

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

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

(C.N.L.S. - I.S.T.)

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



POLITIQUE NATIONALE DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU VIH DES POPULATIONS CLES AU TOGO

Juil l et 2013

LE SECRETARIAT PERMANENT

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : +228 22 61 62 77 Fax : +228 22 61 62 81

Email : cnls@laposte.tg Site Web : www.cnlstogo.org

PREFACE

Dans la riposte nationale contre le VIH/SIDA dans notre pays, 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. En effet, la prévalence du VIH dans ces populations clés notamment chez les professionnels de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) est respectivement 4 à 6 fois plus élevée que dans la population générale.

Afin de capitaliser toutes les interventions de mise en œuvre pour réduire l'impact de cette infection dans cette population et par conséquent dans la population générale, il était indispensable de disposer un document de politique pour mieux orienter et encadrer les activités de prévention et de prise en charge du VIH.

La politique de prévention et de prise en charge du VIH chez les populations clés constitue un cadre national cohérent et normatif pour tous les acteurs intervenant dans la riposte nationale. Le présent document est parti d'une bonne analyse de la situation qui a permis de décliner les orientations politiques et le cadre normatif de la mise en œuvre des interventions à l'endroit des populations clés dans notre pays.

En effet, dans le cadre de la vision 2020 de génération sans SIDA au Togo, nous devons tous nous engager dans un souci d'efficacité et d'efficience à intensifier et mutualiser nos interventions en vers ces populations clés afin d'espérer un impact positif maximum sur notre épidémie.

Professeur Vincent P. PITCHÉ

Coordonnateur du SP/CNLS-IST

REMERCIEMENTS

Le Coordonnateur National du Secrétariat du Permanent du CNLS-IST adresse ses gratitudes :

- A la Coopération Française ;
- A Française Expertise Internationale pour son appui dans le cadre de l'initiative 5% ;
- A tous les partenaires techniques et financiers ;
- A toutes les personnes ressources du secteur public, de la société civile et des organisations confessionnelles
- Aux consultants (Dr Jean Baptiste GUIARD-SCHMID et Dr Moukaila TCHAGAFU pour leurs expertises).

SOMMAIRE

Préface	i
Remerciements.....	ii
Sommaire	iii
Liste des acronymes & abréviations.....	iv
1. INTRODUCTION.....	5
1.1. Contexte.....	6
1.2. Contexte de l'infection à VIH dans les populations clés	9
2. ANALYSE SITUATIONNELLE DU VIH DANS LES POPULATIONS CLES.....	12
2.1. Infection à VIH au Togo.....	13
2.2. Infections sexuellement transmissibles au Togo.....	13
2.3. Epidémiologie du VIH dans les populations clés.....	13
2.4. Cadre général de la réponse au VIH et aux IST dans les populations clés	15
2.5. Analyse de la réponse par population clés.....	16
2.6. Financement des interventions.....	22
2.7. Commentaires sur l'analyse situationnelle.....	22
3. POLITIQUE NATIONALE	24
3.1. But.....	25
3.2. Objectifs	25
3.3. Composantes des services.....	25
3.4. Composantes transversales	26
3.5. Populations ciblées.....	27
3.6. Principes.....	29
3.7. Paquets minimum d'activités de prévention et de PEC.....	29
3.8. Fondements de la prestation des services.....	36
3.9. Mesures d'accompagnement des interventions	38
4. CADRE NORMATIF DE L'OFFRE DES SERVICES.....	40
4.1. Cadre physique	41
4.2. Ressources humaines	44
4.3. Suivi-évaluation et Gestion	49
4.4. Environnement favorisant.....	52
4.5. Coordination	54
5. INTERVENTIONS PRIORITAIRES	56
Annexes.....	60
Annexe 1 : Documentations & sources.....	61
Annexe 2 : Liste des participants à l'atelier de validation	65

