

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie

(CNLS-IST)



**POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE
CONTRE LE VIH ET LE SIDA 2021-2030.**

Vision 2030 : mettre fin à l'épidémie du SIDA

LE SECRETARIAT PERMANENT

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

PREFACE

L'infection par le VIH et le SIDA est non seulement un problème de santé publique mais aussi un problème de développement comme en témoigne son impact socio-sanitaire et économique dans notre pays. Face à cette épidémie, le gouvernement a pris la mesure du problème en mettant en place le Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST (CNLS/IST) afin de mieux organiser la riposte multisectorielle. Sous le grand leadership du Chef de l'Etat, Président de la République, Président du CNLS-IST, des impulsions fortes ont été données à la riposte nationale depuis plus de 15 ans.

Au cours de la décennie précédente, le Togo a enregistré une réduction des nouvelles infections de près de 39 % et du nombre de décès de 52%. Ces résultats ont été obtenus grâce à la mise en œuvre des interventions à haut impact, une augmentation très significative du taux de couverture des traitements par les médicaments antirétroviraux (ARV) qui est passé de 35% en 2010 à plus de 60% en 2019. Même si ces progrès sont encourageants, ils doivent être amplifiés par l'accélération de la mise en œuvre des interventions au cours des dix prochaines années. En effet, le Togo s'inscrit dans la vision de la communauté internationale, celle de mettre fin à l'épidémie du Sida à horizon 2030. Et c'est dans cette perspective que la présente politique de lutte contre le Sida a été élaborée. Elle s'insère dans la stratégie de la couverture sanitaire universelle du secteur de la santé et s'est alignée sur les objectifs du plan national de développement.

Ainsi le document de Politique Nationale de Lutte contre le Sida constitue l'expression de l'engagement du Gouvernement à accélérer la riposte avec des stratégies innovantes pour avoir un maximum d'impact en termes de réduction des nouvelles infections et de décès afin que notre pays soit au rendez-vous de la réalisation de l'objectif de développement durable (ODD3) santé en 2030.

Je demande aux principaux responsables de tous les départements ministériels, du secteur privé et de la société civile de s'engager plus activement chacun à son niveau en prenant des actions décisives pour mettre fin à cette épidémie à moyen terme.

J'invite tous les acteurs des secteurs public et privé, de la société civile et les partenaires en développement à s'approprier le document de la politique nationale et à travailler de façon synergique afin d'amplifier les résultats déjà obtenus au bénéfice de notre population.

Son Excellence Komi Sélom KLASSOU
Premier Ministre
Premier Vice-Président du CNLS-IST

REMERCIEMENTS

Le Coordonnateur National du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles présente ses sincères gratitudees :

- A Son Excellence **Faure Essozimna GNASSINGBE**, Président de la République, Président du CNLS-IST pour son grand leadership dans la riposte nationale contre le VIH et le Sida au Togo
- Au Premier Ministre, Premier vice-président du CNLS-IST
- A Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2^e Vice-président du CNLS-IST
- Au Directeur pays de l'ONUSIDA
- A tous les partenaires techniques et financiers
- A toutes les personnes ressources qui ont contribué à l'élaboration et à la validation de ce document

Table des matières

PREFACE.....	2
Remerciements.....	3
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION	8
I. CONTEXTE	9
1.1 Données générales.....	10
1.2 Données épidémiologiques.....	11
1.3 Impact de la riposte sur l'épidémie	11
II. ANALYSE DE LA REPOSE NATIONALE AU VIH.....	13
2.1 Prévention du VIH	14
2.2 Soins et traitement et soutien du VIH.....	14
2.3 Recherche	16
2.4 Promotion des droits humains	16
2.5 Coordination, gouvernance et actions des parties prenantes.....	17
2.5.1. Le CNLS-IST	17
2.5.2. Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST	18
2.5.3. Le secteur public santé.....	19
2.5.4 Les autres secteurs publics non santé	19
2.5.5 Le CCM	19
2.5.6. Collectivités locales	20
2.5.7. Le secteur privé.....	20
2.5.8. La société civile.....	20
2.5.9. Partenaires techniques et financiers	21
2.6 Mobilisation et gestion des ressources	21
• 2.7. LEÇONS APPRISES.....	23
III. ENGAGEMENTS, PRINCIPES DIRECTEURS	25
3.1 Engagements.....	26
3.2 PRINCIPES DIRECTEURS	26
IV. VISION, MISSION, BUT ET OBJECTIFS.....	28
4. La vision, mission, but et objectifs	Erreur ! Signet non défini.
4.1 Vision.....	29
4.2 Mission.....	29
4.3 But	29
4.4 Objectifs.....	29
V. POPULATIONS CIBLES PRIORITAIRES	30

V. POPULATIONS CIBLES PRIORITAIRES	30
5. Les populations prioritaires	Erreur ! Signet non défini.
VI. GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES	32
6. Les grandes orientations stratégiques	Erreur ! Signet non défini.
6.1. <i>Prévention</i>	33
6.2. <i>Soins et traitement</i>	33
6.3 <i>Droits humains et genre</i>	34
6.4 <i>Suivi-évaluation et recherches</i>	35
6.5. <i>Gouvernance</i>	35
VII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE AVEC LES DIFFERENTS PARTENAIRES.....	36
7.1 Institutions impliquées dans la mise en œuvre.....	37
7.1.1 <i>Le CNLS</i>	37
7.1.2 <i>Le Parlement</i>	37
7.1.3 <i>Les Collectivités Territoriales</i>	37
7.1.4 <i>Le CCM</i>	37
7.1.5 <i>Secteur de la santé</i>	38
7.1.6 <i>Les secteurs publics non santé</i>	38
7.1.7 <i>La société civile</i>	38
7.1.8 <i>Le secteur privé</i>	39
7.1.9 <i>Partenaires techniques et financiers</i>	39
7.1.9 <i>Forum des Partenaires</i>	39
7.2 Outils de mise en œuvre	40
7.2.1 <i>Plans stratégiques nationaux</i>	40
7.2.1 <i>Plans nationaux de suivi-évaluation et de recherche</i>	40
VIII. STRATEGIE DE MOBILISATION DES RESSOURCES	41
8. Stratégies de mobilisation des ressources	Erreur ! Signet non défini.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
CNLS	Conseil National de lutte contre le sida
CRLS-IST	Conseil Régional de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles
CCM	Country Coordinating Mechanism
CV	Charge Virale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
HSH	Hommes ayant des Relations Sexuelles avec d'autres Hommes
INSEED	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques
ODD	Objectifs de Développement Durable
OEV	Orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le sida
OSC	Organisations de la Société Civile
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEC	Prise en Charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS-IST	Programme National de Lutte contre le SIDA-IST
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission du sida de la Mère à l'Enfant
PS	Professionnel (le)s de Sexe
PSN	Plan Stratégique National

PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAS+	Réseaux des Associations de Personnes vivant avec le VIH
REDES	Estimation des Flux des Ressources et Dépenses Nationales de lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNU	Système des Nations Unies
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et Infections sexuellement transmissibles
TARV	Traitement par les Antirétroviraux
TB	Tuberculeux
UDI	Usagers de drogues injectables
USAID	United States Agency for International Development United
UONGTO	Union des ONG du Togo
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

INTRODUCTION

Au Togo, la riposte nationale à l'infection au VIH, s'est organisée depuis 2001 de façon multisectorielle et inclusive de tous les acteurs de la société sous le leadership du CNLS-IST. C'est ainsi que quatre plans stratégiques nationaux de lutte contre le Sida ont été élaborés et mis en œuvre sous la coordination du CNLS. La politique nationale de lutte contre le VIH et le sida élaborée en 2012 ambitionnait d'avoir une génération sans sida à l'horizon 2020. Cette politique a encadré l'élaboration de deux plans stratégiques (2012-2015 et 2016-2020). En effet ces deux plans stratégiques ont respectivement couvert la période des dernières années des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et les premières années des objectifs de développement durable (ODD).

