

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
(C.N.L.S. – I.S.T.)



REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



RAPPORT DE PROGRES SUR LA RIPOSTE AU VIH ET AU SIDA AU TOGO (GARPR 2014)

**SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE SUR
LE VIH ET LE SIDA DE JUIN 2011**

Indicateurs de base



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR ONUDC
UNICEF OIT
PAM UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE

LE SECRETARIAT PERMANENT

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : +228 22 61 62 77 Fax : +228 22 61 62 81
Email : cnls@laposte.tg / cnlstogo@cnlstogo.org Site Web : www.cnlstogo.org

SOMMAIRE

Table des illustrations	iii
Sigles et acronymes	iv
GENERALITES	1
1. Contexte géographique	2
2. Contexte politique, administratif et économique	3
3. Contexte démographique	3
4. Contexte législatif et programmatique	4
I. APERÇU DE LA SITUATION	5
1.1. Statut de l'épidémie, politique et programme	6
1.2. Implication des intervenants dans le processus d'élaboration du rapport	6
II. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH	8
2.1. Situation dans la population générale	9
2.2. Prévalence dans les populations clés et les populations passerelles	9
2.3. Nombre de personnes vivant avec le VIH et tendance évolutive	10
2.4. Les nouvelles infections	10
III. LA REPONSE NATIONALE AU SIDA	12
IV. BONNES PRATIQUES	16
V. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS	18
5.1. Principaux défis au cours du dernier rapport GARPR	19
5.2. Défis rencontrés au cours de la mise en œuvre des interventions	19
5.3. Solutions	19
VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	20
6.1. Appui technique	21
6.2. Appui financier	21
VII. SUIVI ET EVALUATION	23
7.1. Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation	24
Références bibliographiques	27
Annexes	28

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs GARPR	7
Tableau 2 : Synthèse des résultats obtenus en 2012	15
Tableau 3 : Sources de financement des dépenses extérieures de sida entre 2011 et 2012 au Togo	22

Figures

Figure 1 : Nombre de décès liés au Sida au Togo.....	10
Figure 2 : Nouvelles infections par tranches d'âge en 2012	11
Figure 3 : Evolution des dépenses de la lutte contre le VIH et le sida selon les sources de financement de 2011 à 2012.....	14

SIGLES ET ACRONYMES

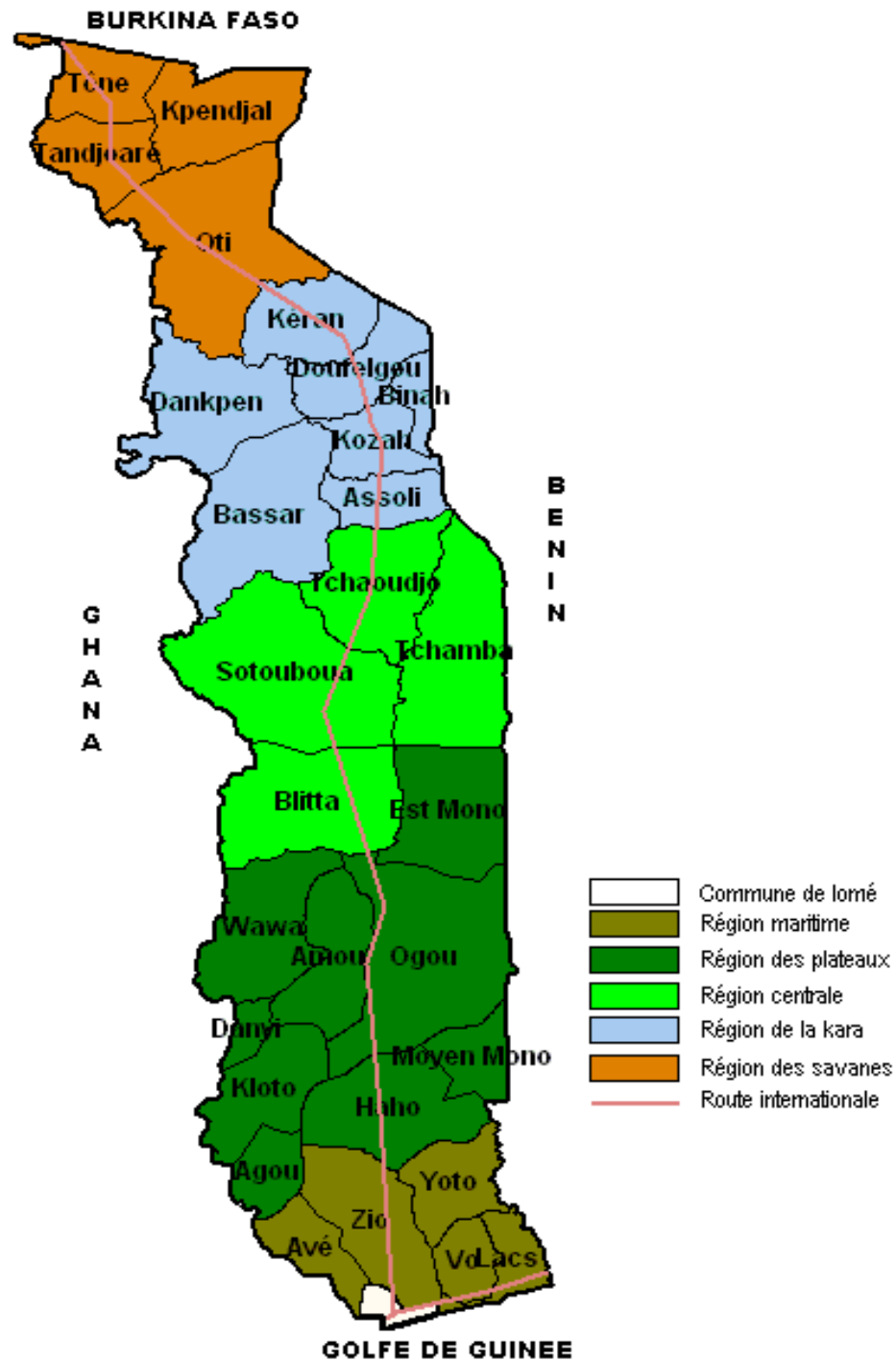
AES	Accident d'Exposition au Sang
ARV	Anti Rétro Viraux
BM	Banque Mondiale
CAP	Connaissances, attitudes, Pratiques
CARMMA	Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CCC/SR	Communication pour le Changement de Comportement et pour la Santé Reproductive
CCM	Country Coordinating Mechanism
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
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
ONUDC	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
PMLS-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 administrative du Togo