LISTE DES ACRONYMES & ABREVIATIONS

AGR	Activités Génératrices de Revenus	PASCI	Programme d'Appui à la Société Civile
AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre	PES	Programme d'Echange de Seringues
ARV	Antirétroviraux	PF	Planning Familial ou Planification Familiale
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques	PID	Personnes s'Injectant des Drogues
CCC	Communication pour le Changement de Comportement	PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
CCM	Comité de Coordination Multisectoriel pour l'accès au Fonds Mondial	PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
CHR	Centres Hospitaliers Régionaux	PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
CHU	Centres Hospitaliers Universitaires	PNS	Politique Nationale de Santé
CMS	Centres Médicaux Sociaux	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
CNLS	Conseil National du Lutte contre le Sida	PS	Professionnelles du Sexe
CPLS	Comité Préfectoraux de Lutte contre le Sida	PSI	Population Service International
CRLS	Comité Régionaux de Lutte contre le Sida	PSN	Plan Stratégique National
CVD	Comité Villageoise de Développement	PTF	Partenaires Techniques et Financiers
DGS	Direction Générale de la Santé	PvVIH	Personne Vivant avec le VIH
DPS	Directions Préfectorales de la Santé	RAS+	Réseau des associations de personnes vivant avec le VIH et des associations de prise en charge
DRS	Directions Régionales de la Santé	SA ou CA	Services Adaptés ou Centres Adaptés
ELISA	Enzym-Linked Immuno-Sorbent Assay	SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
EVT	Espoir Vie Togo	SIG	Système d'information de gestion
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes	SP/CNLS	Secrétariat Permanent du CNLS-IST
IDAHO	Journée internationale de lutte contre l'homophobie	SR / SSR	Santé de la Reproduction / Santé Sexuelle et Reproductive
IEC	Information Education Communication	SSG	Surveillance de Seconde Génération
IST	Infections Sexuellement Transmissibles	TSO	Traitement de Substitution des Opiacés
JHU	John Hopkins University	UD	Usagers de drogues
OBC	Organisation à Base Communautaire	UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
OCAL	Organisation du Corridor Abidjan Lagos	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement	UONGTO	Union des ONG du Togo
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	USAID	United States Agency for International Development
ONG	Organisation Non Gouvernementale	USP	Unités de Soins Périphériques
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
OSC	Organisations de la Société Civile	WBlot	Western Blot

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Le VIH a un impact disproportionné sur les **populations hautement exposées au risque (populations clés)** dans l'ensemble du monde, comme sur le continent africain et dans la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC). Parmi ces populations clés figurent classiquement les professionnel(le)s du sexe (PS) et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes qui s'injectent des drogues (PID) et les détenus. Elles sont aujourd'hui le siège d'une part importante des nouvelles infections.

Les programmes de prévention du VIH ont d'importantes difficultés à les atteindre (paquets de services incomplets ou inadaptés, ne ciblant pas ou n'atteignant pas les bénéficiaires, interventions développées à une échelle insuffisante).

Si l'on veut réduire les nouvelles infections par le VIH et casser la dynamique globale de l'épidémie, il convient donc de promouvoir des services de prévention combinée et de prise en charge (PEC) globale de l'infection à VIH ciblant ces populations, mieux adaptés, plus efficaces et développés sur une échelle suffisante. Les programmes doivent s'adapter à ces populations, massivement menacées et affectées par l'épidémie, qui requièrent de ce fait une attention particulière des professionnels de santé et psychosociaux, encore trop souvent enfermés dans des attitudes défavorables et moralisatrices vis-à-vis de populations fortement stigmatisées et discriminées.

L'environnement socioculturel, politique et juridique défavorable aux interventions ciblant ces populations vulnérables constitue malheureusement un frein au déploiement de programmes de prévention ou de PEC adaptés. Cela fait perdre un temps précieux à la réponse à l'épidémie et hypothèque l'atteinte des objectifs de l'Accès Universel prévus pour la fin 2015.

Mettre en œuvre une **prévention combinée** et une **prise en charge globale** nécessite d'intégrer aux interventions de prévention et prise en charge un travail sur le plaidoyer en faveur d'une prise en compte réelle de ces populations, du respect de leurs droits humains et d'un assouplissement des cadres législatifs volontiers répressifs, qui sont autant d'obstacles contrariant des actions de santé publique pourtant devenues aujourd'hui très urgentes.