Au terme de 10 ans de mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le VIH et le sida, le pays a initié l'élaboration d'une nouvelle politique 2021-2030 pour orienter les axes stratégiques de la lutte en lien avec les nouvelles perspectives internationales et nationales fondées sur l'accélération de la riposte avec les objectifs 95 – 95 – 95 d'ici à 2025 et la fin de l'épidémie à l'horizon 2030 qui s'inscrivent dans les objectifs du développement durable. Ainsi le nouveau document de politique nationale vision 2030 a été élaboré en se basant les acquis et les leçons apprises de la mise en œuvre des orientations de la décennie 2010-2020, en intégrant les nouvelles orientations internationales nationales et les stratégies innovantes.

I. CONTEXTE

1.1 Données générales

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui a une superficie de 56 600 Km² et se présente sous la forme d'un rectangle, d'une longueur de 600 km et d'une largeur variant entre 50 et 150 km. 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. La capitale du Togo est Lomé.

Dans l'ensemble, le Togo jouit d'un climat intertropical de type guinéen dans le sud et soudanien dans le nord. Ce climat chaud et humide est favorable à la prolifération des vecteurs de maladies infectieuses et parasitaires.

Le recensement de la population togolaise en 2010 a permis, avec un taux de croissance annuelle de 2,8% d'estimer à 7,4 millions en 2018 le nombre d'habitants (INSEED). La population du Togo est constituée en majorité de femmes (51,4%) et de jeunes de moins de 25 ans (60%) de la population totale.

Selon le MICS VI, 46,1% des femmes et 71,8% des hommes sont alphabétisés.

Entre 2006-2015, le taux moyen de croissance du PIB réel dépasse 5%, l'incidence de la pauvreté a diminué de 6,6 points de pourcentage, l'emploi a connu des progrès notables et l'indice de développement humain s'est amélioré. La mise en œuvre des différentes politiques de développement a permis au Togo d'obtenir des avancées dans la relance de l'économie par une croissance régulière du PIB réel de 5,0% en moyenne annuelle sur la période 2013-2017.

La stabilité macroéconomique s'est améliorée, après une phase d'endettement dus au rattrapage et à la mise à niveau des infrastructures structurantes. Le taux d'endettement qui était de 79,4% du PIB en 2016 connaît une baisse tendancielle pour être en 2017 au niveau de la norme communautaire de 70%.

L'incidence de la pauvreté a baissé de 3,6 points de pourcentage entre 2011 et 2015, passant respectivement de 58,7% à 55,1%.

1.2 Données épidémiologiques

Le Togo a une épidémie de VIH de type généralisé avec une prévalence estimée à 2,5% (selon les résultats de l'enquête EDST III 2013-2014) et selon le SPECTRUM la prévalence du VIH est estimée à 2,27% en 2018.

D'importantes disparités existent entre le sexe, l'âge, les régions et les populations clés. Cette prévalence est deux fois plus élevée chez les femmes (3.1%) que chez les hommes (1.7%). Chez les jeunes de 15-19 ans, la prévalence est deux fois plus élevée chez les jeunes filles (0.4%) que chez les jeunes garçons (0.1%). Elle est plus élevée dans les régions méridionales (Lomé 3.4% ; région maritime 3%) que dans les régions septentrionales (Kara : 1.8%, Savanes : 0.3%). Ainsi l'infection au VIH est dix fois plus élevée dans les régions Lomé commune et Maritime que dans la région des Savanes. Dans toutes les régions sanitaires du pays, le nombre des femmes infectées par le VIH est deux fois plus élevé que celui des hommes sauf dans les Savanes où la différence homme-femme n'est pas très marquée.

La prévalence du VIH au sein de ces populations clés se présente comme suit : PS (11,7% en 2015 contre 13,2% en 2017), HSH (13% en 2015 à 21,98% en 2017), les usagers de drogue (5,5% en 2011 à 3,6% en 2017), la population carcérale (4,3% en 2004 à 2,18% en 2018). L'enquête de séroprévalence du VIH réalisée en 2014 par la Direction Centrale des Services de Santé des Armées a noté une baisse de la prévalence (3.8% en 2014, 7,70 % en 2009, 9,54 % en 2006 et 13,78 % en 2002) au niveau de ce groupe cible.

1.3 Impact de la riposte sur l'épidémie

Selon les estimations d'EPP/SPECTRUM, entre 2010 et 2020, le nombre de nouvelles infections est passé de 7223 cas à 4383 soit une baisse de 39,4%.

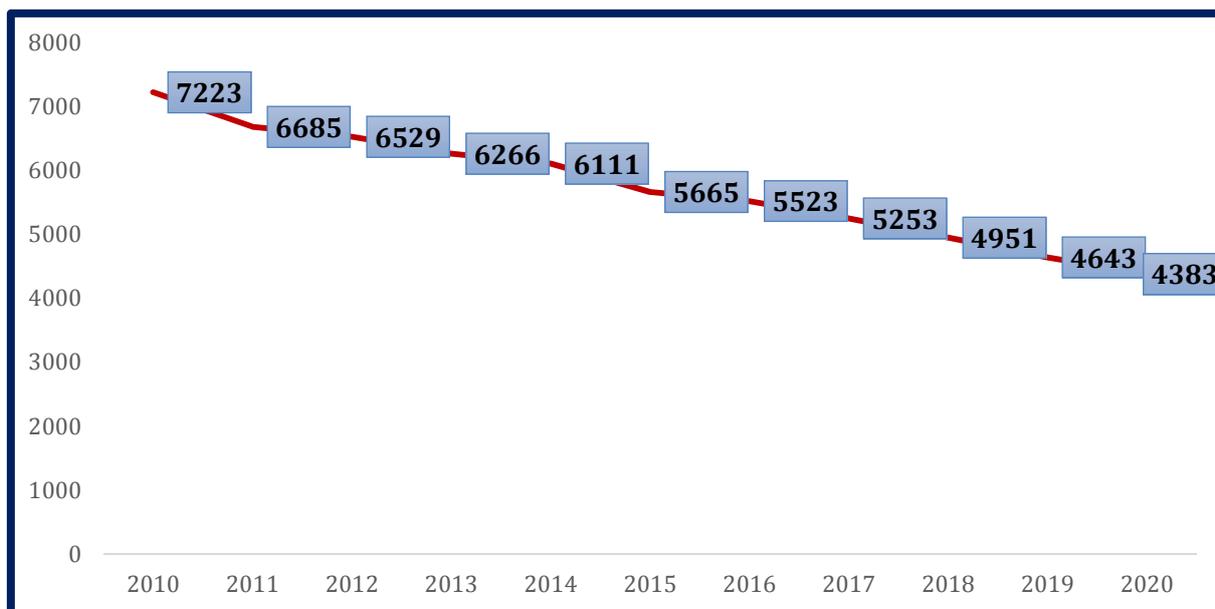


Figure 1. Evolution des nouvelles infections entre 2010 et 2020

On note aussi une tendance à la régression des cas de décès dus au Sida chez les adultes de 15-49 ans. Selon ces estimations ce nombre serait de 2689 cas en 2019 contre 5699 soit une baisse de 52.8%

