

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

REPUBLIQUE TOGOLAISE

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



RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE AU VIH/Sida AU TOGO

Juin 2015



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 : cnlslaposte.tg / cnlstogo@cnlstogo.org Site Web : www.cnlstogo.org

SOMMAIRE

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| I. <u>INSTANTANE DE LA SITUATION</u> | 1 |
| a) <u>Inclusion des différents intervenants dans le processus d'élaboration du rapport</u> | 2 |
| b) <u>Statut de l'épidémie</u> | 2 |
| c) <u>Politiques et programmes de riposte</u> | 3 |
| II. <u>DESCRIPTIF DE L'EPIDEMIE</u> | Error! Bookmark not defined. |
| III. <u>RISPOSTE NATIONALE AU SIDA</u> | 18 |
| IV. <u>BONNES PRATIQUES</u> | 25 |
| V. <u>PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS</u> | 27 |
| VI. <u>SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT</u> | 29 |
| VII. <u>SUIVI ET EVALUATION</u> | 33 |

Figures

Figure 1:Prévalence du VIH selon les tranches d'âge et le sexe Error! Bookmark not defined.

Figure 2:Prévalence du VIH selon les Régions et le sexe Error! Bookmark not defined.

Figure 3:Prévalence du VIH selon le milieu de résidence et le sexe Error! Bookmark not defined.

Figure 4:Evolution de la prévalence du VIH chez la femme enceinte en CPN de 2008 à 2014 par région..... Error! Bookmark not defined.

Figure 5: Evolution de la prévalence du VIH chez la femme enceinte en CPN en fonction du milieu de résidence de 2008 à 2014 Error! Bookmark not defined.

Figure 6: Répartition des nouvelles infections au sein de la population générale..... Error! Bookmark not defined.

Figure 7: Estimation sur l'évolution des nouvelles infections et des décès liés au VIH de 2012 à 2017 au Togo Error! Bookmark not defined.

Figure 8: Evolution du Nombre de nouvelles infections chez les enfants dues à la transmission du VIH de la mère à l'enfant à partir de l'année 2002..... Error! Bookmark not defined.

Figure 9 : Evolution des dépenses par source de financement international de 2006 à 2014(en millions FCFA).....20

I. INSTANTANE DE LA SITUATION

1.1 Inclusion des différents 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 agences du Système des Nations Unies.

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

- La 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
- Une formation sur EPP/Spectrum à Dakar
- La collecte des données complémentaires
- La Prise en main de la nouvelle version Spectrum, mise à jour, saisie des données dans le logiciel EPP/Spectrum;
- La Revue documentaire (consultation des précédents rapports GARP et des principaux documents existants en matière de lutte contre le sida)
- La Saisie en ligne 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
- La Validation du rapport au cours d'un atelier national ayant connu la participation des différentes parties prenantes ;
- L'Intégration des amendements et la soumission en ligne du rapport à l'ONUSIDA Genève le 19 juin 2015.

1.2 Statut de l'épidémie

Le Togo présente une épidémie de type généralisé avec une prévalence estimée à 2,5 % dans la population générale en 2013-2014¹. Cette prévalence du VIH est deux fois plus élevée chez la femme (3.1%) que chez l'homme (1.7%).

Le profil épidémiologique spatial du VIH au Togo est marqué par des disparités au niveau des régions et au niveau des milieux de résidence. En effet l'épidémie du VIH est deux fois plus élevée en milieu urbain (3.5%) qu'en milieu rural (1.5%) En milieu urbain la prévalence du VIH chez la femme est deux fois plus élevée chez l'homme (4.7% vs 2.2%) ; par contre en milieu rural on a presque le même taux de prévalence chez la femme (1.7%) et chez l'homme (1.4%).

¹ EDST-III, 2013-2014

Selon l'enquête de « Surveillance de Seconde Génération » (SSG) réalisée chez les PS et les HSH en 2011, la prévalence nationale du VIH dans le groupe des PS était de 13,1% et de 19,4 % à Lomé. La prévalence chez les clients des PS était de 2,5%. La prévalence du VIH dans le groupe des HSH était de 20,4%.

Dans une étude bio-comportementale réalisée chez le groupe des usagers de drogues en 2011 pour le compte du PNLS, La prévalence du VIH au sein de cette population en 2011 était évaluée à 5,5%.

1.3 Politiques et programmes de riposte

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 et d'un Cadre d'Investissement de la lutte contre le VIH et le Sida pour la période 2013-2017. Pour faciliter la mise en œuvre du 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 2014-2015.

Des initiatives sont en cours pour mettre en place un programme spécifique en faveur des populations clés et 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. En juillet 2014, un «Programme national de lutte contre le VIH/Sida en milieu de prostitution au Togo» a été élaboré pour la période 2014-2017.

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* | EDST III | 2013 - 2014 | T : 26,1 % H : 31,7 % F : 23,4 % |
| | | 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 | EDST III | 2013-2014 | T : 9,3 % H : 8,8 % F : 9,5 % |
| | | 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 | EDST III | 2013-2014 | T : 5,5 % H : 16,7 % F : 0,7 % |
| | | 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* | EDST III | 2013-2014 | T : 31,2 % H : 28,7 % F : 55,7 % |
| | | 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 | EDST III | 2013-2014 | T : 14,8 % H : 11,8 % F : 16,1 % |
| | | 1.6. | Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH* | Surveillance sentinelle | 2014 | T : 1,6 % |
| | 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 | SSG chez les | 2011 | T : 13,11 % |

| OBJECTIFS | CIBLES | CODE | INDICATEURS | SOURCES | ANNEE | VALEUR |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|
| | | | VIH | PS | | |
| | Hommes ayant des rapports sexuels avec des Homes (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 | Etude sur l'estimation de la taille des UDI, Cartographie de leurs sites d'accès et l'évaluation de leurs besoins de prévention, de soins et de traitement en | 2014 | T=21,6% H= 19,6% F= 37,9% |

| OBJECTIFS | CIBLES | CODE | INDICATEURS | SOURCES | ANNEE | VALEUR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------|----------|
| | | | | matière de VIH/SIDA et santé de reproduction | | |
| | | 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 | Numérateur issu des registres SPN/PTME ; dénominateur EEP/SPECTRUM | 2014 | T=87,37% |
| | | 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 | Numérateur : base de données PCR ; dénominateur : EPP/SPECTRUM | 2014 | T=21,76% |
| | | 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) | EPP/SPECTRUM | 2014 | 14,17% |
| Objectif 4. : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de | PVVIH | 4.1. | Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral* | Numérateur : registre des patients recevant une | 2014 | 32,98% |

| OBJECTIFS | CIBLES | CODE | INDICATEURS | SOURCES | ANNEE | VALEUR |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|
| personnes vivant avec le VIH | | | | thérapie antirétrovirale et estimation SPN ; Dénominateur : EPP/SPECTRUM | | |
| | | 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 | 2014 | T=86% |
| 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 | Registres des patients recevant une thérapie antirétrovirale et estimations issues des la base de données de l'OMS sur la tuberculose | 2014 | Numérateur : 527 |
| 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 | ND | 6.1. | Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et sources de financement | RAPPORT REDES | 2014 | 9 958 902 695 FCFA |

| OBJECTIFS | CIBLES | CODE | INDICATEURS | SOURCES | ANNEE | VALEUR |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|----------------------------------------------|
| dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire | | | | | | |
| 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 | EDST III | 2013-2014 | T=12,8 % |
| Objectif 8. : Éliminer la stigmatisation et la discrimination | | 8.1 | Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH | EDST III | 2013-2014 | T : 46,8% H : 42,5% F : 48,6% |
| 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. DESCRIPTIF DE L'EPIDEMIE

Avec une prévalence de 2.5% (EDSTIII 2014) l'épidémie du VIH au Togo est de type généralisé avec des disparités entre les groupes de population, entre les différentes régions du pays et entre les sexes.