Il n'est pas nécessaire d'attendre que les lois changent pour travailler auprès des populations clés, car c'est une véritable urgence sanitaire pour la région. Même mené dans un environnement hostile, le travail de prévention et de soins ciblant les populations clés doit s'imposer par une pédagogie fondée sur l'évidence scientifique dont on dispose aujourd'hui.

On peut en effet intervenir efficacement auprès des populations clés, et même faire évoluer favorablement les positions sociales et institutionnelles vis-à-vis d'eux. C'est ce qu'illustrent des initiatives pilotes et/ou innovantes dans la région AOC (Clinique Confiance d'Abidjan, Centre Access de Douala, organisation TIERS à Lagos, Projet UDSEN à Dakar, projet VIH de la MACA d'Abidjan, etc.)

Pour chacune de ces populations clés à haute prévalence, les partenaires sexuels (clients, boy-friends, partenaires occasionnels, voire conjoints hommes ou femmes) sont

exposés au VIH lors de rapports sexuels non protégés. Ceux-ci exposent à leur tour d'autres personnes à plus faible risque, comme par exemple les conjoints des clients des PS.

Sur la base d'une analyse de situation participative et rigoureuse, prenant en compte les besoins exprimés par les populations cibles, la politique nationale de lutte contre le VIH et les IST dans les populations clés propose un cadre précis pour la mise en œuvre d'une **prévention combinée** et d'une **prise en charge globale** de qualité ciblant ces populations. L'impact attendu n'est pas seulement celui de la réduction des nouvelles infections dans les populations clés elles-mêmes (ce qui est déjà un enjeu épidémiologique majeur), mais c'est aussi celui de réduire les nouvelles infections en population générale, qui leur sont indirectement liées.

Le Togo bénéficie d'une subvention du **Fond mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme** au titre du Round 8 sur la composante VIH, actuellement en Phase 2. Des interventions ciblant les populations clés y ont été planifiées, dont certaines sont en cours de mise en œuvre (notamment au profit des PS et des HSH) par les différents bénéficiaires principaux (**Ministère de la Santé** pour le secteur public et **PSI-Togo** pour la société civile) et leurs sous-bénéficiaires comme le PNLS-IST, le PNLT, le PNLP et la CAMEG pour le ministère et le Réseau des associations des PVVIH (RAS+), l'union des ONG du Togo (UONGTO) et le RENODEX pour le volet communautaire.

Le Togo a élaboré et adopté en 2012 un nouveau **Plan Stratégique de Lutte contre le Sida** qui définit les priorités de son action pour la période **2012-2015** (PSN). Dans le PSN 2012-2015, dont la coordination de la mise en œuvre est assurée par le **Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST)**, les axes stratégiques suivants ont été retenus :

le renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST ;

l'intensification de la prise en charge globale et

le renforcement de la gouvernance et de la gestion de la réponse.

L'axe 1 prévoit de concentrer les interventions de prévention de proximité sur les populations hautement exposées au risque, parmi lesquelles les PS et les HSH sont expressément ciblées.

L'axe 2 prévoit de développer les interventions de prise en charge des IST et du VIH dans l'optique de l'accès universel aux soins et soutien des personnes vivant avec le VIH.

Avec une prévalence du VIH estimée à **3,4%** en population générale (Spectrum 2012, PNLS), le Togo présente un profil d'épidémie généralisée. Pour autant, une analyse attentive de cette épidémie révèle des déséquilibres de plusieurs ordres.

- d'une part sur **l'axe du genre**, avec une prévalence plus élevée chez les femmes que les hommes dans la tranche d'âge de 15-49 ans ;
- d'autre part sur celui de la **vulnérabilité et de l'exposition au risque VIH**, avec des populations clés marquées par des prévalences massives du VIH comparativement à la population générale : **13,1%** chez les PS et **20,4%** chez les HSH en 2011.