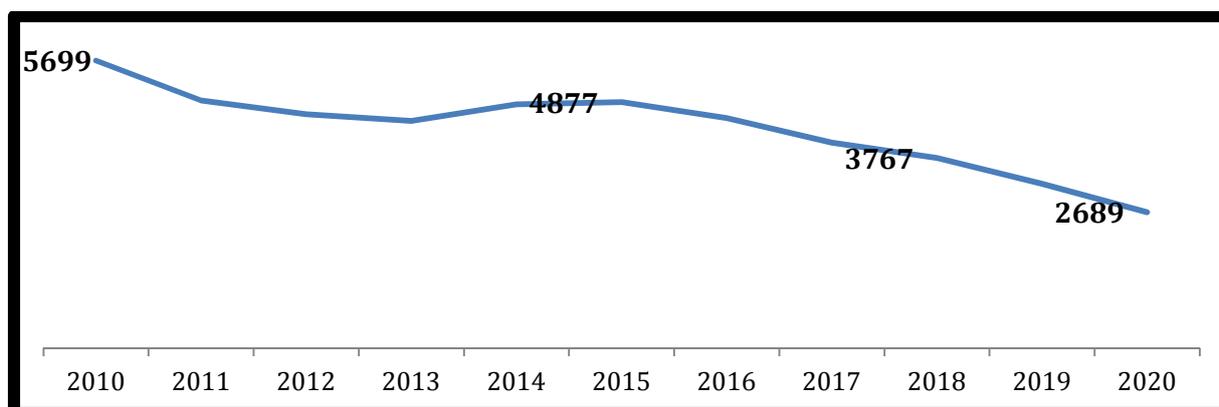


Figure 2: Evolution du nombre de décès dus au sida de 2010 à 2020

Selon une étude publiée en 2019 sur l'évolution mondiale de l'épidémie, le rythme annuel de réduction des nouvelles infections au Togo était de 10.2% entre 2007-2017, celui de réduction des décès est de 13% au cours de la même période (Lancet HIV 2019)

II. ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE

2.1 Prévention du VIH

Dans le domaine de la prévention, les interventions ont particulièrement ciblées les populations clés notamment les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH) et les professionnelles du sexe. La mise en œuvre de ces interventions a été soutenue par un document de politique de prévention et de prise en charge élaboré en 2013. Un financement significatif a été accordé aux groupes cibles grâce au soutien des partenaires tels que le Fonds Mondial, l'USAID et le SNU.

Entre la période de 2012 à 2018, les interventions de préventions ont touché 7 781 304 de personnes par les sensibilisations de proximité parmi lesquelles on a noté 51 753 HSH et 283 149 PS, sensibilisé 4 655 683 personnes dont 33 484 HSH et 866 856 PS sur les violences basées sur le genre et distribué 132 090 831 préservatifs dont 17 697 aux PS et 7 109 592 aux HSH.

La deuxième population prioritaire de la prévention a été les femmes enceintes. Un plan d'élimination de la transmission mère enfant a permis avec les interventions de prévention de baisser les nouvelles infections de plus de 50% en 10 ans. En effet, 2018, 76,8% des sites SMNI offrent la PTME en 2018 contre 47,7% en 2012. Au plan national, 207514 sur 275293 femmes enceintes soit 75,38% ont connu leur statut sérologique VIH, 4331 femmes enceintes VIH positif sur 5396 soit 80,26% ont reçu des ARV et 2483 enfants sur 5396 soit 46,02% ont bénéficié de la PCR1 dans les deux premiers mois pour leurs enfants.

La réponse à l'épidémie du VIH est rendue effective dans le secteur de l'éducation à travers des dispositifs visant à institutionnaliser l'enseignement du VIH, du sida et des IST dans les établissements du secondaire général et technique.

2.2. Soins, traitement et soutien

En matière de prise en charge globale des PVVIH, des progrès notables ont été réalisés grâce aux soutiens financiers principalement du Fonds Mondial et du gouvernement. Ainsi la couverture thérapeutique en ARV est passée de 23% en 2010 à 60% en 2018. La stratégie «Tester et Traiter» est opérationnelle chez les populations clés, les couples séro différents, les patients co-infectés », les femmes enceintes dans le cadre de la PTME et les enfants de moins de 19 ans. Depuis mai 2019, cette stratégie serait opérationnelle dans toutes les structures de prise en charge et pour toutes les personnes diagnostiquées séropositives.

Quatre ans après la mise en œuvre de l'objectif 90-90-90 et selon le rapport CNLS-Togo 2018, la cascade des soins et du traitement ARV chez les PVVIH adultes est atteinte en 2018 dans les proportions suivantes : 66% des PVVIH connaissaient leur statut sérologique, 89% des PVVIH enregistrées étaient sous traitement par les ARV, et seulement 20 554 des 64 842 PVVIH sous ARV soit le 1/3 avaient effectué une charge virale. Parmi ceux qui ont fait la CV, elle était supprimée chez 79% des patients soit 16 271 patients. Nous notons des lacunes au niveau de l'offre de la charge virale avec un gap de 44288 PVVIH soit 67% sous traitement ARV chez dont on ignore le statut de la charge virale.

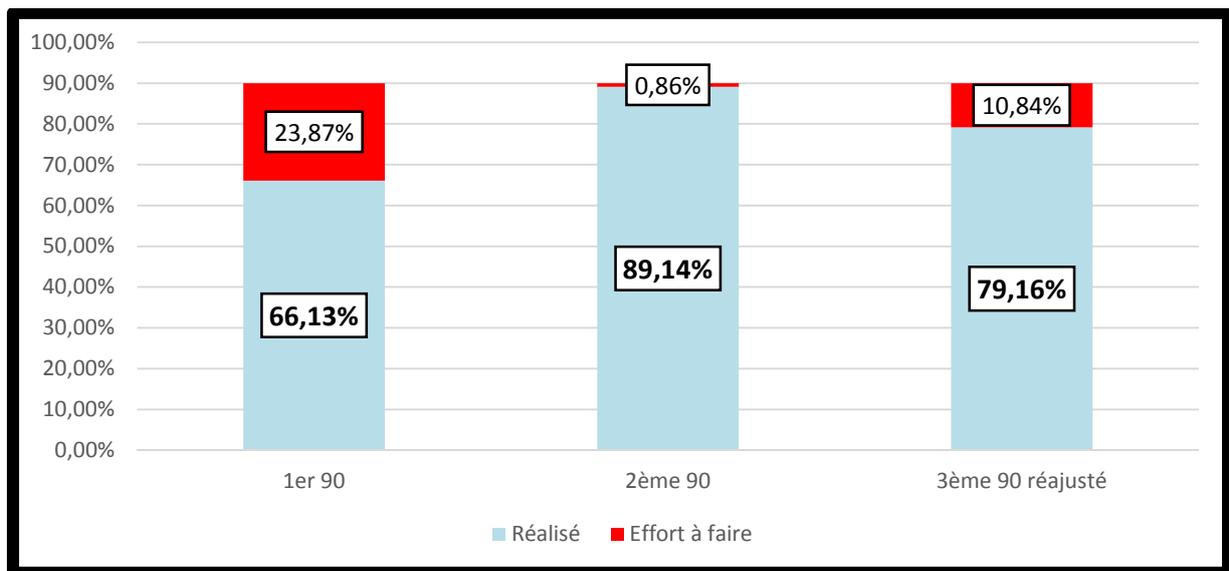


Figure 3 Niveau d'atteinte de la cible 90 90 90 en 2018

L'atteinte des 66% au premier 90, montre que 34% des PVVIH ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH. Pour atteindre le premier 90 des efforts importants doivent être fournis pour dépister environ 29 855 PVVIH et porter le nombre des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique à 102 600 en 2020. Ainsi, de nouvelles approches de « dépistage démedicalisé » auprès des populations clés comme la technique « EPOA » (Approche améliorée de mobilisation par les pairs), « l'index Testing » et l'auto dépistage du VIH pourraient permettre une plus grande couverture du dépistage des PVVIH.

On note une faiblesse importante dans l'accès des PVVIH à la charge virale aussi bien en amont (nombre de malades ayant effectués l'analyse) qu'en aval (le délai de rendu des résultats reste encore trop long en moyenne 6 mois)

Chez les enfants de 0-14 ans la cascade des soins et traitement est la suivante : 39% des enfants nés des mères séropositives connaissent leur statut, 90% de ces personnes ont été mises sous ARV et 65% des enfants sous ARV ont eu leur charge virale supprimée. La faible couverture de PCR limiterait le dépistage précoce du VIH chez les enfants.