Le dispositif de surveillance épidémiologique du VIH au Togo repose sur différents systèmes de surveillance auxquels participent biologistes et/ou cliniciens, de façon obligatoire ou volontaire, et sur des enquêtes menées aussi bien dans la population générale qu'auprès de populations spécifiques : il s'agit entre autres de l'enquête démographie et de santé, de la sérosurveillance chez les femmes enceintes sur sites sentinelles et dans les groupes spécifiques. Les méthodes d'estimation retenues par l'ONUSIDA sont aussi utilisées à savoir la méthode de Projection/Estimation du VIH (EPP/SPECTRUM).

2.1 Résultats de l'enquête démographie et de santé (EDST-III)

La troisième enquête nationale démographique et de santé (EDS-T III) a été organisée entre Novembre 2013 et Avril 2014 et a permis de mesurer la prévalence du VIH dans la population générale, de façon détaillée.

Sur le plan épidémiologique

La prévalence du VIH mesurée lors de cette enquête est de 2,5% dans la population sexuellement active de 15-49 ans. Cette prévalence du VIH est deux fois plus élevée chez la femme (3.1%) que chez l'homme (1.7%).

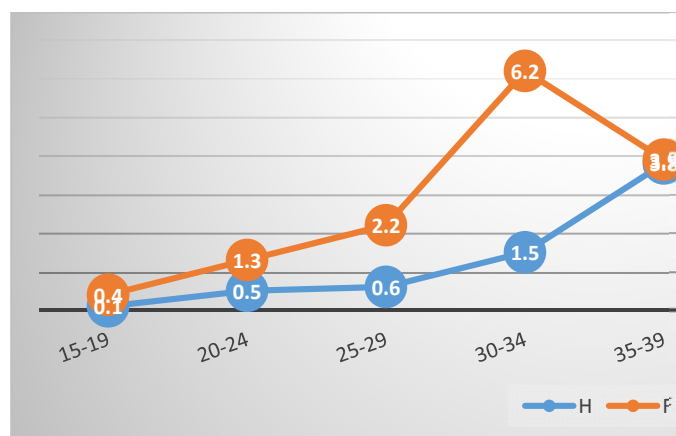


Figure 2: Prévalence du VIH selon les tranches d'âge et le sexe

Le profil épidémiologique spatial du VIH au Togo est marqué par des disparités au niveau des régions et au niveau des milieux de résidence. En effet, la prévalence du VIH est plus élevée dans les régions méridionales (Lomé 3.4% ; région maritimes : 3%) que les régions septentrionales (Kara : 1.8%, Savanes : 0.3%). Ainsi l'infection du VIH est dix fois plus élevée dans la région Lomé commune et la région maritime que dans la région des savanes. Dans toutes les régions sanitaires du pays, on

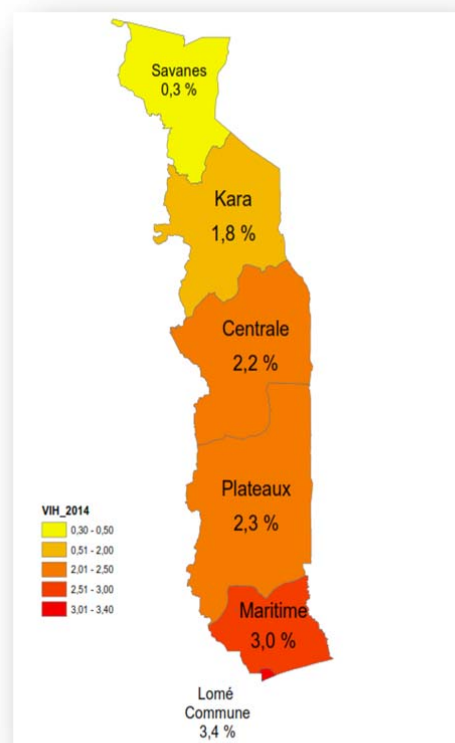


Figure 1: Prévalence du VIH selon les régions sanitaires du pays

retrouve la même féminisation du pays (la femme est toujours deux fois plus infectée que l'homme) sauf dans la région des savanes où la différence homme-femme n'est pas très importante (Figure 3).

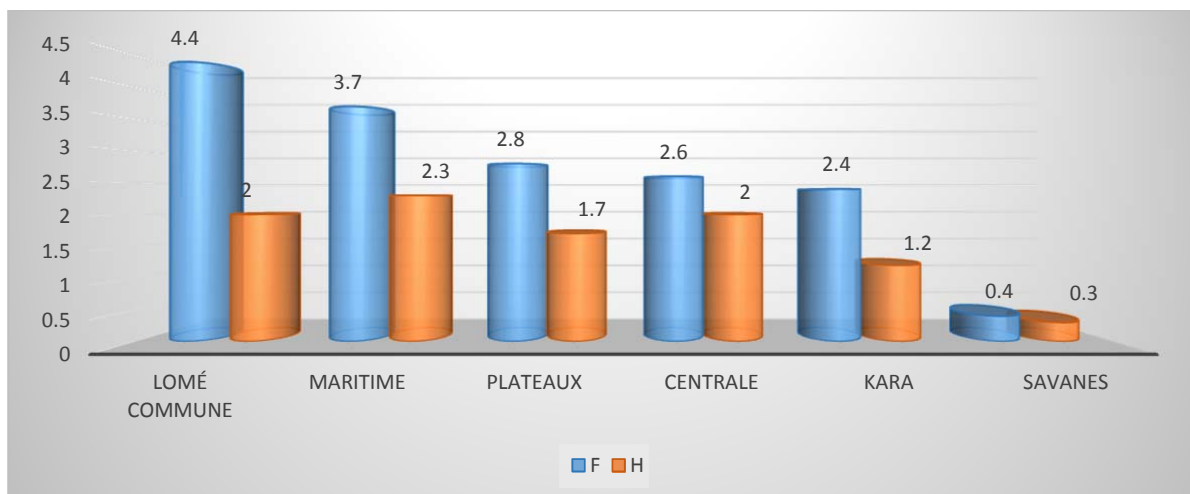


Figure 3:Prévalence du VIH selon les Régions et le sexe

L'épidémie du VIH est deux fois plus élevée en milieu urbain (3.5%) qu'en milieu rural (1.5%) En milieu urbain la prévalence du VIH chez la femme est deux fois plus élevée chez l'homme (4.7% vs 2.2%); par contre en milieu rural on a presque le même taux de prévalence chez la femme (1.7%) et chez l'homme (1.4%) (Figure 4).