2. CONTEXTE POLITIQUE, ADMINISTRATIF ET ECONOMIQUE

2.1 *Contexte politique et administrative*

La stabilité politique et la paix sociale retrouvées ont créé un cadre favorable à une meilleure gouvernance des affaires publiques, la croissance économique, la promotion des investissements étrangers, la reprise de la coopération internationale et à un allègement substantiel de la dette publique extérieure.

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*

Les politiques macro-économiques poursuivies par le gouvernement visent (i) la diversification et la compétitivité de l'économie, (ii) le maintien de la stabilité du cadre macroéconomique afin de garantir une croissance économique forte, durable et compétitive ; (iii) l'amélioration de la productivité agricole ; (iv) le développement du potentiel industriel du pays ; (v) la relance de l'industrie touristique; (vi) le développement des infrastructures énergétiques et de télécommunication, pour accroître l'accès et la qualité de ces services, ainsi que leur compétitivité-prix et (vii) le renforcement des infrastructures structurantes et de transport.

La population totale du Togo est estimée à 6 191 155 habitants en 2010, avec un taux de croissance annuel moyen de 2,84%. Cette population est constituée en majorité de femmes (51,4%) et de jeunes. Les moins de 25 ans 60% de la population totale. Cette structure de la population souligne l'urgence d'investir dans l'éducation, la santé et la lutte contre le VIH et Sida. L'incidence de la pauvreté demeure très élevée avec 58,7% de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté en 2011. Quant à l'extrême pauvreté, son incidence au sein de la population générale est de 30,4% en 2011.

La pauvreté figure parmi les principaux déterminants de la croissance rapide de la pandémie de l'infection au 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.

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 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.

3. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

La démographie au Togo est caractérisée par une croissance rapide de la population et marquée par de fortes disparités régionales. La population totale est passée de 2.719.567 habitants en 1981 à 6.191.155 habitants en 2010 (quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de novembre 2010), soit un taux de croissance annuel moyen de 2,84% (équivalant à un doublement tous les 25 ans), et est constituée en majorité de 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 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 scolarisation, de santé, d'hygiène, d'assainissement et de création d'emplois.

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 spécifiques à la santé et au VIH. Le pays a aussi adopté des textes législatifs en faveur de l'amélioration de la santé des populations et de la lutte contre le VIH. Par ailleurs, il a adhéré à différents documents de politiques et stratégies (annexe 1).

I. APERÇU DE LA SITUATION

1.1. Statut de l'épidémie, politique et programme

Le Togo présente une épidémie de type généralisé avec une prévalence estimée à 2,9 % dans la population générale en 2013 (Rapport ONUSIDA 2013).

En 2012, le Togo a élaboré et adopté un document de politique nationale de lutte contre le sida. Dénommé « **Vision 2020** », ce document traduit la vision du gouvernement de parvenir à une génération sans sida au Togo à l'horizon 2020.

Outre ce document de politique, le Togo dispose d'un Plan Stratégique National de lutte contre le sida et les IST couvrant la période 2012 à 2015. Pour faciliter la mise en œuvre de ce plan stratégique, le Togo a élaboré des documents d'opérationnalisation notamment : i) le Plan National de Suivi et Evaluation 2012-2015, ii) le Manuel de Suivi et Evaluation et iii) le Plan Opérationnel multisectoriel 2012-2013.

Des initiatives sont en cours pour mettre en place un programme spécifique en faveur des populations clés. C'est dans ce contexte qu'un document de politique nationale de prévention et de prise en charge globale du VIH des populations clés au Togo a été élaboré en juillet 2013.

1.2. Implication des intervenants dans le processus d'élaboration du rapport

Le présent rapport a été élaboré sous la coordination du SP/CNLS-IST et avec l'appui de l'ONUSIDA selon une approche participative impliquant les différents intervenants dans la réponse nationale, notamment les organisations de la société civile (y compris celles des personnes vivant avec le VIH et des populations clés), les secteurs public et privé, les partenaires techniques et financiers dont les agences du Système des Nations Unies.

L'élaboration du rapport a été marquée par plusieurs étapes :

- Réunion d'information à l'intention des membres du Groupe National de Référence en Suivi et Evaluation (GNRSE) composé des chargés de Suivi et Evaluation des principaux intervenants dans la riposte ;
- L'élaboration et la validation des termes de référence par le GNRSE
- Prise en main de la nouvelle version Spectrum, mise à jour, saisie des données dans le logiciel EPP/Spectrum et envoi à l'ONUSIDA Genève ;
- Revue documentaire (consultation des précédents rapports GARP et des principaux documents existants en matière de lutte contre le sida)
- Collecte des données NCPI : focus groupe avec les OSC et interview des autres intervenants à partir des questionnaires NCPI
- Actualisation des données des indicateurs et rédaction du rapport narratif au cours d'un atelier de 6 jours par un comité de rédaction de 15 personnes essentiellement membres du GNRSE
- Validation du rapport au cours d'un atelier national ayant connu la participation des différentes parties prenantes ;
- Intégration des amendements et envoi du rapport à l'ONUSIDA Genève le 31 mars 2014.