L'amélioration de la connaissance du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH particulièrement chez les populations clés et l'orientation vers les soins après le dépistage, et l'accroissement de l'accès des toutes les PVVIH à la charge virale seront essentielles pour maintenir l'élan de l'extension du traitement et pour l'atteinte de l'objectif 95-95-95 de l'ONUSIDA.

2.3 Recherche

Toute recherche sur le VIH et le sida, notamment dans le domaine des sciences biomédicales, de l'épidémiologie de la médecine traditionnelle et des sciences sociales et humaines, se fait selon les règles en vigueur au Togo et les normes internationales. Elle doit, notamment obéir à des impératifs éthiques de pertinence, d'innocuité et de rigueur méthodologique. Un plan national de recherche de lutte contre le VIH/SIDA a été élaboré en 2012.

En 2012, un répertoire national des études sur le VIH/sida couvrant la période 2001 à 2011 a été réalisé. Les résultats issus de cette étude ont permis d'identifier au total 172 (70,5%) études avec des données appropriées selon les critères pré établis. Des 163 études et rapports retenus, 81 (47,1%) ont porté sur la prise en charge et le suivi des patients IST et des PVVIH ; 19 (11%) sur les prévalences et les aspects comportementaux dans la population générale et en milieu de travail contre 20 (11,6%) chez les femmes enceintes. Il y avait 16 (9,3%) études qui ont ciblé les jeunes, 15 (8,7%) les travailleuses de sexe et 11 (6,3%) les corps habillés. Enfin, 8 (4,6%) études ont porté sur les routiers et 2 (1,2%) sur les Orphelins et enfants vulnérables.

2.4 Promotion des droits humains

En 2005, une loi portant protection des personnes en matière de VIH/sida a été adoptée et améliorée en 2010. Il s'agit des personnes vivant avec le VIH/sida, des prestataires des services de santé, des

personnes affectées par le VIH, des personnes vulnérables au VIH et en général de la famille et de la communauté.

Dans la dynamique de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, une étude sur l'Index-Stigma a été réalisée au Togo en 2013. Les résultats de cette étude ont conduit à mettre en place en 2014 l'observatoire des Droits Humains et VIH qui permet de documenter toute situation de violations des Droits Humains à l'encontre des PVVIH, des HSH et des PS. Ce dispositif fait aussi de la prévention et de la prise en charge des trois cibles victimes des comportements stigmatisants et discriminatoires. Il joue un grand rôle dans le cadre de la création de l'environnement favorable pour l'offre des services aux PVVIH et aussi aux populations clés.

Selon le rapport annuel de l'observatoire 2017, l'on note que les femmes sont trois fois plus victimes de la stigmatisation et de la discrimination que les hommes (64 hommes soit 23,1% contre 213 femmes soit 76,89%). Ce qui corrobore avec les résultats d'une enquête sur l'index de stigmatisation des PVVIH réalisée en 2014 au Togo qui a rapporté que les femmes sont plus exposées à la stigmatisation comparativement aux hommes en termes d'exclusion des activités religieuses, familiales ou des manifestations sociales, des commérages, d'agression et de harcèlement.

Le pays dispose d'un plan d'action sur les droits humain et genre élaboré pour la période 2016-2020 et a permis d'irriguer tous les interventions de la riposte nationale du PSN

2.5 Coordination et actions des parties prenantes

2.5.1. Le CNLS-IST

En 2001, le gouvernement togolais s'est engagé dans une approche multisectorielle et pluridisciplinaire de lutte contre la pandémie. Cet engagement a abouti à la création, par décret N° 2001-173/PR du 11 octobre 2001, du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST). Ce décret a été modifié par le décret N°2004-054/PR du 28 janvier 2004.

Le CNLS-IST, de composition multisectorielle, est présidé par le Chef de l'Etat, Président de la République. Le CNLS-IST a des démembrements que sont les Comités Régionaux de Lutte contre le sida et les IST (CRLS-IST) et les Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida et les IST 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. Son leadership est avéré à travers la gestion de la réponse nationale au VIH basée sur les « Trois principes » – un cadre d'action national contre le sida, un organisme national de coordination du sida et un système de suivi et évaluation.

Les principales activités réalisées par le CNLS-IST entre 2012 et 2019 dans le cadre de la gouvernance ont été les suivantes :

- élaboration de deux plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida 2012-2015 et de 2016-2020 ;
- élaboration de deux plans nationaux de suivi et évaluation du VIH/SIDA 2012-2015 et 2016-2020 ;
- élaboration d'une politique de prévention et de prise en charge de l'infection du VIH chez les populations clés
- élaboration d'un plan d'action droits humains et genre 2016-2020
- élaboration du plan national de communication pour un changement de comportements en matière du VIH et des IST 2018-2020 ;
- tenue de deux forums des partenaires et des revues annuelles des activités avec production régulière des rapports programmatiques et financiers depuis 2013 ;
- mobilisation des ressources domestiques et internationales où l'on note notamment un accroissement des dépenses liées au sida depuis 2012 pour atteindre le pic en 2017 soit 19 204 519 961 584 FCFA. Ces ressources ont baissées de plus de 42% en 2018 pour être à 11 223 460 128 FCFA ;
- Le Président du CNLS, champion du Fonds Mondial (avec contribution du pays à la cinquième et sixième conférence de reconstitution des ressources financières du Fonds Mondial de lutte contre le Sida la tuberculose et le paludisme).

2.5.2. Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST

C'est l'organe exécutif mis en place pour mettre en œuvre les décisions et les orientations prises par le CNLS-IST. Des groupes thématiques ou groupes techniques ont été mis en place au sein du SP/CNLS dont la composition est multisectorielle et multidisciplinaire afin de mieux coordonner l'action des acteurs au cours de cette mise en œuvre. Il s'agit du Groupe National de Référence de suivi-évaluation, du Groupe de communication pour le changement de comportement, du groupe genre et droits humains et du groupe jeunes et adolescents. Le SP/ CNLS a coordonné l'élaboration et la mise en œuvre des différents plans stratégiques avec la production régulière des informations stratégiques

depuis 2012 (rapports annuels, REDES, études, magazine d'information etc..). Le SP/CNLS a participé activement aux activités de mobilisation des ressources à travers l'élaboration des projets et des plaidoyers auprès du gouvernement et des partenaires techniques et financiers.

2.5.3. Le secteur public santé

Le secteur public santé est très dynamique à travers le PNLIS et les directions régionales et de districts sanitaires qui coordonnent les interventions du secteur santé. Le PNLIS/IST est l'organe technique du Ministère de la Santé chargé de la mise en œuvre des interventions spécifiques de la santé liées au VIH dans tout le pays. Ces interventions sont essentiellement de deux ordres notamment préventif et thérapeutique.

Les fonds domestiques ont augmenté de 26% entre 2016 et 2017 passant ainsi de 2 938 114 583 FCFA à 3 702 522 521 FCFA. Ces fonds représentent 31,42% des dépenses liées au VIH en 2018 dont les 59% soit 2 096 667 273 FCFA sont financés par le secteur privé.

2.5.4 Les autres secteurs publics non santé

Dans le secteur public non santé, seuls les Ministères chargés de la Défense, de la Justice, de droits de l'homme, des Enseignements Primaires Secondaires, de l'Enseignement Professionnel et de l'Agriculture ont des plans de travail et mènent des activités sur le terrain.

2.5.5 Le CCM

Le CCM est l'organisme de coordination nationale des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Il a pour mission entre autres de :

- Coordonner l'élaboration des propositions à soumettre pour financement au Fonds Mondial ;
- Suivre la mise en œuvre des projets financés par tous les moyens de vérification appropriés à travers son comité stratégique ;
- Assurer le lien et la cohérence entre les interventions subventionnées par le Fonds Mondial et les programmes nationaux de développement. Entre 2012 et 2019, le CCM a mobilisé environ 81 357 351 FCFA à travers les projets VIH.