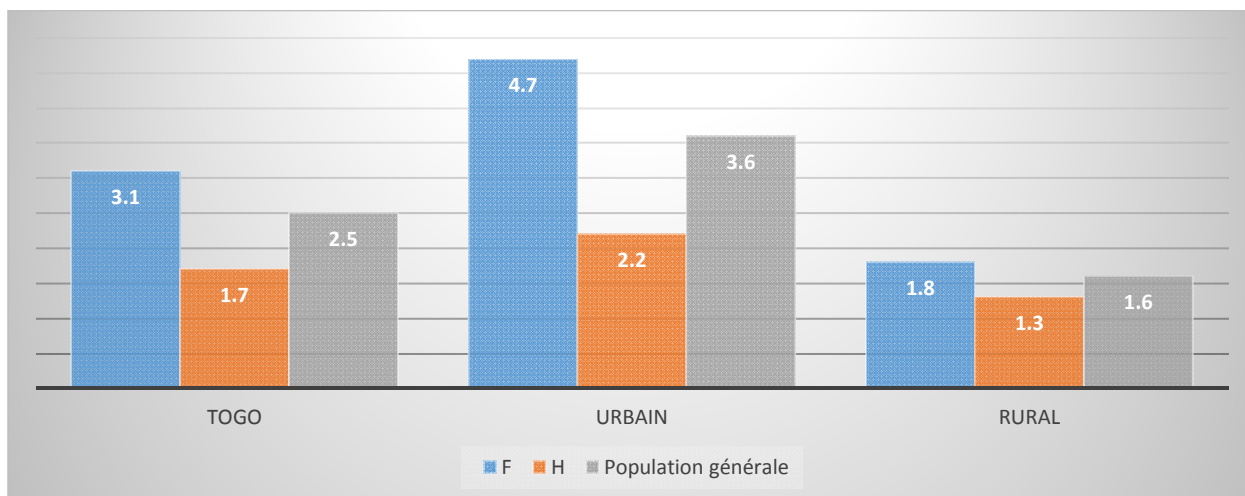


Figure 4:Prévalence du VIH selon le milieu de résidence et le sexe

Sur le plan comportemental

Selon l'enquête EDST III, il ressort au Togo que :

- ✓ 50 % des femmes et 30.7 % des hommes ont déjà effectué de test du VIH.
- ✓ 16 % des femmes et 12 % des hommes de 15 à 49 ans ont reçu le résultat du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois.
- ✓ 17 % d'hommes enquêtés contre 1 % des femmes ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois ;
- ✓ 29 % des hommes contre 55 % des femmes ayant eu des partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois, ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels.
- ✓ 9 % des femmes et 22 % des hommes auraient une attitude de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida

La précocité des premiers rapports sexuels chez les jeunes a été évaluée au cours de cette enquête. Il y ressort que 9,5 % de jeunes femmes et 8,9% de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

Parmi les jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 24 % des femmes et 13 % des hommes ont déclaré avoir effectué un test du VIH au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et en avoir reçu les résultats

3.1. 2.2 Résultats de la sérosurveillance chez les femmes enceintes sur sites sentinelles (CPN)

La surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis chez la femme enceinte vue en consultation prénatale repose sur un protocole standard élaboré par l'OMS depuis 2000. Le test VIH réalisé sur les échantillons collectés auprès de 7920 femmes enceintes dans 29 sites, dont 15 sites urbains et 14 sites ruraux, a permis d'estimer la prévalence du VIH à 3,3% en 2014. Cette prévalence varie selon les milieux de résidence et les régions. Elle est de 4,4% en milieu urbain et 1,9% en milieu rural. Dans les régions, elle diminue de 7,6% dans la région Lomé commune à 0,6% dans la région des Savanes.

Depuis 2008, la prévalence varie autour de 3% ce qui montre une stabilité de la prévalence du VIH témoignant ainsi des efforts fournis dans la lutte contre le VIH. (Figure 5)

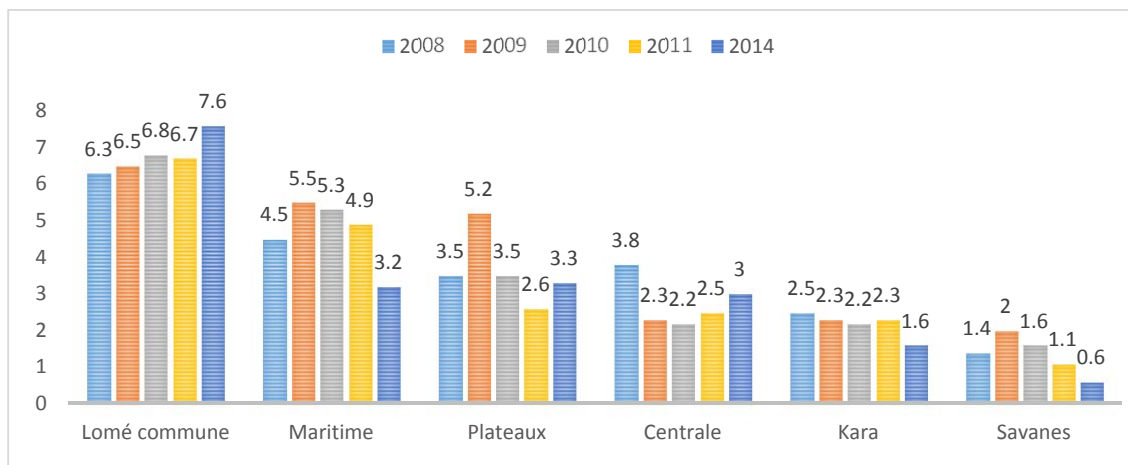


Figure 5: Evolution de la prévalence du VIH chez la femme enceinte en CPN de 2008 à 2014 par région

En fonction des milieux de résidence, l'épidémie en milieu urbain est plus élevée que celle du milieu rural (4,4% en milieu urbain et 1,9% en milieu rural). En milieu urbain, on observe une tendance à la stabilisation de la prévalence entre 2008 et 2014. Par contre en milieu rural depuis 2009, on note une tendance à la baisse.

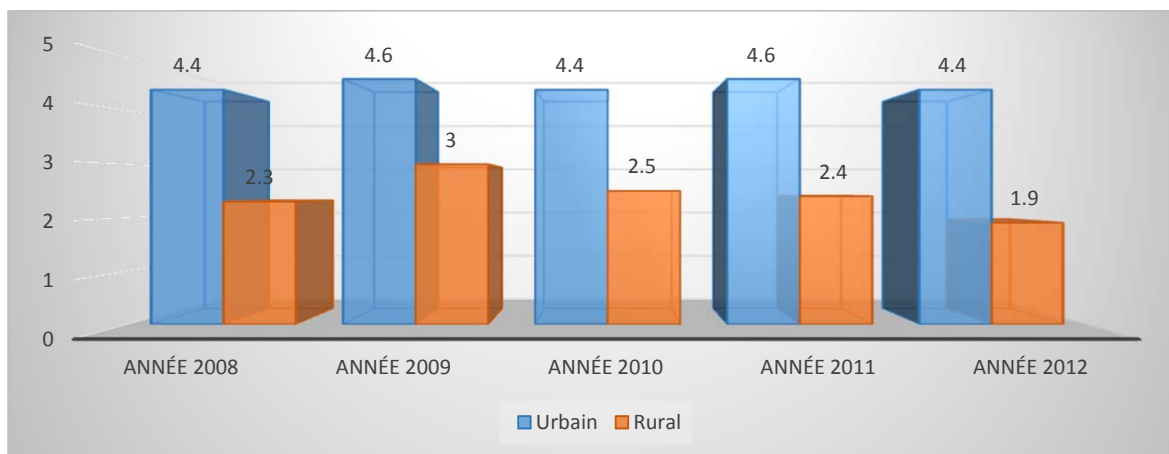


Figure 6: Evolution de la prévalence du VIH chez la femme enceinte en CPN en fonction du milieu de résidence de 2008 à 2014

2.3 Prévalence du VIH au sein des populations clés

Les populations clés (les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les professionnels du sexe, les prisonniers, les usages des drogues) constituent l'un des groupes cibles prioritaires de notre plan stratégique national 2012-2015.

