fausses croyances. De plus, 76 % ne maîtrisent pas le port correct du préservatif et 33 % de ceux qui pratiquent le multipartenariat n'utilisent pas systématiquement le préservatif. Cependant ces données contrastent avec la proportion de ceux qui ont déclaré utiliser le préservatif (80 %) ¹².

3.2.1.4. Le conseil et le dépistage volontaire

Le Togo comptait en fin décembre 2011, 233 sites de dépistage contre 152 en 2010 et 97 en 2009 ; soit un taux de couverture géographique de 29,5% sur l'ensemble des 789 formations sanitaires. La couverture en termes de CHU, CHR et districts sanitaires est de 100% (n=35). Cette augmentation sensible de l'offre de dépistage a pu être réalisée grâce aux nombreuses séances de formation en prise en charge psychosociale et technique de dépistage du VIH. Celles-ci ont permis de former 515 prestataires en conseil/dépistage et 82 prestataires en technique de dépistage.

Cette formation a pris comme ancrage les nouveaux modules de conseil/dépistage basé sur les recommandations et les amendements apportés aux stratégies de counseling VIH au Togo en 2010.

Les réunions du groupe thématique "Conseil & Dépistage" ont régulièrement encadrées la stratégie de dépistage en coordonnant dans un premier temps les activités relatives à la campagne de dépistage de masse organisé au cours des Journées Mondiales Sida (109 852 tests de dépistages y ont été réalisés ces 2 dernières années) et dans un deuxième temps en mettant l'accent sur la qualité des données.



Source : Rapport d'activités PNLS-IST, 2009

Figure 6 : Evolution des cas dépistés entre 2006 et 2011

¹² Source : Rapport CAP routiers 2010

En 2011, Le nombre de personnes dépistées est de 267 715 contre 206 173 cas en 2010. Le dépistage mobile a augmenté passant de 70 522 cas en 2011 contre 39 330 cas en 2010. Il a permis de toucher les populations qui pour diverses raisons fréquentent peu les centres de dépistages fixes notamment en milieu rural ; mais également les populations cibles telles les professionnelles de sexe, les HSH, les prisonniers , les routiers, les corps habillés.

Bien que le nombre de personnes conseillées et dépistées dans les CDV et sites PTME augmente au fil des années, l'enquête de population réalisée en 2010 chez les hommes et femmes de 15 à 49 ans indique une baisse du taux de couverture du dépistage dans la population : 12,9 % de la population (12,1 % des hommes et 13,7 % des femmes) âgée de 15 à 49 ans ont déclaré en 2010 avoir subi le test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaître le résultat contre 15,5 % (16,1 % des hommes et 14,9 % des femmes) qui ont déclaré en 2007 avoir subi le test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaître le résultat. Plus du tiers des jeunes de 15 à 24 ans (35,57 %) ont fait le test VIH et connaît le résultat en 2009 contre près de la moitié (49 %) qui ont déclaré en 2007 l'avoir réalisé.

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

Le programme de prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant est l'une des interventions majeures de lutte contre l'infection à VIH dans le pays, ceci afin d'éviter les nouvelles infections chez les nouveau-nés. Ce programme a été intégré ces 2 dernières années dans 178 centres de Santé Maternelle et Infantile du secteur public, privé et confessionnel, portant le nombre de sites offrant la PTME à 306 soit une couverture géographique de 48% (n=638). La couverture en termes de CHU, CHR et districts sanitaires est de 100 %.

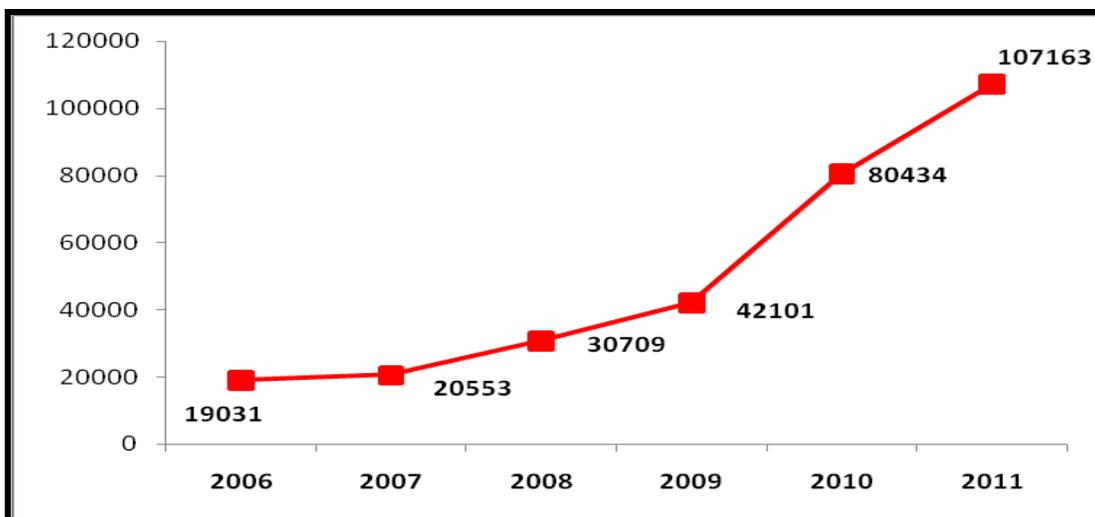


Figure 7 : Evolution du nombre de femmes enceintes dépistées dans les sites PTME de 2006 à 2011

Au total, les services de conseil dépistage ont été offerts en 2010 à 97,1% puis en 2011 à 98,3% des femmes enceintes reçues en consultations prénatales sur l'ensemble des sites PTME du territoire ; le taux de couverture en prophylaxie ARV est lui passé de 52,2% en 2010 à 60,5% en 2011. Le taux de transmission du VIH chez l'enfant à 18 mois est passé de 7,5% en 2010 à 6,5% en 2011 dans les sites PTME.