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs GARPR

OBJECTIFS	CIBLES	CODE	INDICATEURS	SOURCES	ANNEE	VALEUR
Objectif 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	Population générale	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 %
		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/ Prévalence	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 %
		1.6.	Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	Surveillance sentinelle	2010	T : 1,56 %
	Professionnel(le)s du Sexe (PS)	1.7.	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe touché(e)s par les programmes de prévention du VIH	SSG 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	SSG chez les PS	2011	T : 91,23 %
		1.9.	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	SSG chez les PS	2011	T : 57,69 %
		1.10.	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	SSG chez les PS	2011	T : 13,11 %
	Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes (HSH)	1.11.	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	SSG chez les HSH	2011	T=46%
		1.12.	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	SSG 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	SSG chez les HSH	2011	T=54,59%
		1.14.	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	SSG chez les HSH	2011	T=19,6%
Objectif 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables	Consommateur de Drogue Injectable (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	NA
		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	NA
		2.4.	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Sérosurveillance chez les CDI	2011	T=64,7%
		2.5.	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	Sérosurveillance chez les CDI	2011	ND
Objectif 3 : D'ici à 2015, éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida**	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=74,87%
		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=28,24%
		3.3.	Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois (modélisée)	SPECTRUM	2013	17,86%
Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	PVVIH	4.1.	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral*	RAPPORT PNLS	2013	30,46%
		4.2.	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	RAPPORT PNLS	2013	T=88,61%
Objectif 5 : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	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	RAPPORT PNLP	2013	T=46,95%
Objectif 6 : D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	ND	6.1.	Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et sources de financement	RAPPORT REDES	2011 2012	2011 : 9 996 837 531 Fcfa 2012 : 9 307 066 030 Fcfa
Objectif 7 : Éliminer les inégalités entre les sexes	Femme de 15-49 ans	7.1.	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 %
Objectif 8 : Éliminer la stigmatisation et la discrimination		8.1.	Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH			
Objectif 9 : Éliminer les restrictions en matière de déplacement			<i>Les données relatives aux restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par la Division Lois et Droits de l'Homme, basée au siège de l'ONUSIDA ; aucune donnée ne doit donc être transmise</i>			
Objectif 10 : Renforcer l'intégration de la lutte contre le VIH		10.1.	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	MICS4	2010	Partie A: 77,05 % Partie B: 89,02 %
		10.2.	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	QUIBB	2006	T=9,88 %

II. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH

2.1. Situation dans la population générale

L'absence d'EDS au Togo ne permet pas d'avoir des prévalences mesurées de la population générale mais estimée à partir des données épidémiologiques issues des estimations de la séro-surveillance sentinelle chez les femmes enceintes et études CAP auprès de la population de 15-49 ans et couplées à la séroprévalence chez les jeunes de 15-24 ans et des estimations Spectrum ONUSIDA. En 2012, le Togo avec une prévalence estimée à 2,9% a une épidémie de type généralisé. La prévalence est plus élevée en milieu urbain (4,4%) qu'en milieu rural (2,3%) avec un ratio de 1,91 entre le milieu urbain et rural. On note une inégale distribution de la prévalence au niveau national avec une forte concentration au Sud. Sur les 6 régions sanitaires du pays, les 3 régions méridionales ont une prévalence supérieure à la moyenne nationale. Il s'agit de Lomé commune (6,8%), la région maritimes (5,3%) et la région des plateaux (3,5%) qui concentrent plus de trois quarts de la population togolaise.

Selon les estimations, la féminisation de l'épidémie du VIH/Sid au Togo connaît de légères croissances depuis 2000. Le ratio de prévalence est passé de 1,39 en 2000 à 1,44 en 2012 avec une prévalence de 3,56% chez la femme et 2,48% chez l'homme.

L'absence d'EDS ne permet pas d'avoir les prévalences par groupe d'âge afin de déterminer les groupes d'âge les plus touchés. Cependant une étude sérocomportementale chez les jeunes 15-24 ans réalisée en 2010 montre une prévalence 1,3% dans ce groupe d'âge avec 1,6% chez les filles et 0,9% chez les garçons soit un ratio de prévalence de 1,77 contre 1,43 de ratio estimé pour la population générale au cours de la même période. Cette différence montre la vulnérabilité des jeunes filles à cet âge.

2.2. Prévalence dans les populations clés et les populations passerelles

Les populations clés au Togo sont constituées par les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les consommateurs de drogues injectables (IDU). Aux côtés de ces populations clés, le Togo identifie des populations dites passerelles qui sont les hommes en armes ou corps habillés, les détenus et les camionneurs ou routiers.

a) Les populations clés

Des enquêtes comportementales et de séroprévalences du VIH chez les populations clés (PS, HSH, IDU, Détenus) ont été réalisées en 2011 et ont permis de déterminer leurs caractéristiques. Le nombre de PS au Togo est estimé à 8 000 (490 PS affichées opérants dans des maisons closes, 1 548 PS ambulantes, 5 962 PS clandestines non affichées). La prévalence du VIH/sida au sein des PS est de 13,1% et celle des clients de PS 2,5%. Quant aux hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, ils sont estimés à 758 dont 65,7% à Lomé avec une prévalence de 19,6%. En 2012, 40871 usagers de drogues ont été dénombrés à Lomé Commune et dans la région Maritimes et 1% de cette population utilise les drogues injectables. La prévalence au sein de ce groupe de consommateurs de drogue est de 5,5%. Malgré des prévalences élevées au sein de ces populations clés, l'étude MOT 2013, montre qu'elles contribuent faiblement aux nouvelles infections. Leurs contributions sont respectivement de 2,37% chez les PS et les clients des PS 7,5%, 6,9 chez les HSH et les partenaires des HSH 2,04%, 1,5% chez les CDI et les partenaires des CDI 0,12%.

b) Les populations passerelles

On estime à environ 13 000 le nombre d'hommes en tenue et à 4 136 le nombre de détenus en 2011(Direction de l'Administration Pénitentiaire). Les prévalences au sein de ses population passerelles sont élevées et largement supérieures à la moyenne. En 2009, elles étaient de 7,6

¹ Etude OCAL sur la cartographie et estimation des tailles des populations exposées au risque de transmission du VIH dans le Corridor Abidjan-Lagos 2012

chez les hommes en tenues et 4,3% chez les détenus en 2012. Au niveau des détenus, le ratio de prévalence est de 3,75 (4% chez les hommes et 14,3% chez les femmes).