Afin de disposer des données probantes sur ces cibles pour le choix des interventions stratégiques à impact positif maximum sur notre épidémie, le CNLS réalise des enquêtes de séroprévalence nationale du VIH chez les PS, HSH et les Usagers de drogues.

Selon l'enquête de « Surveillance de Seconde Génération » (SSG) réalisée chez les PS et les HSH en 2011, la prévalence nationale du VIH dans le **groupe des PS** était de **13,1%** et

de **19,4 %** à Lomé. La prévalence chez les clients des PS était de 2,5%. La prévalence du VIH dans **le groupe des HSH** était de **20,4%**.

Dans une étude bio-comportementale réalisée chez **le groupe des usagers de drogues** en 2011 pour le compte du PNLs, La prévalence du VIH au sein de cette population en 2011 était évaluée à **5,5%**.

2.4 Modes Transmission du VIH

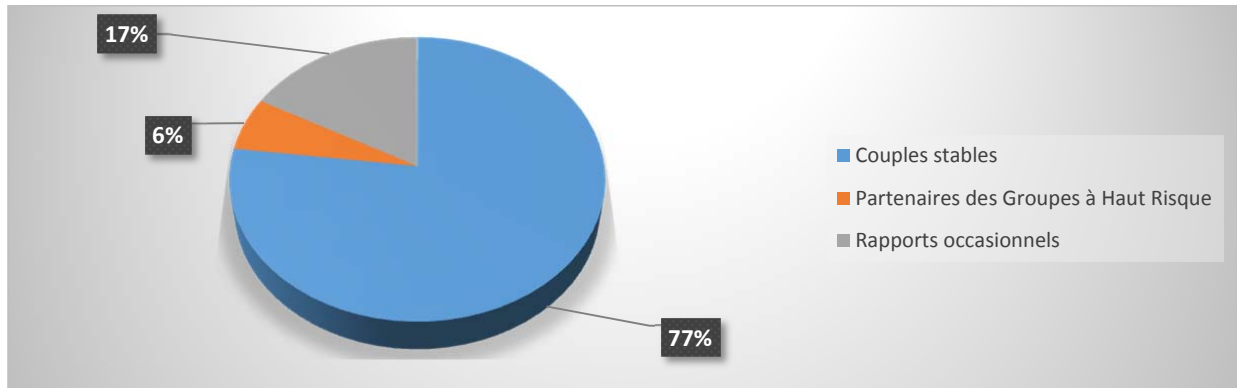


Figure 7: Répartition des nouvelles infections au sein de la population générale

Au sein de la population générale, moins de 2 nouvelles infections sur 10 concernent les personnes qui ont des rapports occasionnels et leurs partenaires stables. Les personnes qui ont des rapports occasionnels se retrouvent au sein de la population générale mais également au sein des différents groupes cibles prioritaires.

Selon l'enquête EDST III, au sein des couples cohabitants, dans 2,4 % des cas un des conjoints est infecté, soit la femme (1,4 %) soit l'homme (1,0 %).

2.5 Estimations nationales sur le VIH issues du logiciel Spectrum (EPP/SPECTRUM)

Les méthodes d'estimation et de prévision des épidémies nationales du sida (EPP/SPECTRUM) qui est un programme informatique, permet de projeter l'impact de l'épidémie de sida avec estimation du nombre de personnes infectées par le VIH, du nombre de nouvelles infections, de la nécessité pour le traitement, de la nécessité de programmes de prévention de la transmission mère-enfant et de nombreux autres indicateurs d'intérêt pour la riposte nationale au VIH/sida (impacts démographiques et sociaux du SIDA).

Selon les dernières estimations et projection (EPP/SPECTRUM) réalisées en 2014 et validées par ONUSIDA, les différentes tendances y compris les besoins en traitement ARV, en PTME et l'incidence en fonction sont les suivantes :

Les estimations de SPECTRUM/CNLS 2014 montrent que le nombre de nouvelles infections à VIH a baissé de 6 649 à 3 085 de 2010 à 2014 et cette diminution pourrait persister jusqu'en 2017 (1 797 nouvelles infections). Cette régression s'observe également avec le nombre de décès (courbe descendante de 2010 (8684) à 2017(1884)) comme le montre la figure 7