La formation de 424 prestataires en technique de dépistage avec du sang capillaire a permis a permis de renforcer la mise en œuvre du dépistage a l'initiative du prestataire et d'améliorer le taux de retrait des résultats. Par ailleurs, l'introduction depuis l'année 2009 du diagnostic précoce facilite désormais la détection et la mise sous traitement à temps des enfants infectés par le VIH. Cette Stratégie a pu être étendue à tous les districts sanitaires du pays en 2011 grâce à la technique DBS et au système d'acheminement des papiers buvards par la Société Togolaise de la Poste à partir de 50 sites de prélèvement vers le laboratoire BIOLIM.

3.2.1.6. La promotion de l'utilisation des préservatifs

La promotion du préservatif est faite dans le cadre de la planification familiale, du marketing social, des campagnes grand public, de la prévention positive et des projets privilégiant la communication de proximité de même que des campagnes mass média et a couvert tout le territoire.

Le nombre de préservatifs distribués sur la période 2007-2010 était d'environ 66 280 255 dont 28 530 518 entre 2010 et 2011 (condoms : 28 430 050 et fémidons : 100 468).

La distribution des préservatifs dans le cadre du marketing social se fait essentiellement par le biais d'un réseau de 8 000 pairs éducateurs et distributeurs agréés dans tout le pays. Ce sont des commerçants (grossistes, demi-grossistes et détaillants, des tenanciers de kiosques de marchandises, des stations d'essence, des hôtels), des formations sanitaires publiques et privées, des pharmacies privées.

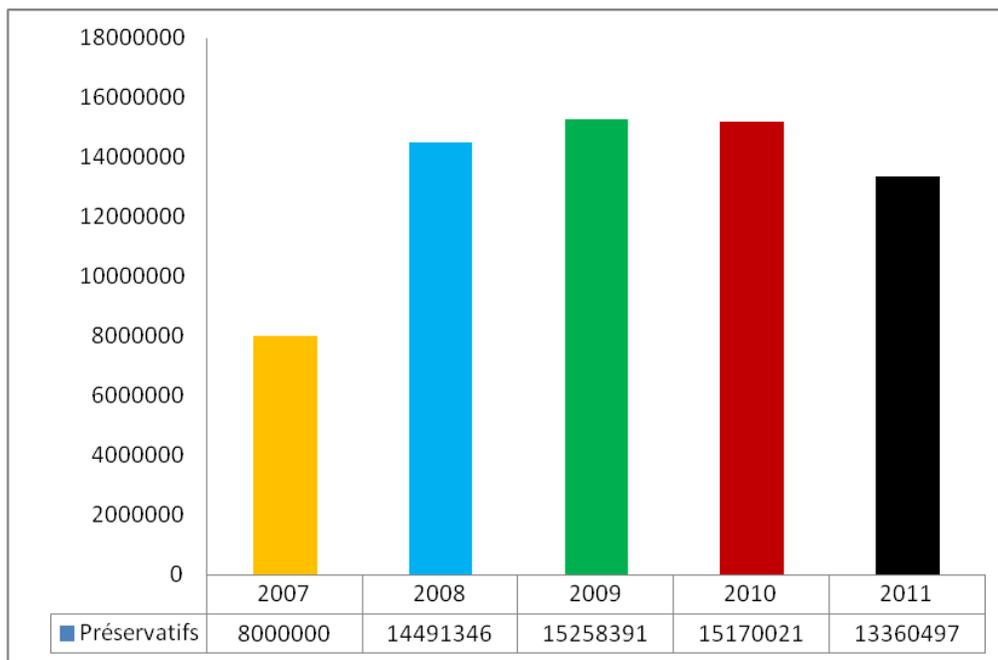


Figure 8 : Tendence évolutive de la distribution de préservatifs par année

Le pays dispose depuis 2010 d'un Comité National de Gestion des Préservatifs (CNGP) et d'un plan pluriannuel de mise en œuvre de la "programmation complète des préservatifs".

3.2.2. Le traitement

Le PNLS-IST conformément à ses attributions a mené un processus d'évaluation des structures de soins sur toute l'étendue du territoire à partir 2009 à l'issu duquel 115 sites ont été accrédités. En 2011, 26 nouveaux sites ont été accrédités portant le nombre total de structures de PECM à 141. 48,9% des 141 structures de PECM font la dispensation des ARV. La couverture en dispensation ARV des sites de PECM est la plus élevée (61,9%) dans Lomé Commune qui concentre environ 60% des PVVIH sous ARV .

La couverture en lecteur de CD4 est encore faible, en 2011 le Togo dispose seulement de 25 laboratoires pour le comptage des lymphocytes CD4. Tout de même chaque région sanitaire en dispose au moins deux.

Le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 24 635 en 2010 à 29 045 au 31 décembre 2011, soit une augmentation de 18% et un taux de couverture de 59.8%. Le taux de décès était 2.3% et celui des perdus de vue de 7,3%. Le nombre d'enfants sous ARV reste faible : 1 814 (soit un taux de couverture de 18%). Les PVVIH étaient sous première ligne dans 91% et en deuxième ligne dans 7% des cas. Les PVVIH sous ARV ont bénéficié de 22 009 bilans biologiques en 2011 contre 12 868 en 2010. 31 559 PVVIH ont reçu une prophylaxie au Cotrimoxazole et 13 017 cas d'infections opportunistes ont été traités.