2.3. Nombre de personnes vivant avec le VIH et tendance évolutive

De 2000 à 2012 le nombre de PVVIH au Togo, a connu des variations en 2 phases selon les estimations ONUSIDA. Une première phase marquée par une progression du nombre de PVVIH de 127 050 en 2000 à 140 714 en 2008 soit une augmentation d'environ 10%. La 2ème phase est celle de la régression entre 2008 et 2012 où le nombre de PVVIH passe de 140 714 à 123 185 soit une baisse de 14%. Cette tendance à la régression montre toujours un nombre élevé de PVVIH au Togo avec pour conséquence un nombre important de PVVIH qui seront sous ARV.

La mortalité liée au VIH/sida au Togo reste élevée malgré la forte augmentation des ressources financières de 215% allouées aux soins et traitement entre 2009 et 2010. De 2003 à 2009, le nombre de décès lié au VIH/sida est resté quasi constant avec parfois des pic de progression. Nous sommes passés de 10 150 à 10 510 décès entre 2003 et 2009. Cependant les décès ont légèrement baissés de 2009 à 2012 et sont passés de 10 150 à 7080 soit une baisse de 31%. Cette baisse est le fait de l'augmentation importante de ressources financières allouées aux soins et traitements. Les tendances montrent que le nombre de décès liés au VIH/sida seront en baisse de 64% (7081 à 2531) de 2012 à 2020.

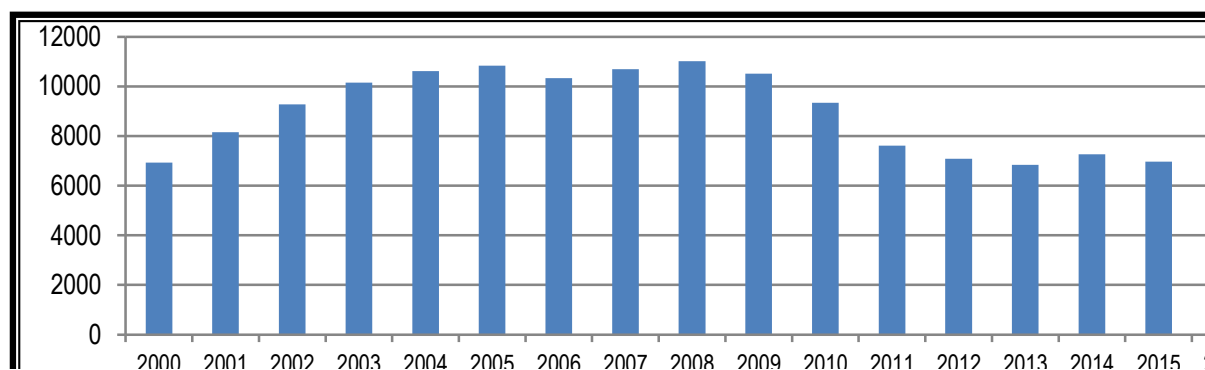


Figure 1 : Nombre de décès liés au Sida au Togo

2.4. Les nouvelles infections

Les nouvelles infections au Togo ont une tendance à la baisse. Elles sont passées de 17 504 en 2000 à 5 923 en 2012 et concerne les deux sexes selon les estimations ONUSIDA 2013. Elles sont plus importantes chez les femmes (3344) que chez les hommes (2579) avec un ratio d'infection de 1,3. Les groupes d'âges les plus touchés par les nouvelles infections sont les jeunes de 20-24 ans et 25-29 ans avec respectivement 20% et 19% des nouveaux cas. Le groupe d'âge de 0-4 ans représente 13% des nouvelles infections ce qui montre l'importance de la transmission mère-enfant. Les nouvelles infections chez les adultes de 30-34 ans et 35-39 ans sont importantes et représentent 14 et 10% des nouveaux cas. Les nouvelles infections chez les adolescents 15-19 ans sont estimés à 9%. Au total, 61% des nouvelles infections surviennent entre 0 et 29 ans. Les nouvelles infections chez les femmes sont plus prononcées entre 15 et 29 ans ce qui montrent la vulnérabilité des jeunes filles à cet âge.