2.5.6. Collectivités locales

L'union des collectivités locales du Togo à travers les délégations spéciales des villes de Lomé, d'Atakpamé, de Sokodé et de Kara s'est activement engagée dans la riposte nationale à partir de l'année 2017 par l'élaboration des plans d'actions et la mobilisation des ressources propres. Leurs expériences ont fait tache d'huile et 04 autres mairies se sont engagées dans le même processus.

2.5.7. Le secteur privé

Le secteur privé doit jouer un rôle important dans la lutte contre le Sida. Au niveau des entreprises privées, on note la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH et le sida, l'organisation et la mise en place d'un cadre de suivi évaluation opérationnel, le renforcement des compétences face au VIH et la mise en place de stratégies de communication efficaces.

En ce qui concerne le financement des fonds domestiques (3 702 522 521 FCFA), la société civile a contribué pour un montant de 1 429 235 860 FCFA soit 40,54%.

2.5.8. La société civile

Le Togo a révisé en 2015 sa politique nationale des interventions à base communautaire dans le secteur de la santé et l'a dotée d'un plan stratégique pour la période 2016-2020.

Les agents de santé communautaire (ASC) en sont les principaux acteurs ; ils contribuent à la mise en œuvre des activités des principaux programmes de santé, notamment les programmes (VIH/Sida, TB, Paludisme, PEV et SR). Outre les ASC, les pairs éducateurs/animateurs, et les médiateurs assurent la mise en œuvre des activités du volet communautaire sous la supervision des ONG.

Les Organisations de la Société Civile (OSC) sont regroupées dans une plateforme pour la lutte contre le sida depuis le 11 février 2012. Cette plateforme est dénommée Plateforme des OSC de lutte contre le VIH et de promotion de la santé au Togo. Elles représentent 7% des structures accréditées au plan national pour la prise en charge des PVVIH, mais elles assurent la prise en charge médicale de 30% des personnes vivant avec le VIH (rapport PNLIS 2018). Elles assurent aussi la majorité des services de prévention et de prise en charge psychosociale des PVVIH. Il existe des réseaux regroupant les PVVIH (RAS+), les HSH (Cupidon), et

des PS (AFAZ). Ces réseaux sont membres du CCM et membres actifs des groupes de travail du CNLS.

La société civile a élaboré un plan d'accélération de la riposte nationale avec les objectifs qui consistent à faire passer :

- pour le premier 90, le pourcentage de PVVIH dépistées et suivies dans les associations de 30% à 41% de la file active nationale en 2020 ;
- pour le deuxième 90, le pourcentage des PVVIH sous traitement ARV dans les structures associatives accréditées de 28% à 39% de l'ensemble des PVVIH sous traitement ARV en fin 2020 ;
- pour le troisième 90, le pourcentage de PVVIH sous ARV dans les structures associatives accréditées ayant bénéficié d'une charge virale de 12,4% à 37% de l'ensemble des PVVIH sous traitement ARV dans le pays.

Les organisations confessionnelles sont très engagées dans le domaine de prévention et de soutien avec une mobilisation active des ressources financières pour mener les interventions. Depuis 2017, il a été créé un réseau national des religieux sur la santé de la reproduction et le VIH qui mène des activités de plaidoyer et de sensibilisation.

2.5.9. Partenaires techniques et financiers

Les partenaires bilatéraux, multilatéraux et les organisations internationales à but non lucratif ont contribué à la mobilisation des ressources internationales, au partage des informations relatives aux revues annuelles des activités et à la production régulière des rapports programmatiques et financiers.

2.6 Mobilisation et gestion des ressources

En 2018, les ressources dépensées pour la mise en œuvre des interventions s'élevaient à 11 223 460 128 FCFA, soit un taux de financement de 62% par rapport au budget prévu pour l'année 2018 dans le plan opérationnel 2016- 2018 (18 192 172 376 FCFA). L'analyse des données de 2018 montre une diminution des dépenses en 2018 par rapport à 2017 estimées à 42%. La riposte nationale dépend largement des financements extérieurs estimés à 68,58% en 2018.

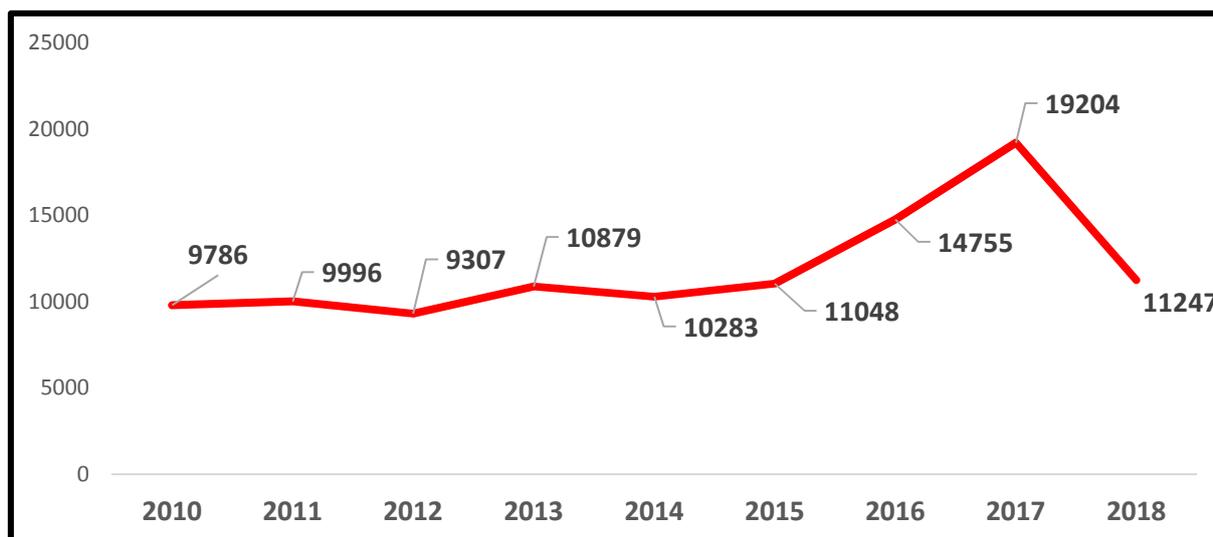


Fig. 4. Evolution des Dépenses en Millions de Francs CFA (2010-2018)

Si selon le rapport REDES 2018, l'on note depuis 2010 une stabilisation des financements extérieurs pour le Sida, ceux-ci ont par ailleurs augmenté entre 2016 et 2017 ; cela est dû à la contribution du Fonds Mondial qui s'élevait à 13 175 264 498 FCFA en 2017 et à 9 915 189 228 F CFA en 2016. En 2018, le financement du Fonds Mondial était de 4 352 912 769 F CFA, soit 80% des Fonds Extérieurs. Le financement international a été assuré par les bilatéraux (les Gouvernements français, allemand, américain et canadien), les multilatéraux (commission européenne et les agences du système des nations unies) et les organisations et fondations internationales à but non lucratif (santé intégrée, Croix Rouge, Plan international, SIDACTION, Fondation Clinton, Caritas, et autres).

Les analyses utilisant le modèle Optima en 2017, avaient souligné un fort risque d'augmentation continue de la prévalence et de l'incidence globales du VIH au Togo si la couverture TAR actuelle n'est pas augmentée. La croissance démographique rapide du Togo va en effet continuer à peser fortement sur la réponse au VIH, malgré la stabilisation projetée de la prévalence dans plusieurs sous-groupes de la population. Afin de réduire l'incidence et les décès de 50%, les ressources devraient être transférées des programmes de prévention ciblant la population générale à faible risque, vers les programmes à destination des populations clés au traitement par les ARV et à la PTME.

Les programmes VIH à destination des populations clés bénéficieraient d'une intégration complète de l'initiation et de l'adhésion au traitement antirétroviral. Le modèle recommande une augmentation proportionnellement plus importante des dépenses pour la mise sous traitement des populations clés au sein des PVVIH.