Des progrès continuent d'être fait en matière de couverture et de qualité de la prise en charge en témoigne l'institutionnalisation de la gratuité des bilans pré-thérapeutiques et du suivi biologique.

Dans cet ordre d'idée, le Togo a adopté en juillet les nouvelles recommandations OMS 2010 à la suite desquelles les capacités de :

- 144 prestataires sur la prise en charge des cas d'AES
- 81 prestataires sur la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH
- 530 prestataires sur la prise en charge globale de l'infection VIH et à la prescription des ARV
- 537 prestataires sur la prise en charge des IO
- 135 prestataires sur la formation des médiateurs sur le continuum des soins, l'observance thérapeutique et l'éducation nutritionnelle
- 100 prestataires sur la Formation en prise en charge nutritionnelle des PVVIH
- 350 prestataires sur les nouvelles directives de prise en charge et la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre le VIH et la Tuberculose.

Un système de «compagnonnage» a été instauré pour accompagner et suivre tous ces prestataires au niveau de chaque région avec un système de tutorat clinique pour les sites de PEC pédiatrique.

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

La mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la coïnfection TB/VIH a permis en 2011 d'améliorer certaines interventions dans le cadre de la lutte contre la Co- infection. Le PNLS a doté les centres de prise en charge des tuberculeux en réactifs et consommables pour le dépistage du VIH chez les malades tuberculeux.

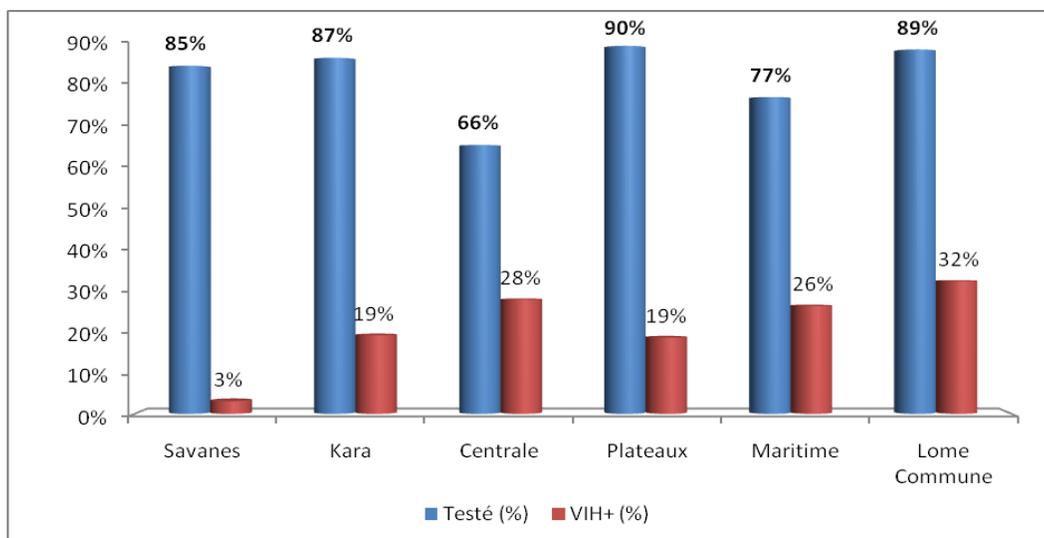


Figure 9 : Répartition en pourcentage des malades tuberculeux ayant effectué le test de dépistage du VIH et la fréquence des séropositifs par région sanitaire en 2011

D'une façon générale, 2 980 cas de TB ont été dépistés en 2011 à l'échelle du pays et sur cet effectif, 84% ont bénéficié du test de VIH parmi lesquels 27% se sont révélés positifs au test de VIH. En 2010, 78% des patients tuberculeux ont bénéficié du test de dépistage.

Les nouveaux cas TMP+ (2 807) représentent 94 % du nombre total de cas dépistés TB ; 87% d'entre eux ont bénéficié du test de VIH et le test s'est révélé positif dans 25% des cas. En 2011, 397 patients (59,6%) sur 666 patients TB/VIH ont reçu un traitement par les ARV.

3.2.4. Le soutien aux OEV et aux ménages pauvres

En 2009, seulement 4 % des OEV ont reçu de l'aide d'une organisation de prise en charge ; 15 511 OEV ont été enregistrés et suivis ; 456 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'un appui nutritionnel. En 2010, selon les résultats de l'enquête MICS 4 réalisé au Togo, le niveau de fréquentation scolaire chez les enfants orphelins au cours de l'année scolaire 2009-2010 est relativement moins élevé que chez les enfants non orphelins (enfants ayant leurs deux parents en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux). Le ratio de scolarisation est de 0,87 soit un taux de fréquentation scolaire de 77,05% chez les enfants orphelins et de 89,02% chez les enfants non orphelins.

Par ailleurs, le contexte social togolais étant marqué par une incidence élevée de la pauvreté au sein des ménages ; l'incidence étant estimée 61,7 % en 2006 ; des ménages ont développé des stratégies de survie en sollicitant des aides extérieures. Ainsi, d'après les résultats de l'enquête QUIBB de 2006, 9,88% des ménages pauvres ont reçu une aide économique venant de l'extérieur.