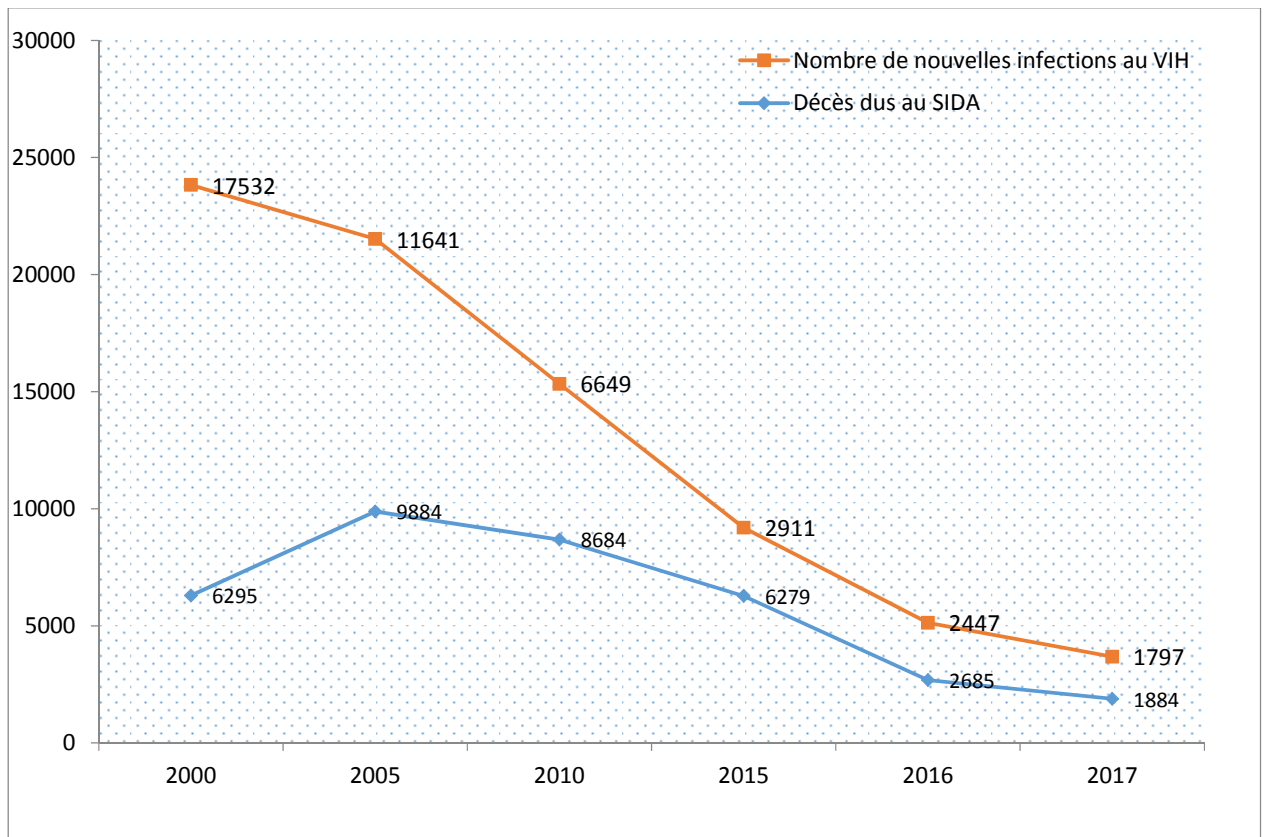


Figure 8: Estimation sur l'évolution des nouvelles infections et des décès liés au VIH de 2000 à 2017 au Togo

Source: EPP Spectrum 2014

L'incidence du VIH est en parfaite régression

Selon cette projection, les nouvelles infections ont une tendance à la régression à partir de 1999 où il y avait un pic avec un nombre total de 17599 cas. En 2014, le nombre total des nouvelles infections dans la population générale était de 3085 cas. Entre 2005 et 2014, les nouvelles infections ont baissé de 62%

Le nombre total de décès annuel dû au Sida

On note aussi une tendance à la régression des cas de décès dû au Sida. Avec un pic en moyenne de 10330 cas de décès en 2009, ce nombre a chuté jusqu'à 6641 cas en 2014. Il est possible que les efforts de Prise en charge des PVVIH avec la disponibilité des ARV aient commencé par donner leur fruit à partir de 2008. Entre 2005 et 2014, taux de décès liés au SIDA a baissé de 30.9%

Les nouvelles infections chez les nourrissons

Chez les nourrissons issus des mères séropositives au VIH, la tendance de l'infection est en recul à partir de 2002 qui est l'année de démarrage de la PTME au Togo. La Prévention de la

transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) fait partie des axes prioritaires du cadre stratégique de lutte contre l'infection.

Le Togo dispose d'un plan d'élimination de la transmission mère enfant (ETME) pour la période 2014-2018. L'objectif majeur est de parvenir à une élimination du VIH chez l'enfant à l'horizon 2020 (taux de transmission de moins de 5%).

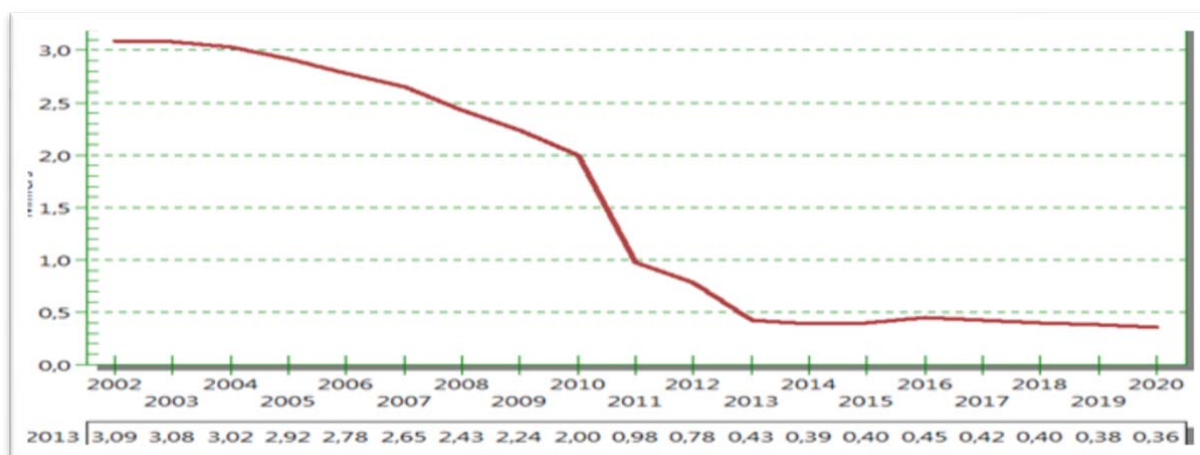


Figure 9: Evolution du Nombre de nouvelles infections chez les enfants dues à la transmission du VIH de la mère à l'enfant à partir de l'année 2002

La Prévalence du VIH

La prévalence du VIH varie en fonction du milieu de résidence (Urbain et Rural). En 2014, selon l'estimation EPP/SPECTRUM, cette prévalence était estimée au niveau national à **2,4** %. Selon les résultats de l'étude EDST III (2014), la prévalence du VIH est de **2.5%**. Ces deux chiffres sont très

III. RIPOSTE NATIONALE AU SIDA

Sur le Plan Managériale

Depuis la découverte des 1ers 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 des préfetures.

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 trois cadres d'intervention multisectoriels : le Cadre Stratégique National contre le sida 2001-2005, le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2007-2010 et celui de 2012 -2015.

En termes de gouvernance nationale de la réponse au VIH, la coordination, le leadership et la gestion économique de la lutte contre le VIH ont été les principales fonctions exercées par le CNLS-IST.

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, 2ème Vice-président du CNLS-IST.

Le secteur de la santé participe à la lutte principalement à travers le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS-IST), le PNLT, la DSF et le Service National de Transfusion Sanguine (SNTS). Le PNLS-IST assure la partie médicale de la lutte contre le VIH/Sida (la prise en charge médicale, le dépistage, la PTME, la prise en charge des IST et la surveillance épidémiologique du VIH). Le PNLT (Programme National de Lutte contre la Tuberculose) assure les activités de lutte contre la tuberculose permettant une meilleure prise en charge de la co-infection TB/VIH. La DSF (Division Santé Familiale) quant à elle participe à la prévention du VIH et au planning familial avec la double protection. 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 opérationnels de lutte contre le VIH/sida. Il s'agit des Ministères en charge de l'Education, du Ministère de l'Action sociale et la Promotion de la femme, du Ministère chargé de la Défense et des anciens combattants. 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 participent aussi activement à la réponse nationale. Les ressources mobilisées et dépensées dans le cadre du VIH en 2014 s'élèvent à neuf milliards neuf cent cinquante-huit millions neuf cent deux mille six cent quatre-vingt-quinze (9 958 902 695) F CFA).

Les dépenses engagées dans la lutte contre le sida au Togo en 2014 sont dominées par les fonds internationaux (76,24 %). Les dépenses effectuées à partir des fonds domestiques représentent 23,76 %. Les fonds domestiques sont constitués des fonds publics de l'Etat (1 086 326 519) et des fonds privés (1 280 130 609). Les fonds internationaux/fonds extérieurs sont constitués des fonds provenant des partenaires bilatéraux (7,29%), des partenaires multilatéraux (80,47%) et des ONG internationales/fondations (12,16%).

Par rapport aux catégories d'intervention, les Soins et Traitement occupent la première place (53,07) % des dépenses totales), suivi de la Gestion et Administration des Programmes (16,80%), de la Prévention (15,91)% des Ressources Humaines (11,61 %) et des OEV (0,87 %). Les interventions relatives à la Recherche, à la Protection sociale et à l'Environnement favorable sont les parents pauvres avec respectivement 0,11%, 0,25% et 1,38 % des dépenses totales.