Des ressources domestiques supplémentaires seront nécessaires pour soutenir durablement la réponse au VIH. Le financement pour le VIH au Togo a augmenté depuis 2007. Toutefois, en excluant le traitement par les ARV, les programmes de prévention et les programmes ciblant les populations clés sont principalement financés par des donateurs internationaux. Le retrait du financement international sans une augmentation concomitante des ressources domestiques aura un impact négatif significatif sur l'épidémie du VIH au Togo.

Le pays a élaboré en 2014 une stratégie nationale de mobilisation des ressources domestiques pour le financement de la santé. Mais cette stratégie basée sur les financements innovants n'est pas encore mise en œuvre. La faible mobilisation des ressources domestiques constitue un goulot d'étranglement pour la pérennité et l'accélération des interventions au cours des dix prochaines années

2.7. Leçons apprises

Au Togo, la lutte contre le VIH/sida est inscrite au rang des priorités dans le domaine de la santé. Depuis le début de l'épidémie, des progrès remarquables ont été accomplis. Des résultats encourageants ont été enregistrés notamment, une baisse régulière des nouvelles infections de 39% entre 2010 et 2020 . On note également une diminution des cas de décès dus au sida chez les adultes de 15-49 ans qui a baissé de 52% entre 2010 et 2020

Le gap observé dans le dépistage des PVVIH permet d'affirmer que les interventions et stratégies habituelles, non ciblées qui visent simplement à convaincre une personne à se faire dépister ne sont plus pertinentes. Il faut désormais inventer des approches et des stratégies permettant d'aller chercher les PVVIH là où elles se trouvent afin que cela soit plus rapide, plus efficace et ait un meilleur rapport coût/efficacité.

Il existe une faiblesse structurelle et conjoncturelle de l'accès de la charge virale des enfants issus de la PTME et des PVVIH sous ARV dans le pays.

On note ces dernières années une baisse des financements des différents partenaires. Cette baisse intervient à un moment où des pays comme le Togo connaissent une hausse des coûts du programme VIH, du fait de l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin de services de traitement et de prévention. En effet, le problème de faiblesse domestique constitue une faiblesse majeure pour le pays dans les prochaines

L'engagement du Togo est exprimé dans sa vision de lutte contre le sida et se traduit déjà dans l'extension de l'offre des services de prévention aux populations les plus vulnérables (notamment les femmes, les jeunes et les populations clés) et des services soins et traitement, l'accès aux ARV pour toutes les populations clés et les femmes enceintes dépistées positives au VIH.

Selon l'étude portant sur l'efficacité des allocations de ressources de la riposte nationale au VIH au Togo réalisée en 2017, « Atteindre les objectifs 90-90-90 pourrait prévenir 63 400 (56%) nouvelles infections en 2030 et 47 900 (68%) décès par rapport à la couverture actuelle » nécessite obligatoirement de doubler le niveau de financement actuel disponible dans le pays. Ces financements doivent être orientés prioritairement vers les programmes de traitement ARV, de PTME et de préventions combinés vers les populations clés et les jeunes

La marche vers l'atteinte de l'objectif 95-95-95 d'ici à 2025 de l'ONUSIDA implique que le financement du VIH doit être augmenté (par des sources nationales ou internationales) pour pallier les lacunes de couverture du traitement et soutenir d'autres services de prévention à destination des populations clés, des femmes en âge de procréer, des enfants et adolescents, et des PVVIH.

Pour améliorer la gouvernance de la riposte, il faut renforcer ou redéfinir le fonctionnement de certaines structures de coordination sectorielle du secteur public non santé et les structures de coordination décentralisées afin d'optimiser leurs actions.

III. ENGAGEMENTS, PRINCIPES DIRECTEURS

3.1 Engagements

La politique nationale de lutte contre le sida intègre tous les engagements internationaux en la matière. Le Togo a souscrit aux différents engagements et décisions internationaux notamment :

- La déclaration de Lomé sur le VIH/sida en Afrique adoptée par la 36^e session ordinaire de la conférence des Chefs d'Etat et de gouvernements de l'OUA tenue à Lomé du 10 au 12 juillet 2000 ;
- La déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes du sommet Africain tenu du 24 au 27 avril 2001 ;
- La déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies du 25 au 27 juin 2001 ;
- Les trois principes directeurs de la coordination de lutte contre le VIH adoptés lors de la conférence internationale sur le VIH/sida tenue au Kenya en 2003 à savoir : un seul organe de coordination, un seul cadre stratégique et un seul système de suivi évaluation ;
- La déclaration politique sur le VIH/sida par l'Assemblée Générale des nations Unies le 10 juin 2012 ;
- La feuille de route de l'Union Africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique du 03 juillet 2012 ;
- La déclaration politique de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 du 08 juin 2016.

3.2 Principes directeurs

- Tous les Togolais sont égaux devant la loi sans distinction de sexe, de religion, de conviction et de statut sérologique ;
- Les personnes à haut risque d'infection à VIH doivent bénéficier des programmes de prévention du VIH/sida adaptés ;
- Les personnes vulnérables constituent les cibles prioritaires des programmes de prévention et de prise en charge ;

- La prise en charge du VIH/sida doit être basée sur une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services VIH dans l'ensemble de la cascade des soins, en vue de mieux satisfaire les besoins des PVVIH et de réduire les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé ;
- La dimension genre et des droits humains doit être systématiquement prise en considération dans l'élaboration et la mise en œuvre de tous les projets et programmes de lutte contre le sida au Togo.
- La mise en œuvre des interventions du VIH rendre dans le cadre de la couverture sanitaire universelle adoptée par le pays

IV. VISION, MISSION, BUT ET OBJECTIFS

La politique nationale de lutte contre le sida 2021-2030 s’aligne sur la vision et les orientations du Plan National de Développement (PND), de la Politique Sanitaire et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

4.1 Vision

La présente déclaration de Politique de lutte contre le VIH et le sida s’inscrit dans la vision du Togo d’être un pays émergent débarrassé du fardeau de l’épidémie du sida.

4.2 Mission

Assurer un leadership stratégique pour une accélération de la riposte multisectorielle nationale contre le VIH/sida afin de mettre fin à l’épidémie du Sida d’ici à 2030.

4.3 But

Mettre fin à l’épidémie de VIH/sida en tant que menace pour la santé publique d’ici à 2030.

4.4 Objectifs

Le monde dispose d’une fenêtre d’opportunités « de 10 ans » pour briser la trajectoire des nouvelles infections et espérer un contrôle de l’épidémie d’ici à 2030. Entre 2010 et 2020, le pays a enregistré une réduction de nouvelles infections de 32% et celle de décès de 52%. Par ailleurs entre 2007 et 2017, le taux annuel de réduction des nouvelles infections était de 10,2% et 13% pour la réduction du nombre de cas décès liés au Sida dans le pays. La politique nationale ambitionne de saisir toutes les opportunités (financements et innovations stratégiques) afin d’accélérer la mise en œuvre des interventions à haut impact. C’est pourquoi la politique nationale se fixe comme objectifs à l’horizon 2030 de :

- *Réduire de 95% le taux de nouvelles infections ;*
- *Réduire de 95% le taux décès liés au SIDA*
- *Promouvoir les droits humains et le genre*
- *Renforcer la gouvernance de la riposte*

V. POPULATIONS CIBLES PRIORITAIRES

La documentation des déterminants de l'épidémie du VIH au Togo a permis de connaître les populations clés, les groupes vulnérables et les groupes à risque pour lesquels des services doivent être offerts

5.1 Populations vulnérables

Les groupes vulnérables sont constitués par les femmes, les enfants, les jeunes et adolescents, et les PVVIH.

5.2 Populations à risque

Les populations à risque sont les militaires et paramilitaires, les transports routiers, les réfugiés, et les pêcheurs

5.3 Populations clés

- Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ;
- Les professionnelles du sexe (PS) ;
- Les prisonniers ;
- Les usagers de drogues et les usagers de drogues injectables (UDI).