3.2.5. Atténuation de l'impact

Lorsque considère la cohorte des PVVIH adultes et enfants qui sont un stade avancé de la maladie et qui étaient déjà sous traitement ARV en janvier 2011, environ 9 parmi elles sur 10 (87,10%) étaient en vie au 1^{er} janvier 2012, c'est-à-dire 12 mois après le début de leur traitement ; les hommes représentant 85,68% et les femmes 87,79%. Ce taux a régressé par rapport à la cohorte de 2008 dont le taux estimé était de 95,1%

CHAPITRE 4

MEILLEURES PRATIQUES

Ce chapitre a pour but de décrire les meilleures pratiques dans les domaines de l'intensification des programmes de prévention, de soins, de traitement et/ou de soutien.

Encadré 4 : Meilleure pratique 1

Promotion de l'abstinence sexuelle par la virginité des filles : une expérience chez les jeunes filles au Togo

Les programmes sur l'abstinence sexuelle sont peu développés au Togo et l'éducation sexuelle dans le cadre familial demeure un problème de taille pour les parents.

A cet effet, il a été mis en place un projet dénommé "**Trophées Vierges**" dont l'objectif vise à promouvoir l'abstinence sexuelle chez les jeunes par la virginité des filles. La stratégie utilisée dans le cadre de ce projet a consisté à organiser les "Trophées Vierges" pour récompenser les filles vierges âgées de 16 à 25 ans.

Le projet vise les jeunes filles en général et celles qui sont vierges en particulier, les parents et enfin la communauté.

Les activités suivantes ont été menées dans le cadre de ce projet. Il s'agit de : (i) sensibilisation de proximité avec utilisation jeunes filles vierges formées en CCC/SR (entretien individuel, causerie et autres activités éducatives dans les clubs "Royaume des vierges", organisation de soirées de présélection des filles vierges puis organisation d'une soirée de sélection Mis vierge).

En termes de résultats, **273** candidates volontaires inscrites pour le test de présélection ; **40** présélectionnées et formées en matière des stratégies de communications et de compétences pour la vie ; **5 801** jeunes et adolescents ont été sensibilisés sur les valeurs de l'abstinence sexuelle ; **233** candidates et **203** parents ont bénéficié d'un entretien individuel ; au moins **60%** des jeunes filles candidates ont gardé leur virginité grâce au soutien de leurs parents ; **30%**, grâce à l'influence religieuse et **20%** grâce à leur propre choix. **45%** des parents touchés ont déclaré qu'ils ont commencé par discuter de la sexualité avec leurs enfants grâce au projet. **Trois** Reines Vierges âgées de 26 ans (2009), 25 ans (2010) et 20 ans (2011) ont été élues et **01** club dénommé "Royaume des Vierges" est mis en place avec les 40 lauréates des 3 éditions.

En guise de leçons apprises, il faut noter que les expériences acquises au cours de ces 3 éditions de "**Trophées Vierges**" ont permis de démontrer que la promotion de la virginité chez les jeunes vierges est une stratégie efficace pour aller vers les "triples zéro" dans la lutte contre le VIH. Le projet a permis de démontrer que l'éducation sexuelle dans le cadre familial est un gage du report du 1^{er} rapport sexuel chez les jeunes. Les jeunes filles confrontées à des pressions de l'entourage ou de leurs pairs ont été soutenues la plupart du temps dans le cadre familial.

Encadré 5 : Meilleure pratique 2

PROJET DE REDUCTION DE LA VULNERABILITE FACE AUX IST/VIH CHEZ LES PS ET LEURS CLIENTS

Aujourd'hui beaucoup de PS vivant avec le VIH (PS/VIH) n'ont pas un accès facile à une prise en charge à cause de la discrimination et de la stigmatisation des prestataires de soins dans les formations sanitaires.

Afin de faciliter l'accès des PS toutes catégories confondues (PS des maisons closes, ambulantes et clandestines) aux services de prévention, soins, traitement et soutien pour réduire l'expansion du VIH dans la communauté d'accueil des PS, les ONG travaillant avec les PS ont opté pour deux stratégies innovatrices qui sont : (i) Associer à une réponse préventive communautaire de proximité, une réponse communautaire appropriée d'accès aux soins, traitement et soutien pour contribuer fortement à réduire la vulnérabilité des PS dans le cadre de l'accès universel ; et (ii) Développer une synergie entre la mobilisation sociale effectué par les équipes terrain des ONG et le travail des prestataires médicaux des structures de prise en charge du secteur public et associatif des sites de prostitution.

A cet effet, les activités suivantes ont été réalisées : (i) Offrir le dépistage actif des IST et traitement des cas positifs ; (ii) Offrir le CDV en stratégie mobile dans les sites de prostitution ; (iii) Prendre en charge toutes les analyses pré thérapeutiques des PS dépistées positives au VIH.

En guise de résultats obtenus, on a eu comme gain (i) la mise sous traitement rapide des Professionnelles du sexe dépistées positives au VIH ; (ii) l'augmentation du nombre de clients de PS ayant accès au dépistage des IST et du VIH ; (iii) la constitution d'une banque de données disponible auprès d'une structure de référence ; (iv) le renforcement de la collaboration avec les services adaptés pour la prise en charge précoce des IST des PS.

Encadré 6 : Meilleure pratique 3

INTERVENTION CIBLANT LES HSH

Les actions de prévention et de prise en charge ciblant les HSH ont commencé en 2008 au Togo avec PSI-Togo et Espoir Vie -Togo. Dans le cadre de cette prévention, des pairs éducateurs ont été formés pour assurer la paire éducation au sein de la communauté. Ils profitent aussi de l'organisation des soirées Gay et des soirées cinéma pour sensibiliser les HSH et leur offrir le service de CDV. Ces activités sont renforcées par l'organisation des causeries éducatives pour permettre aux HSH d'échanger sur leur orientation sexuelle, les IST et leur prise en charge, la nécessité de se faire consulter et d'avoir l'estime de soi, etc. Ils leur offrent également des préservatifs et gels lubrifiants. De plus, une approche de sensibilisation par Internet a été mise place pour sensibiliser ceux qui s'autodiscriminent afin de les amener à adopter des pratiques à moindre risque d'exposition à VIH.