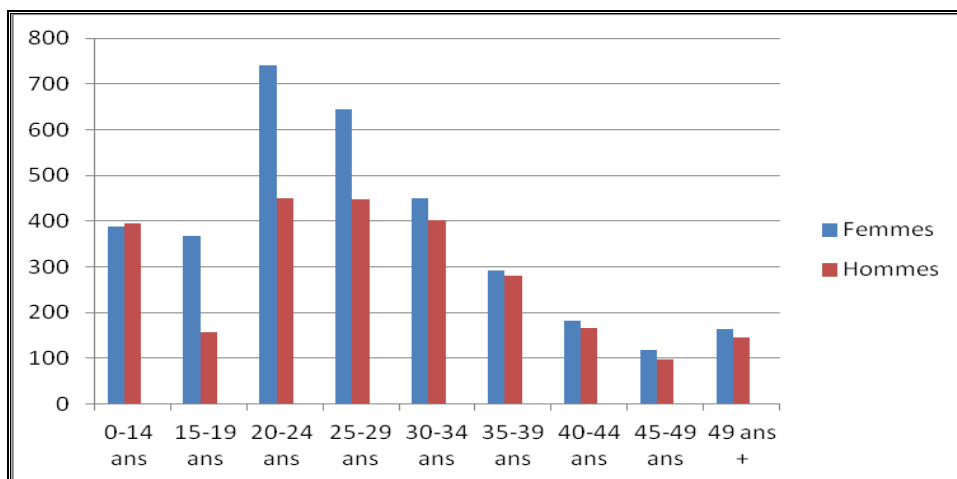


Figure 2 : Nouvelles infections par tranches d'âge en 2012

Selon l'étude MOT 2013, du Togo, 61,92% des nouvelles infections sont attribuées aux couples stables, suivi des personnes qui ont des rapports occasionnels 14,01% et des clients des PS 7,2%. Ces trois groupes contribuent à 83,13% des nouvelles infections aux Togo. Cette population appartient à la population générale. Les contributions des populations clés sont respectivement de 2,37% chez les PS, 6,9% chez les HSH et les partenaires des HSH 2,04%, 1,5% chez les CDI et les partenaires des CDI 0,12%.

III. LA REPONSE NATIONALE AU 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-IST 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.

Aussi, dans le cadre du suivi de la Déclaration d'Engagement de UNGASS 2001, 5 rapports ont été élaborés de 2007 à 2014.

3.1.2. Implication des différents secteurs dans la réponse nationale

La lutte contre le sida entre 2010 et 2013 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.

La société civile s'est activement engagée dans la lutte contre le VIH au Togo dans tous les domaines comme en témoigne son dynamisme dans la prise en charge globale des PVVIH.

La forte mobilisation de la société civile est matérialisée par la mise en place d'une Plateforme des organisations de la société civile impliquées dans la réponse au VIH sur toute l'étendue du territoire.

Les organisations confessionnelles comme l'église catholique, l'église évangélique et l'union musulmane participent aussi activement à la réponse nationale.

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

L'évaluation montre que les dépenses consacrées à la lutte contre le sida étaient de 9 996 837 531 FCFA en 2011 et de 9 307 066 030 FCFA en 2012. Trois sources de financement cohabitent au Togo : il s'agit des fonds publics, fonds privés et les fonds internationaux. On note aussi une forte dépendance du Togo aux ressources extérieures dans le financement de la riposte au VIH surtout une forte dépendance des ressources du Fonds Mondial.

Les fonds publics représentent 19% des dépenses globales en 2011 soit 1 922 707 086 **FCFA** contre 31% en 2012 soit 2 866 546 522 FCFA. Les fonds privés sont estimés à 742 700 207 FCFA soit 7,43% en 2011 contre 831 124 353 FCFA soit 9% en 2012 des dépenses du sida tandis que les financements internationaux (fonds bilatéraux, multilatéraux et fonds des organisations et fondations internationales à but non lucratif) sont évalués à 7 331 430 238 FCFA soit 73% en 2011 contre 5 609 395 155 FCFA 60% en 2012.

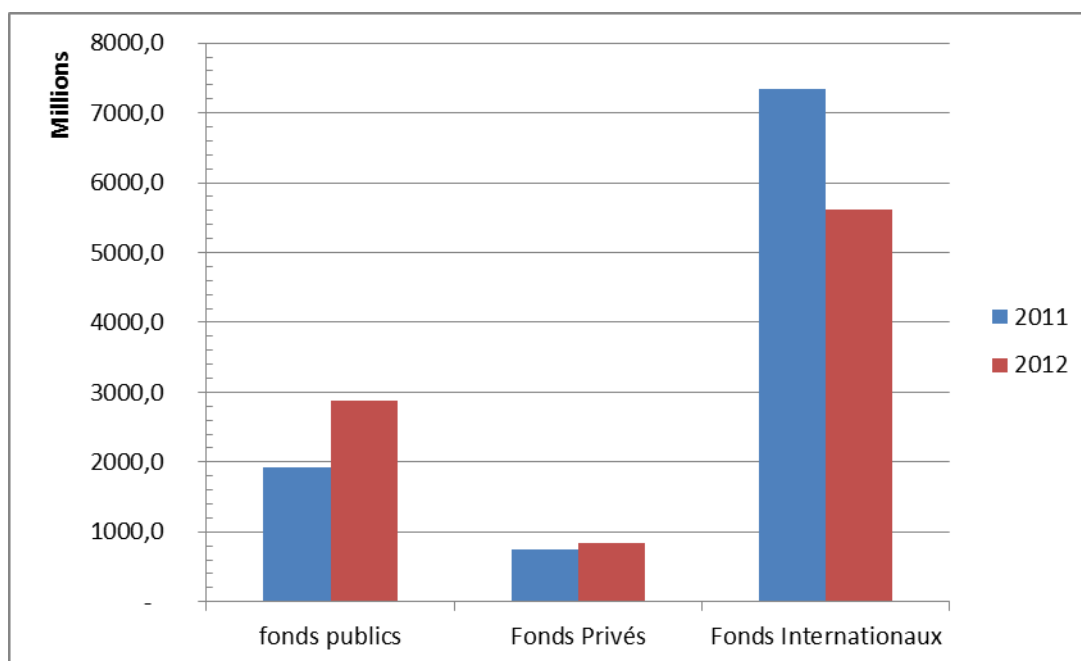


Figure 3 : Evolution des dépenses de la lutte contre le VIH et le sida selon les sources de financement de 2011 à 2012

3.2. Riposte au plan programmatique

Sur le plan programmatique, le pays a enregistré courant 2012, les résultats ci-après.

En matière de prévention, trois types de services essentiels ont été offerts aux populations cibles : Il s'agit de la sensibilisation, la distribution des préservatifs et l'offre de conseil et dépistage du VIH.