VI. GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

En s'appuyant sur les avancées réalisées par le Togo dans la réponse nationale du VIH et sur les nouvelles orientations stratégiques recommandées par l'ONUSIDA, les interventions qui doivent être mise en œuvre dans les dix prochaines années au Togo, seront axées sur les approches intégrées, ciblées et s'insérer dans le cadre de l'accélération pour mettre fin à l'épidémie du Sida à l'horizon 2030.

La lutte contre le VIH doit être menée dans l'esprit de la « couverture sanitaire universelle », cible 3.8 de l'ODD 3, afin de garantir l'accès équitable à des services de santé de qualité selon les besoins et quel que soit le lieu de résidence.

La règle d'or pour assurer l'efficacité et l'efficience des interventions, va consister à investir prioritairement dans les zones à forte prévalence et sur les populations les plus vulnérables pour obtenir des impacts importants dans la riposte nationale.

6.1. Prévention

Dans le domaine de la prévention, il s'agira de poursuivre l'accélération de la réduction des nouvelles infections parmi les populations les plus touchées en particulier (notamment les populations clés), et l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et les adolescents pour obtenir une génération sans SIDA en 2030.

En ce qui concerne le dépistage, des initiatives seront plus stratégiquement ciblées pour atteindre efficacement les populations les plus exposées au risque, notamment à partir des stratégies innovantes telles que le dépistage communautaire, l'auto-dépistage, le diagnostic précoce du nourrisson au centre sanitaire, le dépistage virologique à la naissance, la technique « EPOA » (Approche améliorée de mobilisation par les pairs) « et l'index Testing », pour atteindre le résultat consistant à s'assurer que 95% du total des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut.

6.2. Soins et traitement

Dans le domaine de la prise en charge, il s'agira de renforcer la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les PVVIH et les femmes enceintes, au-delà des objectifs mondiaux de « 90-90-90 » en 2020, 95-95-95 en 2025 pour le traitement contre le VIH à travers les stratégies telles que l'extension de l'approche "treat all" à toutes les PVVIH, la Prophylaxie pré exposition (PrEP) à l'intention du partenaire négatif

pour le VIH, de l'initiation du traitement antirétroviral le même jour, la mise en place des services différenciés et le # guichet unique # afin de ne laisser personne de côté.

L'opérationnalisation de l'offre des soins différenciés à travers la délégation des tâches dans le cadre de la démedicalisation de la prise en charge des patients devrait permettre au pays et aux établissements d'atteindre de meilleurs résultats avec un impact plus grand. La mise en place de cette approche permettrait de faire également des patients des acteurs de leur prise en charge avec et pour effet l'amélioration du taux de l'observance des traitements et la réduction des perdus de vue.

Des efforts particuliers doivent être sur l'accès des services de charge virale (diagnostic précoce et suivi des PVVIH sous ARV) afin d'améliorer la quantité et la qualité de la prise en charge au cours des 10 prochaines années. La suppression de la charge virale chez plus de 90% des PVVIH aura un impact positif sur l'incidence de l'infection

Le gouvernement doit prendre toutes les mesures nécessaires pour s'assurer que tous les patients ont accès aux traitements ARV et à la charge virale.

Il faut mettre en œuvre les stratégies d'intégration des interventions (VIH/santé sexuelle et les comorbidités ou coinfections (TB/hépatites virales)).

6.3 Droits humains et genre

Des évidences de plus en plus nombreuses montrent que la protection des droits de l'homme, la lutte contre les inégalités, la promotion de l'égalité des sexes et le soutien de la mobilisation communautaire renforcent la riposte au VIH.

Ainsi, il est crucial d'investir dans les droits de l'homme, l'égalité des sexes et la mobilisation des communautés pour préserver les acquis de la riposte au VIH au Togo. Les efforts visant à protéger les droits de l'homme et à lutter contre l'inégalité entre les sexes sont indispensables au succès de la riposte au VIH et, plus généralement, au bien-être des citoyens. Ainsi les interventions favorisant l'environnement favorable, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination doivent être renforcées

Toutes les interventions du VIH doivent systématiquement prendre en compte les aspects de droits humains et de genre qui constituent des goulots de étranglement dans l'accès des services

6.4 Suivi-évaluation et recherches

Un mécanisme robuste de suivi-évaluation doit être mise en place et encadrer la mise en œuvre des interventions du VIH/sida dans le pays. Des études opérationnelles, de surveillance doivent être menées régulièrement pour générer des évidences scientifiques et programmatiques afin d'évaluer le niveau d'efficacité de la mise en œuvre des interventions et pour mesurer leurs impacts sur l'épidémie.

6.5. Gouvernance

La gestion efficace de la riposte nationale passera par la coordination effective du Programme sida à travers des organes et structures opérationnels à tous les niveaux décentralisés selon le principe de la multisectorialité, l'appropriation réelle de tous les secteurs retenus dans le cadrage sectoriel du PSN, l'implication de la société civile et des communautés grâce au renforcement des capacités de toutes les parties prenantes.

La bonne gouvernance sera aussi affirmée par le dynamisme du leadership national et par les mécanismes innovants de mobilisation des ressources domestiques.

Il faut renforcer les capacités de toutes les structures de mise en œuvre pour une utilisation rationnelle des financements afin d'augmenter le taux d'absorption des financements qui seront mobilisés.

Il faut aussi renforcer en particulier les capacités les structures de gestion des approvisionnements, de stockage et de distribution des intrants médicaux pour une gestion rationnelle et efficace des intrants ; ceci impactera l'augmentation du taux d'absorption des ressources mobilisées ; l'amélioration de la gestion des achats et stock des intrants médicaux; la gestion et production des informations stratégiques.

Le renforcement du système de santé et le mécanisme de suivi-évaluation doit être une des interventions prioritaires pour améliorer la production des données et des informations stratégiques indispensables à la prise de décisions dans la mise en œuvre des interventions à haut impact.

VII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE AVEC LES DIFFERENTS PARTENAIRES

7.1 Institutions impliquées dans la mise en œuvre

7.1.1 Le CNLS

Le CNLS assure la coordination nationale de la riposte nationale de lutte contre le VIH/sida. Il devra redynamiser ses structures régionales et préfectorales pour une meilleure appropriation de la lutte contre le VIH et le sida au niveau décentralisée. Le SP/CNLS doit produire les outils nécessaires et mobiliser toutes les parties prenantes pour la mise en œuvre efficace des orientations stratégiques. Il doit produire régulièrement les informations stratégiques pour informer toutes les parties prenantes et aider à la prise de décision pour accélérer la réponse.

7.1.2 Le Parlement

Au niveau parlementaire, l'Assemblée Nationale a mis en place le réseau des parlementaires pour la santé et la population incluant la lutte contre le sida. Les commissions santé et lois de l'Assemblée Nationale, accompagnent le programme dans la mise en œuvre de la loi VIH révisée. Les parlementaires sont engagés dans le renforcement du cadre juridique et législatif pour les droits humains et la mobilisation des ressources domestiques notamment lors du vote du budget de la santé.

7.1.3 Les Collectivités Territoriales

L'accélération de la riposte au sida dans les villes, sans pour autant négliger les efforts à mener dans les localités rurales sera donc cruciale pour atteindre les objectifs de la Politique. L'engagement des mairies nouvellement mises en place dans le cadre de la décentralisation administrative contribuera à mobiliser les ressources pour la riposte nationale.

7.1.4 Le CCM

Le CCM est l'organisme de coordination nationale des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Tous les projets doivent s'aligner systématiquement sur les priorités nationales afin d'avoir un grand impact.

7.1.5 Secteur de la santé

Le PNLS/IST est l'organe technique du Ministère de la santé chargée de la mise en œuvre des interventions spécifiques de la santé liées au VIH dans tout le pays. Ces interventions majeures de deux ordres :

Préventif : prise en charge des IST, conseil dépistage et prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;

Soins et traitement : qui peut se résumer en une offre des soins et traitement et qui comprend la prise en charge des infections opportunistes, la prise en charge par les ARV, la prise en charge psychosociale, le suivi biologique ainsi que la prise en charge des accidents liés à l'exposition au sang et aux liquides biologiques.