Les études révèlent par ailleurs un échec relatif de la prévention dans les populations clés, toujours caractérisés par de fortes vulnérabilités, au rang desquels un niveau encore très bas de connaissance des moyens de prévention et la persistance de fausses croyances vis-à-vis du VIH : c'est ainsi que 33% des PS pensent que les moustiques transmettent le VIH, que 28% des HSH n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal, que le nombre de partenaires est élevés et l'usage de drogues fréquent (alcool +++, mais aussi cannabis, métamphétamines, etc.).

Alors que les populations clés sont clairement ciblées par les stratégies 1 et 2 du PSN, portant respectivement sur la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH, les autorités nationales en charge de la lutte contre l'épidémie ne disposaient pas jusqu'à présent d'un document cadre de politique, qui précise à la fois les priorités programmatiques en matière de prévention et de prise en charge parmi ces populations, mais aussi les modalités d'intervention et les approches spécifiques qu'il convient de développer à leur égard.

C'est pourquoi le SP/CNLS-IST a choisi d'élaborer ce document cadre de politique sanitaire pour les 3 années à venir. Il s'agit aussi de dégager des points d'action techniques et politiques pour pousser l'agenda de **l'accès universel aux services de prévention et de soins du VIH ciblant les populations clés dans le pays** conformément aux engagements du Togo à l'horizon fin 2015.

Au Togo, le cadre légal reste globalement répressif en ce qui concerne les populations clés. Si la législation est plus souple en matière de PS et de HSH, pour lesquels la loi prévoit simplement la répression du racolage pour les premières et des actes jugés « impudiques » pour les seconds, dans les cas des utilisateurs de drogue (en général), la loi punit rigoureusement la détention, la distribution et la consommation sous toutes ses formes. On note tout de même que, selon le Ministère de la Justice, l'application de la loi serait plus clémente contre le simple usage de cannabis que contre le trafic de cocaïne, de ses dérivés ou encore de l'héroïne (les peines prononcées sont différentes).

Concernant le milieu carcéral, la distribution des préservatifs est réputée interdite dans les prisons, selon l'interprétation faite par l'administration pénitentiaire des textes régissant les services pénitenciers au Togo.

Par ailleurs, selon le droit togolais tous les individus ont accès aux soins de façon équitable. Mais la réalité des faits est cependant autre : les PS et HSH ont un accès réduit aux services, du fait notamment qu'ils redoutent le jugement (et parfois même les mauvais traitements) des professionnels de santé. En réalité, ils s'auto-excluent (plutôt qu'ils ne sont objectivement exclus) d'une offre de services, qui n'est pas ou peu adaptée à leurs besoins. Pour les usagers de drogues, le problème est analogue, mais aggravé par leur peur des forces de l'ordre qui répriment l'usage des produits illicites.

En milieu carcéral, le problème se pose moins en termes de droit à l'accès aux soins qu'en termes de conditions d'accès à des soins de qualité. A ce jour, il n'y a pas de cadre de concertation entre les ministères en charge de la santé et de la justice sur cette question et il n'existe donc pas au Togo de « *Politique de santé en milieu carcéral* ». Des actions de lutte contre l'infection à VIH et les IST sont malgré tout menées dans quelques prisons du Togo par des OBC/ONG, mais à une échelle très insuffisante, à l'instar des

actions de promotion des droits humains. Le cadre de l'offre des soins est extrêmement indigent et nécessite une profonde et urgente rénovation, en matière de plateau technique, de ressources humaines, de facilitation de ses missions et enfin de ressources financières.

1.2. Contexte de l'infection à VIH dans les populations clés

1.2.1. Définitions

Au vu du cadre général des définitions développé dans l'analyse de la situation de l'infection à VIH dans les populations clés au Togo, les définitions suivantes ont été retenues pour désigner les différents concepts et groupes dans le cadre de la présente politique nationale de lutte contre l'infection à VIH et les IST.