Ainsi, dans le domaine de prévention, des actions de Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC) en matière VIH, la promotion des comportements sexuels à moindre risque, la promotion de l'utilisation des préservatifs, la promotion du conseil et dépistage du VIH et le diagnostic et le traitement des IST ont été réalisées. Ces actions ont permis de toucher i) 524 640 personnes-contacts parmi les groupes cibles soit 101% de taux de réalisation, ii) de distribuer 5 895 816 préservatifs à ces derniers avec un taux de réalisation de 15,8% ; iii) d'offrir les services de conseil et dépistage à 28 898 personnes des groupes cibles (17,7% de réalisation) et à 140 890 femmes enceintes le (42,6% de l'objectif) fixé ; iv) de prendre en charge 7 797 cas d'IST.

Dans le domaine de la prise en charge, 31 638 PVVIH ont été mis sous traitement ARV avec un taux de réalisation de 94,7%. L'appui psychosocial sous divers formes a été offert à 4 087 PVVIH suivies soit un taux de réalisation de 5,5%.

Les principaux produits obtenus à l'issue des offres de ces services sont mentionnés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Synthèse des résultats obtenus en 2012

Indicateurs	Prévu 2012	Réalisé 2012	Taux de réalisation %
Nombre de personnes touchées par ses sensibilisations	519 545	524 640	101,0
Personnes sensibilisées sur les violences basées sur le genre	846 122	225 162	26,6
Préservatifs distribués	37 245 737	5 895 816	15,8
Nombre de personnes ayant bénéficié d'un test de dépistage au VIH et qui connaissent les résultats	210 332	28 898	13,7
Femmes enceintes ayant bénéficié du test VIH	330 370	140 890	42,6
Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu les ARV pour la prophylaxie	4 894	3 441	70,3
Femmes enceintes séropositives VIH ayant bénéficié du comptage CD4	3 863	1 501	38,9
Femmes enceintes séropositives VIH ayant accouché sous ARV	1 957	963	49,2
Nombre de nourrissons nés de mères séropositives sous cotrimoxazole	6 439	2 476	38,5
Nombre de nourrissons nés de mères séropositives ayant bénéficié du diagnostic précoce du VIH (PCR1)	5 151	2 007	39,0
Nombre de nourrissons de PCR positif mis sous traitement ARV	172	155	90,1
Nombre de femmes séropositives au VIH en âge de procréer sous contraceptif moderne	53 629	2 693	5,0
Cas d'IST diagnostiquées et traitées	78 888	7 797	9,9
Nombre de poches de sang et dérivés de sang sécurisés (poches de sang collecté et traité)	44 000	39 143	89,0
Nombre de PVVIH sous traitement ARV	33 408	31 638	94,7
Nombre de PVVIH suivies bénéficiant d'un appui	74 299	4 087	5,5

Malgré les difficultés liées aux problèmes de disponibilités de ressources financières notamment du Fonds Mondial, les résultats obtenus en 2012 dans la riposte nationale sont à mettre à l'actif de tous les acteurs de la riposte nationale. Mais ces résultats programmatiques restent insuffisants et des efforts encore plus importants, cohérents et coordonnés devront être menés pour atteindre les objectifs fixés pour l'échéance de 2015.

IV. BONNES PRATIQUES

Les bonnes pratiques enregistrées dans les domaines de l'intensification des programmes de prévention, de soins, de traitement et/ou de soutien sont les suivants.

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

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).

Ce projet a permis de démontrer que l'éducation sexuelle dans le cadre familial est un gage du report du 1er 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.

En matière de réduction de la vulnérabilité face aux IST/VIH chez les PS et leurs clients :

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 matière de prise en charge des populations clés

Un document de politique nationale de prévention et de prise en charge globale du VIH chez les populations clés au Togo a été élaboré en juillet 2013 afin de faciliter l'accès aux services de prévention, de soins et soutien en matière de lutte contre le VIH et le sida.

V. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS

5.1. Principaux défis au cours du dernier rapport GARPR

Ces défis sont :

- Disposer d'une estimation réaliste de la taille des professionnel(le)s du sexe, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), des usagers de drogue (UD) en général et des usagers de drogue injectable (UDI) en particulier.
- Rendre opportune les données.

5.2. Défis rencontrés au cours de la mise en œuvre des interventions

Au cours de l'année 2012, la principale contrainte rencontrée dans la mise en œuvre des interventions est la faible disponibilité des ressources financières de l'Etat et du Fonds Mondial dans la cadre de la mise en œuvre du projet VIH série. Cela a impacté négativement la réalisation de la plupart des activités de préventions et de la prise en charge communautaire.

En matière de coordination de la réponse nationale, la difficulté du SP/CNLS-IST se résume essentiellement au déficit en ressources humaines, matérielles, financières et techniques.

En matière de planification et de suivi-évaluation, le renforcement des capacités des acteurs au niveau des ministères, entreprises et organisations de la société civile constitue un défi à relever pour améliorer le taux de complétude des données et surtout leur qualité.

5.3. Solutions

Les principales solutions proposées sont :

- Une série d'études sera menée en 2014 notamment :
 - l'enquête CAP chez les jeunes
 - l'estimation de la taille des PS, des HSH et des UDI
- Les plaidoyers pour la mise en œuvre du plan de mobilisation des ressources internes.
- La mise en place les structures organisationnelles ayant fonction de suivi et évaluation à tous les niveaux.

VI. 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 2011 et 2012.

Les contributions de la lutte contre le SIDA pour les deux années s'élèvent à 19 303 903 561 F CFA dont 67,04% proviennent des fonds Internationaux notamment le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la tuberculose et le Paludisme.