Le ministère de la santé doit mettre en place des mécanismes de coordination pour mieux impliquer le secteur privé lucratif de la santé dans la mise en œuvre des interventions afin de toucher toutes les populations notamment les femmes enceintes et les enfants

7.1.6 Les secteurs publics non santé

Dans le secteur public non santé, les ministères en charge de la défense, de la justice, des droits de l'homme, des enseignements primaires secondaires, de l'enseignement technique, de la promotion de la femme et de l'agriculture à travers leurs plans de travail doivent continuer à mener des activités de terrain à l'endroit des populations relevant de leurs domaines respectifs et sur certains thématiques comme les droits humains et genre. Ils disposent en leur sein des comités ministériels de lutte contre le sida avec des noyaux anti-sida chargés doivent être redynamisés afin de mieux coordonner l'élaboration et la mise en œuvre des plans de travail.

7.1.7 La société civile

Le dynamisme de la société civile doit être plus sollicité pour amplifier et améliorer la qualité des interventions de prévention notamment chez les groupes les plus vulnérables, dans l'offre des soins et de traitement. La société sera particulièrement impliquée dans la prise en charge communautaire, les actions de soutiens des PVVIH et dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.

La prise en charge communautaire devrait être mieux organisée et mieux renforcer afin d'améliorer l'offre qualitative et quantitative des services à la population cible

Le rôle des organisations confessionnelles doit être soutenu et amplifié notamment dans le domaine de la prévention du VIH et du soutien des PVVIH.

7.1.8 Le secteur privé

Un document de politique nationale de lutte contre le VIH et le SIDA sur le lieu de travail a été élaboré en 2010. Le secteur privé doit être mieux organisé à travers les organisations professionnelles pour une bonne synergie d'action.

Dans sa responsabilité sociétale le secteur privé doit participer à la mobilisation des ressources domestiques pour financer la riposte nationale.

Les entreprises doivent mener des actions de sensibilisation de leurs personnels et soutenir les PVVIH dans l'accès aux soins.

Dans l'organisation du travail et l'accès aux services, les entreprises doivent lutter contre la stigmatisation et la discrimination et respecter la loi portant protection des personnes en matière de VIH/sida au Togo.

7.1.9 Partenaires techniques et financiers

Ils doivent accompagner le gouvernement dans la mise en œuvre des interventions prioritaires à travers leurs appuis technique et dans la mobilisation des ressources financières.

7.1.10 Forum des Partenaires

Pour renforcer la coordination des partenaires nationaux et internationaux de la lutte contre le sida, un cadre de concertation est mis en place à travers le Forum des partenaires. Ce cadre permettra de faire le point sur l'état d'avancement de la réponse à l'épidémie à tous les niveaux, de garantir la synergie des actions, d'échanger les informations stratégiques, d'évaluer les performances du programme, d'identifier les points faibles et les gaps d'interventions et de faire des recommandations pour les ajustements nécessaires.

7.2 Outils de mise en œuvre

La mise en œuvre de cette politique conduira aux révisions et à l'élaboration des :

7.2.1 Plans stratégiques nationaux

Ces plans stratégiques doivent prendre en compte les principes directeurs et les orientations stratégiques de la politique nationale et être basés sur les évidences scientifiques et programmatiques. Ces plans stratégiques seront déclinés en plans opérationnels et plans d'action sectoriels.

L'élaboration d'un PSN doit être précédée d'une évaluation du PSN antérieur.

7.2.1 Plans nationaux de suivi-évaluation et de recherche

Le Plan de suivi-évaluation doit découler du plan stratégique et doit comporter les indicateurs clés du processus et de l'impact.

Les rapports annuels de progrès seront élaborés en tenant compte des indicateurs nationaux contenus dans le plan de suivi-évaluation afin de bien apprécier les progrès réalisés

Le plan national de recherche permettra d'avoir un consensus sur le nombre et les types d'études à réaliser dans le pays pour mieux documenter et alimenter les différentes interventions de la riposte.

VIII. STRATEGIE DE MOBILISATION DES RESSOURCES

En mars 2017, une analyse a été réalisée par la Banque Mondiale sur l'efficacité allocative de la réponse nationale du VIH au Togo.

Cette étude utilisant un modèle OPTIMA souligne un fort risque d'augmentation continue de la prévalence et de l'incidence globales du VIH au Togo si la couverture TAR actuelle n'est pas augmentée. L'étude a permis de faire des recommandations pertinentes

- L'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables avec l'Etat à travers le budget national ;
- La mise en œuvre de la stratégie de mobilisation des ressources domestiques élaborée en 2014 ;
- L'implication des collectivités locales, dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques et l'approche villes qui engage les maires à investir dans la lutte contre le Sida ;
- Le développement d'une politique de partenariat public privé ;
- Les financements innovants reposant notamment, sur des contributions et taxes sur les activités telles que (billet d'avion, tabac, alcool, appels téléphoniques, transferts d'argent, change de devises, profit des firmes pharmaceutiques et des ressources minières).

Il est important dans les prochaines années que le gouvernement mette en œuvre la stratégie nationale de financement de la santé qui a été élaboré et validé ; ce qui permettra de mobiliser des ressources domestiques additionnelles en dehors de ceux spécifiquement budgétaires.

Le pays dispose d'un document de mobilisation de ressources pour le secteur de la santé dont la mise en œuvre permettra d'augmenter le niveau de financement domestique. A cet, il serait opportun d'élaborer un plan de mobilisation des ressources pour pérenniser les interventions et accélérer la riposte nationale au VIH/SIDA au cours des prochaines années

BIBLIOGRAPHIE

1. CNLS-IST Togo, *Contribution des OSC a la mise en œuvre du plan d'accélération du Togo sur la lutte contre le VIH/SIDA pour l'atteinte des 3x90, Plan d'action 2019-2020, mai 2019, ; www.cnlstogo.org*
2. CNLS-IST Togo, *Rapport annuel des activités du CNLS 2018 ; www.cnlstogo.org*
3. CNLS-Togo, *Evaluation des flux des ressources et dépenses consacrées a la réponse au VIH et au Sida au Togo en 2018, 2018 ; www.cnlstogo.org*
4. CNLS-IST Togo, *Optimiser les investissements pour une réponse durable au Togo, Mars 2017 ; www.cnlstogo.org*
5. CNLS-IST Togo, *Rapport annuel de l'observatoire des droits humains et VIH, 2017 ; www.cnlstogo.org*
6. CNLS-IST Togo, *Enquête sur l'index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), 28 Janvier 2014 ; www.cnlstogo.org*
7. CNLS-IST Togo, *Politique nationale de lutte contre le VIH et le SIDA au Togo : Vision 2020, 2012 ; www.cnlstogo.org*
8. GBD HIV 2017 Collaborators. *Lancet HIV 2019*
9. Ministère de la santé Togo, *Politique nationale de la santé au Togo, octobre 2019 ; www.sante.gouv.tg*
10. Ministère de la santé Togo, *Plan national de développement sanitaire 2017-2022, octobre 2017 ; www.sante.gouv.tg*
11. Ministère de la santé Togo, *Système de financement de la santé au Togo, revue et analyse du système, mai 2015 ; www.sante.gouv.tg*
12. ONUSIDA, *En finir avec le sida – Progresser vers les cibles 90-90-90, juillet 2017 ; www.unaids.org*
13. ONUSIDA, *Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030, juin 2016 ; www.unaids.org*

14. OMS, *Stratégie mondiale du secteur de la sante contre le VIH, 2016-2021*, juin 2016 ; www.who.int
15. PNLIS Togo, *Rapport annuel d'activités, 2018* ; www.pnls.tg
16. Présidence de la République Togolaise, *Plan national de développement 2018-2022*, aout 2018 ; www.togofirst.com