L'analyse de la tendance du financement de la lutte contre le sida au Togo depuis 2006 (figure 01) indique qu'il y a une augmentation régulière des financements domestiques (fonds de l'Etat et financement du secteur privé y compris les dépenses des ménages) alors que les fonds internationaux, bien qu'ayant de tout temps dominés le financement de la lutte contre le VIH au Togo, n'ont pas évolué de façon régulière.

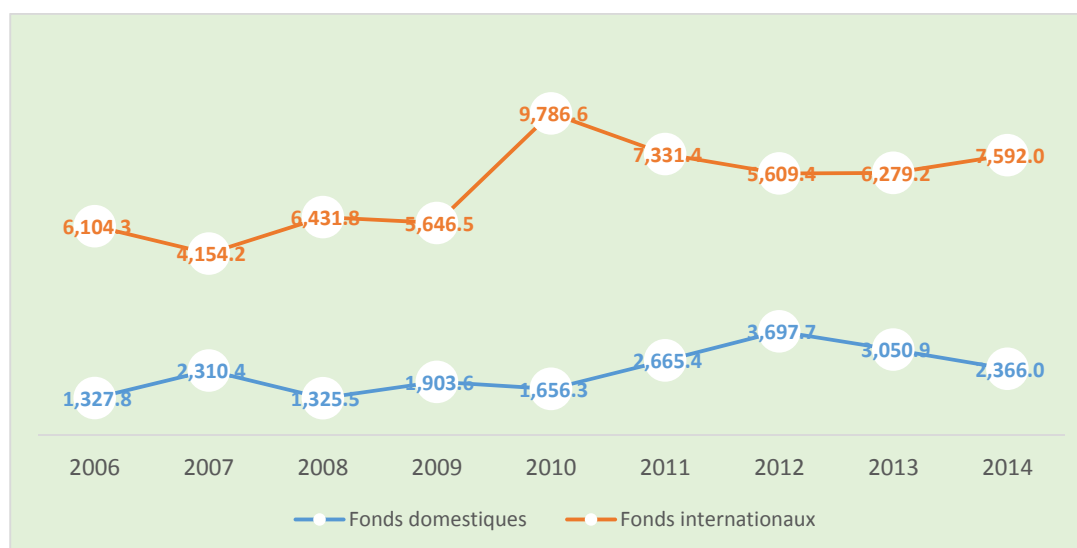


Figure 10 : Evolution des dépenses par source de financement international de 2006 à 2014(en millions FCFA)

**Sur le plan programmatique :
Dans le domaine de la prévention**

- 1 099 756 personnes ont été touchées par les sensibilisations de proximité sur le VIH/Sida sur les 1 284 332 prévues, soit un taux de réalisation de 85,63%. Aussi 111 148 personnes sont-elles été sensibilisées sur les violences basées sur le genre sur les 870 288 prévues soit un taux de réalisation de 12,77%. Le groupe cible jeune 15-24 ans est le plus touché (46,5 %) suivi des femmes 15-49 ans (22,8%) et des transporteurs routier (7,7%).
- La distribution de préservatifs a également connu un faible taux de réalisation : 11 061 261 Préservatifs ont été distribués sur les 39 983 489 prévus soit 27,66 %.
- 296 959 personnes ont bénéficié d'un test de dépistage au VIH et connaissent leurs résultats sur les 719 203 prévues soit un taux de réalisation de 41%.
- En ce qui concerne la prise en charge des IST, 97 265 cas d'IST ont été diagnostiqués et traités sur les 114 434 prévus soit un taux de réalisation de 85,00%.
- En matière de la sécurité transfusionnelle, 48408 poches de sang et dérivés ont été sécurisés sur les 50050 prévus, soit un taux de réalisation satisfaisant de 96,72%.

Il ressort donc qu'un effort est fait dans l'utilisation des services de conseil dépistage chez les populations clés notamment les HSH et les PS. En effet par rapport aux objectifs fixés 64,2% des HSH et 84,1% des PS ont fait le test de dépistage et connaissent leurs résultats. Ce résultat a été influencé aussi par le fait que la taille des cibles en nombre est petite par rapport aux autres cibles.

L'offre et l'utilisation de service par les Hommes et femmes en uniforme, les transporteurs et chez les jeunes est encore très faible. En effet, seul de 3,7% de la cible attendu chez les hommes et femmes en uniforme ont eu fait le test de dépistage.

Un effort doit être fait pour augmenter l'utilisation de services de conseil dépistage par les jeunes. En effet, seul 14,9% des jeunes ont fait le test de dépistage et ont reçu le résultat.

Les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des interventions de préventions sont :

La non atteinte des résultats prévus de certaines cibles, la faiblesse de disponibilité des intrants notamment les réactifs. Par ailleurs il persiste un problème de faiblesse de suivi et évaluation notamment la faiblesse de traçabilité et de rapportage de données programmatiques de certaines cibles (cette faiblesse est encore plus importante pour la société civile

Dans le domaine de la prise en charge globale,

En matière de prise en charge globale des Personnes vivant avec le VIH, le PNLS/IST coordonne les interventions et dans ce cadre, plusieurs services ont été offerts aux PVVIH. Le paquet minimum est constitué des interventions telles que la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes (IO), le traitement par les ARV, la prise en charge psychosociale, le suivi biologique et le renforcement des

capacités des prestataires de soins. Les structures de prise en charge médicale qui offrent ces différents services aux PVVIH sont accréditées par le PNLS/IST.

Au Togo en 2014, on dénombre 141 structures accréditées qui ont offert des services de prise en charge globale à 57356 PVVIH enregistrées régulièrement en leur sein. Les résultats suivant ont été enregistrés :

- 37 511 PVVIH (adultes, adolescents et enfants) ont été mises sous traitement ARV sur les 45 372 soit 82,67% de taux de réalisation,
- 18 999 prophylaxies IO ont été offertes aux PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sur les 24 510 prévues soit un taux de 77,52%.
- 19 445 PVVIH (d'adultes, adolescents et enfants) ont bénéficié d'une prise en charge psychosociale sur les 75 430 prévues soit un taux de réalisation de 25,78%.
- En outre, le nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) ayant bénéficié d'un bilan de suivi biologique est seulement de 11 536 sur les 53959 prévus soit un taux de réalisation de 21,38%.
- En matière de la prise en charge de la co-infection TB/VIH, 527 PVVIH (adultes, adolescents et enfants) dépistées TB+ ont été mises concomitamment sous traitement antituberculeux et antirétroviral sur les 519 prévues soit un taux de réalisation de 102 %.
- Enfin pour le nombre de PVVIH éligibles aux ARV ayant bénéficié d'un dépistage actif de l'hépatite B et C on enregistre un très faible taux de réalisation de 1,02% car seulement 36 personnes ont bénéficié de ce service sur les 3 544 prévues.
- Les ressources mobilisées et dépensées dans le cadre du VIH en 2014 s'élèvent à neuf milliards neuf cent cinquante-huit millions neuf cent deux mille six cent quatre-vingt-quinze (9 958 902 695) F CFA). Les financements domestiques représentaient 23,76 % de l'ensemble des ressources.
- Le taux de mobilisation des ressources par rapport au budget prévu dans le plan opérationnel 2014 était de 56,79 %. Le taux de consommation des ressources par rapport budget disponible était de 61,02%