Tableau 3 : Sources de financement des dépenses extérieures de sida entre 2011 et 2012 au Togo

SOURCES DE FINANCEMENT	2011	2012	TOTAL
Bilatéraux	808 724 796	2 447 568 951	3 256 293 747
Gouvernement Danois	12 597 897	9 825 535	22 423 432
Gouvernement Français	594 326 720	2 294 292 463	2 888 619 183
Gouvernement Allemand	15 596 355	25 190 633	40 786 988
Gouvernement Suisse	67 700 300		67 700 300
Gouvernement Américain	118 503 524	118 260 320	236 763 844
Multilatéraux	5 742 623 561	2 558 626 943	8 301 250 504
Fonds Mondial	5 035 264 337	1 774 647 073	6 809 911 410
ONUSIDA	46 555 032	14 576 398	61 131 430
UNICEF	246 249 245	316 509 280	562 758 525
PNUD	218 199 693	141 962 335	360 162 028
UNESCO	2 400 000		2 400 000
HCR	15 764 680		15 764 680
UNFPA	143 060 491	296 207 000	439 267 491
BM	26 213 503		26 213 503
PAM		9 623 197	9 623 197
OMS	8 916 580	5 101 660	14 018 240
Organisations et fondations internationales à but non lucratif	479 106 293	557 230 509	1 036 336 802
OCDI Caritas Togo	16 534 650	49 968 139	66 502 789
FICR	45 300 000	70 432 838	115 732 838
Plan International	108 029 148	87 591 820	195 620 968
PSI	50 949 399	49 860 363	100 809 762
SIDACTION	11 014 198	23 619 230	34 633 428
Fondation Clinton	24 985 817	8 228 920	33 214 737
IPPF	18 787 045	11 711 439	30 498 484
Autres Organisations et Fondations Internationales à but non lucratif n.c.a.	203 506 036	255 817 760	459 323 796
Organisations Internationales à but Lucratif	50 649 114	39 734 932	90 384 046
Ensemble des autres Fonds Internationaux non classifiés ailleurs	250 326 474	6 233 820	256 560 294
Total	7 331 430 238	5 609 395 155	12 940 825 393

Source : REDES Togo, 2011-2012

VII. SUIVI ET EVALUATION

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

Depuis 2007, la lutte contre le VIH/SIDA a mis en place véritablement système de suivi-évaluation avec l'élaboration et la mise en œuvre du Plan National de Suivi-Evaluation. Avec l'élaboration du Plan Stratégique National 2012-2015, le pays s'est doté d'outils pour faire le suivi de la riposte nationale du VIH et du Sida. Il s'agit du Plan National de Suivi Evaluation 2012-2015, du Manuel de Suivi Evaluation, d'un plan opérationnel 2012-2013. 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 2007-2010.

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.

Le SP/CNLS-IST a pris la décision N° 2013-001/CNLS-IST/SP portant réaménagement du Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation (GNRSE). Ce réaménagement de GNRSE a permis à ce groupe de valider tous les protocoles de recherches, d'animer les sessions de formations en Suivi et Evaluation

➤ **Au niveau central**

La division de la planification, du suivi et de l'évaluation est dirigée par 2012 par un médecin épidémiologiste. Il est assisté par un gestionnaire de base de données et 2 assistants en suivi évaluation.

Sur le plan logistique, la division a été renforcée depuis 2010 en matériels informatique et bureautique (5 Lap Top, 5 Desk Top, une photocopieuse) puis en matériel roulant (1 véhicule).

➤ **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. Le Fonds Mondial Série 8 avait recruté dans sa première phase des chargées de suivi évaluation régionales. Ces chargés de Suivi Evaluation n'ont pas été reconduits dans la seconde phase.

Depuis 2012, au niveau de la Région ce sont les points Focaux régionaux qui se chargent de la collecte et du suivi des activités de la riposte au VIH/SIDA. L'absence des chargés de Suivi Evaluation au niveau des régions constitue une limite dans le système National de suivi évaluation.

La Plateforme de la Société Civile a mis en place au niveau des régions des coachs en suivi Evaluation. Ces coachs se chargent d'apporter un appui aux autres structures dans le suivi des activités. Les points focaux régionaux et les coachs en suivi Evaluation de la Plateforme 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**

Le Ministère de la santé a son sous-système (Système National d'Information Sanitaire, SNIS) intégré au système national unique. Ce sous-système est géré par la Division Information Statistique et Recherche (DISER).

Des points focaux VIH sont à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Ils se chargent du suivi et de l'évaluation des activités de la riposte au VIH aux niveaux régional et préfectoral.

➤ **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 le Service de Planification et Suivi et Evaluation du SP/CNLS-IST. Depuis 2013, la Plateforme des Organisations de la société civile intervenant dans la riposte au VIH a pris la relève du PASCi dans l'accompagnement des organisations de la société civile.

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

- La formation sur l'élaboration des Plan de Travail Annuel (PTA) de 15 ministères et de 10 entreprises. Cette formation a permis à ces secteurs de se doter des PTA 2013.
- Formation en suivi Evaluation : le SP/CNLS-IST a formé 100 personnes sur le suivi et l'évaluation des programmes VIH. Il s'agit des participants venant des ONG et Associations, des Points focaux régionaux et de district et des points focaux des VIH des ministères.
- Formation des chargés de suivi et évaluation de la Plateforme : dans le but de produire un rapport retraçant l'effort de la société civile dans la riposte au VIH, la Plateforme des OSC a formé 12 Chargés de Suivi Evaluation sur le suivi des activités communautaires.
- Mission de Coaching des secteurs régionaux. En 2013, le SP/CNLS-IST a organisé une mission de coaching sur site et de suivi des activités du VIH/SIDA. Toutes les régions et sanitaires ont été visitées

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 redynamisé le Groupe National de Référence sur le Suivi et l'Evaluation (GNRSE) en 2013. Celui-ci 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.