A l'issue de ces activités de sensibilisation et de dépistage, les HSH ayant des IST ou dépistés séropositifs sont référés vers le Centre de prise en charge de Espoir Vie-Togo pour leur prise en charge psychosociale et médicale. Notons qu'au départ pour réussir la prise en charge des HSH, des discussions ont eu lieu avec les HSH pour aménager les horaires de service. De plus les prestataires du centre de EVT ont été formés sur la problématique de la prise en charge des HSH. Cette approche a permis d'enrôler de plus en plus d'HSH afin de développer des projets et stratégies adaptés à leur réalité et réduire en leur sein la propagation du VIH.

Encadré 7 : Meilleure pratique 4

IMPORTANCE DE L'ANNONCE DU STATUT SEROLOGIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH

Cette expérience a été réalisée au sein d'une ONG de prise en charge où les enfants suivis et surtout ceux qui sont sous traitement ARV ont commencé par poser des questions sur la prise continue de médicaments. Plusieurs stratégies ont été développées, notamment le renforcement des capacités des prestataires en éducation thérapeutique pour les enfants, l'organisation des groupes de parole et clubs d'éducation thérapeutique pour enfants vivant avec le VIH, la préparation aussi bien des parents que des enfants à l'annonce du résultat, l'annonce et les sorties récréatives. L'âge des enfants ayant reçu le résultat de leur test varie entre 8 et 18 ans. En outre cette démarche a permis une nette amélioration de leur prise en charge et de leur qualité de vie avec une meilleure observance thérapeutique, une diminution de la fréquence des infections opportunistes, une augmentation des taux de CD4 des enfants suivis sur une période de 30 mois.

CHAPITRE 5
**PRINCIPAUX OBSTACLES ET
MESURES CORRECTIVES**

5.1. Principaux obstacles au cours du dernier rapport UNGASS

En 2010, le rapport UNGASS avait relevé l'absence de données pour renseigner les indicateurs sur la prévalence du VIH chez les HSH, les professionnelles de sexe et les UDI d'une part et d'autres part l'absence quasi-totale de données sur les indicateurs de comportements au niveau des UDI.

5.2. Actions concrètes mises en œuvre pour contourner les obstacles observés au cours du dernier rapport UNGASS

Une série de 10 études dont celles sur les HSH, les PS et les UDI ont été planifiées et réalisées en 2011 sur la subvention fonds mondial série 8 ce qui a permis au Togo d'améliorer le niveau de rapportage de ces données. 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 mêmes cibles avant 2015.

5.3 Obstacles ayant entravé la riposte nationale entre 2010 et 2011

La réponse nationale au VIH a toujours souffert d'un certain nombre de maux qui fragilisent et ralentissent l'atteinte des objectifs du Plan Stratégique National. Les plus importantes sont :

5.3.1. Au niveau programmatique

⇒ CDV

La difficulté actuelle est le nombre insuffisant d'intrants au regard des besoins liés à l'offre de services ; la priorité des dotations en intrants est allée aux sites PTME aux regards de l'objectif à atteindre en termes d'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

⇒ PTME

Le passage à l'échelle de la PTME s'est accompagné du problème de la disponibilité des intrants au niveau périphérique. Ce problème n'est pas spécifique à la PTME et sa résolution est abordée dans le grand ensemble qu'est la décentralisation de la gestion des intrants. Le suivi des activités par les équipes cadres de région et de district a montré ses limites en termes de couverture et de spécificité. La décentralisation de l'offre de diagnostic précoce du VIH s'est heurtée à l'insuffisance de réactifs et aux limites de l'extraction manuelle. A ce jour le manuel de gestion des intrants et le plan de stratégie de décentralisation sont disponibles ; les moyens logistiques d'acheminement des intrants sont opérationnels , les dépôts régionaux ont été réhabilités , la cellule régionale de gestion des intrants est en cours d'installation et devrait sous peu débiter ses activités. La quantification des intrants a pris en compte l'entièreté des besoins et un extracteur automatique est en cours d'acquisition.

Le passage à l'échelle de la PTME s'est accompagné du problème de la disponibilité des intrants au niveau périphérique. Ce problème n'est pas spécifique à la PTME et sa résolution est abordée dans le grand ensemble qu'est la décentralisation de la gestion des intrants. Le suivi des activités par les équipes cadres de région et de district a montré ses limites en termes de couverture et de spécificité. La stratégie avancée s'est heurtée à l'insuffisance du nombre de réactifs et aux limites de l'extraction manuelle. A ce jour le manuel de gestion des intrants et le plan de stratégie de décentralisation sont disponibles ; les moyens logistiques d'acheminement des intrants sont opérationnels, les dépôts régionaux ont été réhabilités , la cellule régionale de gestion des intrants est en cours d'installation et devrait sous peu débiter ses activités. La quantification des intrants a pris en compte l'entièreté des besoins et un extracteur automatique pour la PCR est en cours d'acquisition.

⇒ **PECM**

Le défi majeur actuel de la prise en charge médicale est la rétention des patients sous ARV et celle-ci passe par une bonne observance et un système efficient de recherche des perdus de vue.