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

Tableau : Synthèse des résultats obtenus au cours de l'année 2014

| SERVICES OFFERTS | INDICATEURS | VALEURS | | Taux Réalisation % |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| | | PREVUES | REALISEES | |
| Prévention du VIH et des IST (IEC/CCC) | <i>Nombre de personnes touchées par les sensibilisations de proximité sur le VIH/Sida</i> | 1 284 332 | 1 099 756 | 85,63 |
| | <i>Nombre de personnes sensibilisées sur les violences basées sur le genre</i> | 870288 | 111 148 | 12,77% |
| Distribution de préservatifs | <i>Nombre de Préservatifs distribués</i> | 39983489 | 11 061 261 | 27,66% |
| Conseils et Dépistage Volontaire | <i>Nombre de personnes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH et qui connaissent les résultats</i> | 719203 | 296 959 | 41% |
| Prise en charge des IST | <i>Nombre de Cas d'IST diagnostiquées et traitées</i> | 114434 | 97 265 | 85,00% |
| Sécurité transfusionnelle | <i>Nombre de poches de sang et dérivés sécurisés</i> | 50050 | 48408 | 96,72% |
| | | | | |
| PTME | <i>Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage au VIH</i> | 247646 | 183082 | 73,93% |
| | <i>Nombre de femmes séropositives au VIH en âge de procréer qui sont sous méthode de planification familiale</i> | 7906 | 793 | 10,03% |
| | <i>Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant pris des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement</i> | 12029 | 4496 | 37,38% |
| | <i>Nombre de Femmes enceintes séropositives au VIH ayant bénéficié du comptage CD4</i> | 4355 | 339 | 7,78% |
| | <i>Nombre de Femmes enceintes séropositives au VIH ayant accouché éligibles qui sont mises sous ARV</i> | 5838 | 686 | 11,75% |
| | <i>Nombre de nourrissons nés de mères séropositives au VIH qui sont mis sous Cotrimoxazole</i> | 15885 | 2470 | 15,55% |

| SERVICES OFFERTS | INDICATEURS | VALEURS | | Taux Réalisation % |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------------|
| | | PREVUES | REALISEES | |
| | <i>Nombre de nourrissons nés de mères séropositives au VIH ayant bénéficié du diagnostic précoce du VIH (PCR1)</i> | 12708 | 2255 | 17,74% |
| | | | | |
| Prise en Charge Médicale (PECM) | <i>Nombre de personnes dépistées positives au VIH sont référées dans les structures de prise en charge</i> | 19371 | 1821 | 9,40% |
| | <i>Nombre de prophylaxies IO sont offertes aux PVVIH (adultes, adolescents et enfants)</i> | 24510 | 18999 | 77,52% |
| | <i>Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sont sous traitement ARV</i> | 45372 | 37511 | 82,67% |
| | <i>Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) bénéficient d'un bilan de suivi biologique</i> | 53959 | 11536 | 21,38% |
| | <i>Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) dépistées TB+ sont mises concomitamment sous traitement antituberculeux et antirétroviral</i> | 519 | 527 | 102 % |
| | <i>Nombre de PVVIH éligibles aux ARV ayant bénéficié d'un dépistage actif de l'hépatite B et C</i> | 3544 | 36 | 1,02% |
| | <i>Nombre de PVVIH (d'adultes, adolescents et enfants) ont bénéficié d'une prise en charge psychosociale</i> | 75430 | 19445 | 25,78% |
| | <i>Nombre d'hommes et femmes ont une connaissance juridique de base en matière de protection des droits humains dans le contexte du VIH</i> | 395450 | 112569 | 28,47% |

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 APPROCHES DE SOLUTIONS

Au cours de l'année 2014, 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. Il devient impératif de renforcer le leadership (coordination, responsabilisation) en vue d'une appropriation effective de la politique nationale en matière du VIH par tous les acteurs à tous les niveaux

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 à travers l'amélioration des mécanismes de suivi et évaluation des interventions à tous les niveaux.

Il convient de renforcer les plaidoyers pour la mise en œuvre du plan de mobilisation des ressources internes et de mettre en place les structures organisationnelles ayant fonction de suivi et évaluation à tous les niveaux.

VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

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.

Le tableau suivant présente les contributions financières des partenaires internationaux à la lutte contre le sida en 2014

L'évaluation montre que les dépenses consacrées à la lutte contre le sida en 2014 sont estimées à **9 958 902 695 FCFA**. Ces ressources proviennent de trois principales sources de financement : les fonds publics, les fonds privés et les fonds internationaux. Les fonds internationaux (76,24 %), notamment les ressources du Fonds Mondial, ont dominé les dépenses engagées dans la lutte contre le sida au Togo en 2014. Les fonds domestiques étaient de 23,76% dominés par les fonds privés (54,09 %). Cette configuration du financement de la lutte contre le sida au Togo, dénote d'une forte dépendance du Togo vis-à-vis des ressources extérieures, notamment de celles du Fonds Mondial même si depuis 2006 les financements domestiques ont augmenté de plus de 100% (ils restent encore faible par rapport aux besoins de financement de la réponse nationale).

Les fonds domestiques sont constitués des fonds publics et fonds privés. Les fonds publics représentent 10,91% des ressources engagées dans la lutte contre le sida en 2014 et 45,91 % des fonds domestiques. Ces fonds proviennent essentiellement des recettes de l'Etat.

Les fonds privés engagées dans la lutte contre le sida en 2014 ont cette année dépassé les fonds publics soit 12,85% des dépenses totales en 2014 de lutte contre le VIH/Sida et 54,09% des fonds domestiques. Ces fonds sont constitués essentiellement des fonds des ménages (1018635158 FCFA soit 79,57 %) ; des fonds propres (cotisation des membres) des ONG nationales (128 940 987 FCFA, soit 10,07%) et des fonds des entreprises et sociétés (104 821 938 FCFA, soit 8,19%).

Les fonds internationaux sont composés des fonds des partenaires multilatéraux (6 109 326 479 FCFA, soit (80,47%), bilatéraux (553 616 006 FCFA) et des fonds des ONG/fondations internationales (929 503 082FCFA).

Les fonds multilatéraux proviennent du Fonds mondial de lutte contre le sida, le principal pourvoyeur des ressources financières engagées dans la lutte contre le sida (4 828 229 278 FCFA) au Togo suivi des fonds du Système des Nations Unies (UNICEF : 184 197 324 FCFA ; UNFPA : 832 315 145 FCFA, PNUD : 158 878 342 FCFA ; ONUSIDA : 59 111 908 FCFA) ; HCR : 29 093 496 FCFA ; OMS : 17 500 986 FCFA.

Les fonds bilatéraux sont dominés par les ressources du Gouvernement Français (273 943 788 FCFA), suivies par les ressources du Gouvernement des Etats Unis d'Amérique (153 665 016 FCFA), Gouvernement finlandais (67 117 381 FCFA), Gouvernement australien (33 985 389 FCFA), Gouvernement Allemand (22 721 328 FCFA) et ceux des autres organismes gouvernementaux/bilatéraux n.c.a. (2 183 104 FCFA).