7.1.3. Plan National de Suivi et d'Evaluation du VIH et autres documents normatifs

Outre le Plan National de Suivi et Evaluation, l'Unité Planification Suivi et Evaluation du SP/CNLS-IST a, avec l'appui du Groupe National de Référence Suivi et Evaluation (GNRSE) 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 GARPR 2013
- Les estimations et projections en matière de VIH et Sida pour la période en 2012 et en 2013.
- L'analyse du flux des ressources et dépenses en matière de lutte contre le Sida (REDES) pour les années 2011 et 2012.
- Le Manuel de suivi et évaluation
- Le Répertoire des études sur le VIH de 2001 à 2011
- Le Rapport Epi MOT qui a fait ressortir les modes de transmission du VIH
- Le Rapport d'activités CNLS 2012
- Le Rapport de l'étude sur la gestion des préservatifs
- Le Plan National d'Assistance Technique
- Plan National de Communication
- Plan National de Recherche
- Politique National de lutte contre le SIDA
- Politique nationale de Prévention et de prise en Charge globale du VIH des Populations clés au Togo.

7.1.4 Communication, plaidoyer et culture pour le SE du VIH

Un plan de communication a été élaboré en 2013. En plus de ce plan les informations sont disséminées à travers les canaux suivants :

- Réunions des différents groupes thématiques (PTME, CDV, Traitement et soins, Surveillance, GNRSE)
- Ateliers
- JMS 2012 et 2013
- Reunions 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 ont été amorcées en 2013.

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.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Guide d'élaboration du rapport d'activités 2014 sur la riposte au sida dans le monde ; ONUSIDA
- 2- Guide d'utilisation du Logiciel SPECTRUM 5.02 ; ONUSIDA ; 2014
- 3- DGSCN, 2010 : Multiples Indicators Cluster Survey (MICS4)
- 4- DGSCN, 2010 : 4^{ème} RGPH
- 5- PNLS-IST ; 2010 : Surveillance sentinelle de l'infection à VIH chez les femmes en consultation prénatale
- 6- PNLS-IST, 2013 : Rapport annuel d'activités
- 7- SP/CNLS-IST, 2012 : Rapport GARPR 2012
- 8- SP/CNLS-IST, Rapport Annuel des activités de lutte contre le VIH/Sida au Togo 2012 (Juin 2013)
- 9- SP/CNLS-IST, Analyse de la distribution des nouvelles infections par le VIH au Togo : Rapport étude MOT (Juillet 2013)
- 10- SP/CNLS-IST, Plan Stratégique National de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles 2012-2015 (Mai 2012)
- 11- SP/CNLS-IST, Politique Nationale de prévention et de prise en charge globale du VIH des populations clés au Togo (Juillet 2013)
- 12- SP/CNLS-IST, Plan national d'assistance technique pour la riposte contre le VIH/Sida : 2013-2015 (Janvier 2013)
- 13- SP/CNLS-IST, Evaluation des ressources et dépenses consacrées à la réponse nationale au VIH et au Sida au Togo : 2011 et 2012. Rapport REDES 2011-2012
- 14- SP/CNLS-IST, Cartographie des cibles prioritaires et définition du circuit national de distribution des préservatifs au Togo (Décembre 2012)
- 15- SP/CNLS-IST, Analyse situationnelle des ONG, associations et réseaux de jeunes en matière de santé sexuelle, de la reproduction et VIH des adolescents et jeunes Rapport final (Octobre 2011)
- 16- SP/CNLS-IST, Plan Opérationnel de lutte contre le Sida et les IST : 2012-2013
- 17- SP/CNLS-IST, Manuel de Suivi Evaluation (Novembre 2012)
- 18- SP/CNLS-IST, Répertoire National des Etudes sur le VIH/Sida au Togo : 2001-2011 (Novembre 2012)
- 19- SP/CNLS-IST, Plan National de Suivi Evaluation du PSN 2012-2015
- 20- SP/CNLS-IST, Accès Universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui, Rapport 2007-2009

ANNEXES

ANNEXE 1 : ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX, TEXTES LEGISLATIFS, POLITIQUE ET STRATEGIES NATIONALES

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'Élimination 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.

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.

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 ;
- la stratégie nationale de passage à échelle des services pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Togo ;
- la politique nationale pour l'équité et l'égalité de genre du Togo.

ANNEXE 2 : COMITE DE REDACTION DU RAPPORT

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	CONTACT	EMAIL
1	Dr DEKU Kodzo	Chef Service Planification et S&E au SP/CNLS-IST	90 05 26 76	kodzod@yahoo.fr
2	LIMAZIE Charles	Assistant S&E au SP/CNLS-IST	90 84 26 36	limazie@gmail.com
3	GNASSINGBE Amah Dondinaa	Gestionnaire base de données/SP/CNLS-IST	90 18 86 16	gnassingbed@cnlstogo.org
4	Dr D'ALMEIDA Stéphane	Responsable S&E/PNLS-IST	90 81 81 74	senyedji@hotmail.com
5	KOUMAGNANOU Georges	Directeur de la Recherche-S&E/PSI-Togo	90 35 22 01	georgesk@atms.tg
6	KOUDAYA Roland	Assistant Administratif SP/CNLS-IST	90 35 70 02	rolando15fr@yahoo.fr
7	Dr MABOUDOU Angèle	Conseiller en Informations Stratégique à l'ONUSIDA	99 63 10 98	maboudoua@unaids.org
8	YINA Dominique	Responsable S&E à l'UONGTO	90 33 95 93	gwatiena@yahoo.fr
9	AZIAMADO Idia Kékélia	Assistante Suivi et Evaluation SP/CNLS-IST	90 33 36 27	aziamadia@gmail.com
10	PARDO Liliana	Chargée Suivi et Evaluation Plateforme OSC-VIH	92 81 18 11	lilianaliz.pardo@gmail.com
11	ABALO Komi Alex	Chargé de Programme VIH à l'UNICEF	99 44 12 96	kabalo@unicef.org
12	KERIM Abass	Responsable S&E OCAL-RAP+	90 03 98 96	akerim21@hotmail.com