5.3.2. Au niveau de la gouvernance

⇒ **Coordination**

La difficulté du SP/CNLS-IST se résume essentiellement au déficit en ressources humaines, matérielles, financières et techniques. Entre 2007 et 2010, les dépenses effectivement exécutées dans le cadre de la lutte contre le VIH et le sida ne représentent que 54,76 % (33 214 856 455 F CFA) des ressources nécessaires pour les 4 années 60 651 012 136 FCFA). De plus, la contribution de l'Etat reste encore faible.

⇒ **Suivi et évaluation**

Les acquis du système de suivi et d'évaluation sont en train de s'écrouler. Ce sont les ressources du Fonds Mondial série 8 qui ont permis de recruter et de déployer les responsables de suivi et d'évaluation dans les 6 régions et au niveau du SP/CNLS. Les différentes formations et le développement des outils ont été également financés par la même source. L'insuffisance des ressources au Fonds Mondial suite à la crise financière a eu pour conséquences la réduction drastique de l'enveloppe de la phase II de la série 8 en cours au Togo. De facto, les postes des M&E régionaux, de l'Assistant en suivi-évaluation, du médecin épidémiologiste et du chauffeur de l'unité de suivi-évaluation sont supprimés depuis fin Février 2012. En plus, le chef de Division de l'unité de suivi et évaluation du SP/CNLS a été nommé à d'autre fonction au Ministère de la Planification et du Développement.

5.4. Mesures correctrices

Il s'agit essentiellement de :

⇒ PTME

- Instaurer le « compagnonnage » ou « parrainage » afin d'améliorer la qualité du suivi des femmes enceintes séropositives ;
- Définir les stratégies prioritaires pour l'élimination de la TME à l'échéance de 2015 à partir des goulots d'étranglement et de l'équité dans l'offre et l'utilisation des services PTME identifiés lors de l'analyse de la situation de la PTME réalisée en juillet 2011.

⇒ Coordination

- Faire un plaidoyer de haut niveau pour le renforcement de la gouvernance de la réponse de façon globale et particulière à travers le recrutement et le déploiement des ressources humaines aux différents postes vacants.
- Réviser le décret portant création du CNLS-IST qui prenne en compte les partenaires au développement et l'élaboration des textes régissant son fonctionnement ;
- Prendre en compte les différents secteurs dans l'élaboration des plans d'actions budgets annuels à venir ;
- Impliquer l'Etat ainsi que les partenaires dans le financement de la lutte en garantissant ainsi sa durabilité et la pérennisation des actions à tous les niveaux grâce à la mobilisation des ressources surtout au niveau national.

CHAPITRE 6

SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

6.1. Appui technique

L'ensemble des partenaires au développement apporte des appuis techniques et financiers à la lutte contre le sida au Togo. Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) assurent la coordination de leurs appuis. Ces institutions interviennent dans la lutte en fonction de leurs avantages comparatifs.

Les efforts du gouvernement pour endiguer l'épidémie bénéficient de l'appui du Système des Nations Unies à travers le Plan Cadre d'Assistance des Nations Unies pour le Développement (UNDAF).

D'autres partenaires au développement de la coopération bilatérale voire multilatérale apportent une assistance technique et financière multiforme dans la lutte contre le sida au Togo.

6.2. Appui financier

Le tableau suivant présente les contributions financières des partenaires internationaux à la lutte contre le sida en 2009 et 2010.

Tableau 5 : Sources de financement des dépenses extérieures de sida entre 2009 et 2010 au Togo

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANTS (FCFA)
Fonds mondial de lutte contre le sida	5 978 142 379
Partenaires bilatéraux	1 974 679 917
Gouvernement danois	80 310 143
Gouvernement français	1 743 342 005
Gouvernement allemand	45 924 941
Gouvernement américain	105 102 828
SYSTÈME DES NATIONS UNIES	1 374 806 724
ONUSIDA	53 309 779
UNICEF	618 438 728
PNUD	402 084 880
ONUDC	41 879 090
UNPFA	172 367 042
HCR	12 297 840
BM	1 600 000
OMS	72 829 365
Caritas Internationalis/Catholic Relief Services	73 025 226
FICR	9 169 400
SIDACTION	13 119 140
Fondation Clinton	393 773 590
Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif non classifiées	5 616 426 099
TOTAL	15 433 142 475

Source : REDES Togo, 2009-2010

CHAPITRE 7
SUIVI ET EVALUATION

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

Le suivi et l'évaluation de la réponse nationale au VIH et au sida a été véritablement effectif à partir de Juin 2007 avec l'élaboration et la mise en œuvre du plan national de suivi-évaluation.

7.1.1. Mise en place de structures organisationnelles de SE du VIH et renforcement des capacités humaines pour le SE du VIH

Le décret N° 2001-173/PR du 11 octobre 2001 portant création du Conseil National de Lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST) a mis en place le Secrétariat Permanent du CNLS-IST (SP/CNLS-IST) comme organe de coordination et de suivi de la réponse au VIH. Dans son organisation interne, le SP/CNLS a créé des divisions opérationnelles dont celle de la planification, du suivi et de l'évaluation.

➤ Au niveau central

La division de la planification, du suivi et de l'évaluation est dirigée par un socio-économiste planificateur assisté d'un statisticien démographe.

Les capacités de cette division ont été renforcées par un médecin épidémiologiste et un gestionnaire de bases de données.

Sur le plan logistique, la division a été également renforcée en matériels informatique et bureautique (5 Lap Top, 5 Desk Top, une photocopieuse) puis en matériel roulant (1 véhicule).