Les fonds des ONG internationales sont quant à eux dominés par les ressources de Caritas International/Catholic Relief Services (49 389 967 FCFA), de Sidaction (77 750 859 FCFA), PSI (17095 565 FCFA) Plan International (97189 526 FCFA), de la FICR (12 081 500 FCFA), de

l'IPPF (78 691 540 FCFA) FHI (227 597 857 FCFA) Fondation Clinton (3 621 249 FCFA), et des fonds des autres Organisations non classifiées ailleurs (366 035 019FCFA).

Tableau 2 : Récapitulatif des dépenses par sources de financement en 2014 (en FCFA)

| SOURCE DE FINANCEMENT | MONTANT | % |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|
| FONDS DOMESTIQUES | 2 366 457 128 | 23,76% |
| FONDS PUBLICS | 1 086 326 519 | 45,91% |
| <i>Recettes du gouvernement central</i> | 1 074 538 520 | 98,91% |
| <i>Recettes du gouvernement local/municipal</i> | 300 000 | 0,03% |
| <i>Autres fonds publics non classifiés ailleurs (n.c.a.)</i> | 11 487 999 | 1,06% |
| FONDS PRIVES | 1 280 130 609 | 54,09% |
| <i>Institutions et entreprises à but lucratif</i> | 104 821 938 | 8,19% |
| <i>Fonds des ménages</i> | 1 018 635 158 | 79,57% |
| <i>Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)</i> | 128 940 987 | 10,07% |
| <i>Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)</i> | 27 732 526 | 2,17% |
| FONDS INTERNATIONAUX | 7 592 445 567 | 76,24% |
| FONDS BILATERAUX | 553 616 006 | 7,29% |
| <i>Gouvernement australien</i> | 33 985 389 | 6,14% |
| <i>Gouvernement finlandais</i> | 67 117 381 | 12,12% |
| <i>Gouvernement français</i> | 273 943 788 | 49,48% |
| <i>Gouvernement allemand</i> | 22 721 328 | 4,10% |
| <i>Gouvernement américain</i> | 153 665 016 | 27,76% |
| <i>Autres organismes gouvernementaux/bilatéraux n.c.a.</i> | 2 183 104 | 0,39% |
| FONDS MULTILATERAUX | 6 109 326 479 | 80,47% |
| <i>Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme</i> | 4 828 229 278 | 79,03% |
| <i>Secrétariat de l'ONUSIDA</i> | 59 111 908 | 0,97% |
| <i>Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)</i> | 184 197 324 | 3,02% |
| <i>Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)</i> | 158 878 342 | 2,60% |

| SOURCE DE FINANCEMENT | MONTANT | % |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|
| <i>Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)</i> | 29 093 496 | 0,48% |
| <i>Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)</i> | 832 315 145 | 13,62% |
| <i>Organisation mondiale de la Santé (OMS)</i> | 17 500 986 | 0,29% |
| Organisations et fondations internationales à but non lucratif | 923 471 498 | 12,16% |
| <i>Caritas Internationalis/Catholic Relief Services</i> | 49 389 967 | 5,35% |
| <i>Family Health International</i> | 227 597 857 | 24,65% |
| <i>Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge</i> | 12 081 500 | 1,31% |
| <i>Plan International</i> | 97 189 526 | 10,52% |
| <i>PSI (Population Services International)</i> | 17 095 565 | 1,85% |
| <i>SIDACTION (principalement pays francophones)</i> | 77 750 859 | 8,42% |
| <i>Fondation Clinton</i> | 3 621 249 | 0,39% |
| <i>Fédération internationale pour la planification familiale</i> | 78 691 540 | 8,52% |
| <i>Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.</i> | 360 053 435 | 38,99% |
| Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.) | 6 031 584 | 0,08% |
| <i>Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)</i> | 6 031 584 | 100% |
| Total général | 9 958 902 695 | 100 % |

VII. SUIVI ET EVALUATION

a) Le système de suivi et 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 2014-2015. 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.

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 depuis 2012 par un médecin épidémiologiste. Il est assisté par un gestionnaire de base de données et 2 assistants en suivi évaluation.

➤ 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 :

Au cours de l'année 2014, l'équipe du SP/CNLS-IST a participé à des missions à l'extérieur comme à l'intérieur du pays dans le cadre de la coordination et de suivi évaluation :

- ✓ Une réunion statutaire annuelle du comité directeur de l'OCAL
- ✓ Une réunion régionale sur la prise en charge des populations clés en Afrique de l'Ouest du Centre
- ✓ 3 Sessions de d'information et de formation des acteurs des secteurs public et privé, de la société civile et Partenaires Techniques et Financiers dans le cadre de l'élaboration des rapports programmatique et REDES 2014

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.

En 2014, le SP/CNLS-IST a coordonné l'élaboration de certains documents et rapports. Les documents élaborés sont :

Tableau: Principaux indicateurs de la gouvernance

| Indicateurs | Cibles 2014 | Réalisé en 2014 | Taux de réalisation |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|---------------------|
| Nombre de documents d'opérationnalisation du PSN disponibles mis en œuvre | 1 | 1 | 100,0% |
| Nombre d'organes de coordination des parties prenantes des secteurs dont les capacités sont renforcées | 15 | 10 | 66,7% |
| Nombre de parties prenantes dont les plans opérationnels et les plans de travail sont mis en œuvre | 14 | 4 | 28,6% |
| Nombre de rapports de surveillance et de recherche élaborés selon les périodicités convenues | 1 | 1 | 100,0% |
| Nombre de bulletin d'information stratégique publiés | 2 | 2 | 100% |

Afin de disponible les informations stratégiques sur le VIH, plusieurs activités ont été réalisées et des documents ont été produits et disséminés. Il s'agit :

- ✓ Le rapport d'évaluation des aspects genre de la réponse nationale face à l'épidémie du VIH/Sida au Togo
- ✓ Le Rapport de progrès pays sur la riposte nationale au VIH (GARP 2014) et de l'Accès Universel (17-22 mars 2014 en atelier d'élaboration et 31 mars 2014 soumission en ligne).
- ✓ L'élaboration du rapport REDES 2013;
- ✓ L'élaboration du rapport annuel multisectoriel du VIH SIDA 2013 ;
- ✓ Le lancement du processus de collecte des données 2014 sur l'estimation des ressources et des dépenses en matière du VIH et des IST (rapport REDES 2014) ;
- ✓ La redynamisation du site internet du CNLS-IST avec la mise à jour de la mise en ligne de tous les documents stratégiques et normatifs disponibles ;
- ✓ La production de deux numéros bi semestriels d'information et de liaison - CNLS-Magazine.

les documents et informations produits sont disséminés à travers les canaux suivants:

- Réunions des différents groupes thématiques (PTME, CDV, Traitement et soins, Surveillance, GNRSE)
- Ateliers
- JMS 2014

- Reunions du CCM (Country Coordinating Mechanism)

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

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 effectuées en 2014.

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.

b) Les défis

Plusieurs composantes du système de suivi et évaluation restent encore à mettre en place

c) Les solutions planifiées

Mettre les moyens matériels, humains, logistiques et financières nécessaire pour la mise en place du reste des composantes

d) Les besoins

Les besoins réels en ressources humaines, financières et matériels nécessaires pour la mise en place de toutes les composantes du système de suivi et évaluation se font de plus en plus sentir.