Dans le domaine de la formation, les deux cadres ont bénéficié de différents types de formation en suivi et en évaluation et en planification stratégique dont le cours de suivi-évaluation des interventions VIH et sida réalisé au CESAG en 2008.

➤ Au niveau décentralisé

Les Comités Régionaux de Lutte contre le sida (CRLS) n'étant pas opérationnels, les unités régionales de suivi et d'évaluation ne sont pas mises en place de façon formelle. En vue de pallier à cette insuffisance et à travers les ressources de la subvention du Fonds Mondial série 8, un chargé de suivi et de l'évaluation a été recruté et déployé dans chacune des six directions régionales de santé en 2010. Ils ont été équipés en matériels informatiques et roulants (4 véhicules pour les régions des savanes, de la Kara, Centrale et des Plateaux). Les chargés de suivi et de l'évaluation au niveau régional forment avec les opérateurs de saisie, les Points Focaux régionaux VIH, les chargés des statistiques régionales, un groupe régional de suivi et d'évaluation. Ces différents groupes ont reçu une formation sur le suivi et l'évaluation et ont principalement pour tâches de collecter, compiler, analyser et valider les données régionales sur la réponse au VIH en prenant en compte tous les secteurs y compris les organisations régionales de la société civile.

➤ Au niveau sectoriel

Outre le système national de suivi et d'évaluation du SP/CNLS-IST, le Ministère de la santé a son propre système, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Ce système est géré par la Division Information Statistique et Recherche (DISER). Le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS-IST) a un sous système de suivi et d'évaluation qui est calqué sur la pyramide sanitaire (central, régional et district) et qui s'incruste dans le SNIS. Des points focaux VIH nommés à chaque niveau. Au niveau régional, ces points focaux forment avec les chargés de statistique régionaux, les responsables de suivi et de l'évaluation le groupe régional de suivi et d'évaluation.

L'unité de suivi et d'évaluation du PNLIS-IST a été renforcée en personnels (un chargé des statistiques, un informaticien, un gestionnaire de la base des données, un médecin épidémiologiste, un assistant médical et un médecin généraliste).

➤ **Les organisations de la société civile**

L'ONUSIDA à travers le Programme d'Appui aux organisations de la Société Civile Impliquées dans la riposte au VIH/Sida au Togo (PASCI) a renforcé les capacités des acteurs de la société civile sur la collecte, le traitement et l'acheminement des données de leurs activités vers l'Unité de suivi et d'évaluation du SP/CNLS.

En matière de renforcement des compétences, l'unité de suivi-évaluation du SP/CNLS a réalisé des activités de formation des acteurs impliqués dans le suivi et l'évaluation parmi lesquelles :

- La formation d'un pool de 15 formateurs nationaux sur la version 3 du CRIS. Ceux-ci ont à leur tour formé 40 représentants du SP/CNLS, du PNLIS-IST, du Groupe de Référence Suivi et Evaluation (GRSE) et de 4 structures associatives (Croix Rouge Togolaise, Espoir Vie Togo, Association Togolaise pour le Bien Etre Familial et Aide Médicale et Charité) ayant des représentations régionales sur l'utilisation du logiciel CRIS 3 puis à la configuration de ce logiciel sur leurs ordinateurs.
- la formation d'une vingtaine d'experts nationaux sur l'outil d'estimation des flux des ressources et des dépenses en matière du VIH et du Sida (REDES/RTS).

7.1.2. Partenariats pour la planification, la coordination et la gestion du système de SE

Dans le but de renforcer le rôle et la place du suivi et de l'évaluation dans l'exécution des activités du CNLS-IST, la division de la planification, du suivi et de l'évaluation du SP/CNLS-IST a mis sur pied un Groupe de Référence sur le Suivi et l'Evaluation (GRSE) depuis 2008 servant de cadre partenarial entre le SP/CNLS et les départements suivi évaluation des autres structures de lutte contre le sida et dont les attributions sont bien définies. Ce groupe, qui comprend les acteurs de suivi évaluation des services techniques concernés et ceux des partenaires est chargé de conseiller les structures de coordination et d'exécution sur la mise en œuvre du système national de suivi - évaluation du sida, plus précisément en matière de suivi et évaluation ; en matière de système d'information ; en matière de surveillance biologique et comportementale du sida et en matière de recherche. Le GRSE fonctionne sur la base de plans de travail annuels. En 2011, le GRSE a coordonné les estimations de la taille des populations clés (PS, HSH) et les enquêtes séro-comportementales auprès de ces populations clés (PS, HSH, IDU, Prisonniers).

7.1.3. Plan National de suivi et d'évaluation du VIH et autres documents normatifs

Outre le Plan National de Suivi et Evaluation, l'Unité Suivi et Evaluation du SP/CNLS-IST a, avec l'appui du Groupe de Référence Suivi et Evaluation (GRSE) et des partenaires produit les outils et documents nécessaires à la gestion efficace des données ainsi qu'à la lisibilité des interventions. Parmi ceux ci, on peut citer :

- Le rapport sur l'accès universel aux services de prévention, traitement, soins et appui en 2010 et en 2011
- Les estimations et projections en matière de VIH et Sida pour la période en 2010 et en 2011.

- L'analyse du flux des ressources et dépenses en matière de lutte contre le Sida (NASA) pour les années 2009 et 2010 en 2011.
- Les rapports sur le suivi des indicateurs UNGASS en 2010

7.1.4 Communication, plaidoyer et culture pour le SE du VIH

Un plan de communication et de diffusion de l'information formalisé n'a pas été élaboré. Toutefois, les documents produits et les informations générées sont diffusés à travers les canaux suivants :

- Réunions des différents groupes thématiques (PTME, CDV, Traitement et soins, Surveillance, GRSE)
- Sessions du CNLS en 2010.
- Réunions du CCM (Country Coordinating Mechanism)

En plus de ces canaux, le CNLS et le PNLS ont développé respectivement leur site web (www.cnlstogo.tg; www.pnls.tg).

7.1.5 Supervision formative et audit des données

D'une manière générale, les activités de supervision de la division de la planification, du suivi et de l'évaluation du SP/CNLS vers les régions ou vers les acteurs de mise en œuvre n'ont pas été fréquentes. Quelques missions de supervision ont été réalisées ici et là sur quelques projets. Cette situation est due à l'insuffisance ressources financières.

Pour le secteur de la santé les supervisions ont été fréquentes et régulières à tous les niveaux. Il s'agit plus des supervisions formatives et de contrôle de qualité des données. Les succès enregistrés dans le secteur de la santé sont dus à : (i) la présence effective des structures de mise en œuvre (formations sanitaires) ; (ii) la présence effective du personnel dans les structures de mise en œuvre au niveau de tous les étages de la pyramide sanitaire ; (iii) la disponibilité des ressources financières et logistiques.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Directives sur le rapport d'activités sur la riposte au sida dans le monde 2012 ; ONUSIDA
- 2- Guide d'utilisation du Logiciel SPECTRUM 4.47 ; ONUSIDA ; 2012
- 3- DGSCN, 2010 : Multiples Indicators Cluster Survey (MICS4)
- 4- DGSCN, 2010 : 4^{ème} RGPH
- 5- OMS, 2007 : Estimation des cas de Co-infection TB/VIH (<http://www.who.int/tb/country/en>).
- 6- PNLS-IST ; 2010 : Surveillance sentinelle de l'infection à VIH chez les femmes en consultation prénatale
- 7- PNLS-IST ; 2009-2010 : Rapport annuel d'activités du PNLS-IST
- 8- SP/CNLS-IST, 2010 : Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS) ; rapport sur les indicateurs de base
- 9- SP/CNLS-IST ; 2010 : Rapport de la revue du PSN 2007-2010.
- 10- SP/CNLS-IST ; 2011 : Rapport du PSN 2012-2015
- 11- PNLS-IST ; 2012 : Rapport de sérosurveillance du VIH chez les PS et leurs clients
- 12- PNLS-IST ; 2012 : Rapport de sérosurveillance du VIH chez les HSH et leurs clients
- 13- PNLS-IST ; 2012 : Rapport de sérosurveillance du VIH chez les CDI et leurs clients
- 14- PNLS-IST ; 2012 : Rapport de sérosurveillance du VIH chez les Détenus et leurs clients

ANNEXES

ANNEXE 1 : COMPOSITION DES EQUIPES DE COLLECTE DE DONNEES

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	CONTACT
1	AGBOGAN Hilaire	Assistant S&E/SP/CNLS-IST (Point Focal Rapport Pays GARP 2012)	92524897 hilaire.agbogan@yahoo.fr
2	Dr DETI Edouard	Epidémiologiste	92653339 edouard.deti@live.fr
3	GNASSINGBE Denis	Gestionnaire base de données/SP/CNLS-IST	99525213 denisdondina@yahoo.fr
4	Dr DEKU Kodjo	Responsable S&E/PNLS-IST	90052676 dkodzo@voila.fr
5	Dr D'ALMEIDA Stéphane	Chargé S&E/PNLS-IST	90818174 senyedji@hotmail.com
6	AFOH Charif	Gestionnaire base de données/PNLS-IST	afoh2001@yahoo.fr
7	AGOGUE Elom	Informaticien/PNLS-IST	
8	KPEGLO Kossivi	Statisticien/PNLS-IST	kossivikpeglo@yahoo.fr
9	KOUMAGNANOU Georges	Directeur de la Recherche-S&E/PSI-Togo	georgesk@atms.tg
10	M. AMOUSSOU Kégnidè	Coordonnateur National Adjoint/SP/CNLS-IST	90043547 damoussou@yahoo.fr
11	KOUDAYA Roland	Assistant Administratif SP/CNLS-IST	90357002 rolando15fr@yahoo.fr
12	DJAHLIN Bernice	Gestionnaire de programme SP/CNLS-IST	90028404 djahlinbernice@yahoo.fr
13	GOUNA Yawo	Responsable Réseaux Communautaire/SP-CNLS	99466012 yawogouna@yahoo.fr
14	GNASSE Atinèdi	Responsable Communication/SP-CNLS	90136475 atgnas@yahoo.fr
15	AKIM Mabafai	Assistant Réseaux Communautaire/SP-CNLS	90133330 akim_mabafai@yahoo.fr
16	ABBEY Kokouvi	Directeur Technique MICS4/DGSCN	90917638 kokabb2001@yahoo.fr
17	SODJI Dométo	Président/Plateforme	90123757 famme_togo@yahoo.fr
18	Dr TAKPA Koubagnine	Conseiller en Suivi-Evaluation à l'ONUSIDA	99631098 takpak@unaids.org
19	Dr AGBEKOU Jérôme	DPC/OMS	90196171 agbekouj@who.tg.int
20	AFELI Jeanne	Chargée de Programme VIH/Jeunes&Adolescents /UNFPA	90041796 afeli@unfpa.org
21	ABALO Komi	Chargée de Programme VIH/UNICEF	99441296 kabalo@unicef.org