1.2.1.1. Définition des « populations clés à plus forts risques »

L'ONUSIDA recommande la terminologie « **populations clés à plus forts risques** » (*keys populations at higher risks*) pour désigner les groupes hautement exposés à l'infection du VIH du fait de certains éléments objectifs de vulnérabilité sociale. Elle recommande l'utilisation de cette dénomination spécifique, au double sens de la dynamique de l'épidémie et de la réponse¹.

Selon l'ONUSIDA, les « **populations clés à plus forts risques** » sont principalement constituées des **personnes s'injectant des drogues (PID)**, des **hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH)**², des **professionnel(le)s du sexe (PS)** et de leurs **clients**, ainsi que des **détenus**.

1.2.1.2. Professionnel(le)s du sexe (PS)

Les professionnels (les) de sexe sont « *les femmes, hommes et transsexuels adultes et jeunes (18 ans et plus) qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement* »³.

- les **PS dites « affichées »** ont une activité professionnelle non dissimulée, exerçant au grand jour leur métier. Elles sont parfois qualifiées de PS « officielles », de travailleuses du sexe « professionnelles »⁴, ou selon des expressions locales comme « tabourets »⁵.
- les **PS dites « clandestines »**, par opposition aux premières, désignent des filles qui racolent les clients dans la rue, sans site fixe. On les qualifie aussi volontiers de travailleuses du sexe « non professionnelles », « non affichées » ou « racoleuses », « trottoir », ou encore « trotteuses »...

1.2.1.3. Clients des PS

Un « **client de PS** » est un homme adulte (18 ans et plus) présent sur un site de prostitution où se déroule l'enquête dans l'intention d'avoir des rapports sexuels avec une

¹ UNAID 2011. Terminology Guidelines, p. 5

² Men who have Sex with Men (MSM)

³UNAIDS. Guidance note on HIV and sex work. Geneva, UNAIDS, updated 2012.

⁴ La terminologie française et ses subtilités entre « travailleur » et « professionnel » compliquent quelque peu les choses

⁵ En référence au fait qu'elle sont parfois assises devant leur maisons sur des tabouret dans l'attente des clients

PS contre de l'argent ou ayant eu des rapports sexuels avec un(e) PS contre de l'argent, selon le témoignage des enquêteurs⁶.

1.2.1.4. Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)

La définition habituelle des HSH relève d'un concept large et inclusif de santé publique, qui englobe tous les hommes qui ont eu au moins une expérience de rapports sexuels avec un ou d'autres hommes : « *Le concept d'**hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes** est un concept large de santé publique utilisé pour définir les comportements sexuels des personnes de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin, indépendamment des motifs les incitant à avoir des rapports sexuels et de l'identification avec une quelconque « communauté »*⁷. L'interprétation des mots « homme » et « sexe » varie selon les cultures et les sociétés, et selon les personnes concernées. En conséquence, le terme HSH s'applique à des situations et des contextes très divers où des personnes de sexe masculin ont des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin. L'une des distinctions les plus importantes à faire est peut-être celle entre les hommes ayant une identité non hétérosexuelle (c'est-à-dire une identité gay, homosexuelle, bisexuelle ou se rapportant à d'autres concepts propres à certaines cultures et où l'on retrouve une attraction vers d'autres hommes) et les hommes qui se considèrent comme hétérosexuels mais qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes pour des raisons diverses (ex. : isolement, compensation économique, désir sexuel, idéaux types de genre)⁸. Les situations de ségrégation forcée en fonction du genre (ex. : prisons, établissements militaires) sont un cadre fréquent d'activités sexuelles entre personnes de sexe masculin sans lien avec une identité homosexuelle. Dans les prisons, le risque de transmission du VIH est très élevé du fait des conditions d'incarcération, notamment des violations des droits de l'homme et du manque d'accès aux préservatifs⁹ ».

Ce concept très pragmatique décrit la réalité concrète de pratiques sexuelles (en l'occurrence entre hommes), sans préjuger de l'orientation ou de l'identité sexuelle des personnes engagées dans ces pratiques.

1.2.1.5. Détenus

Un détenu est une personne qui est maintenue dans un lieu où elle est privée de liberté d'action et de mouvement. S'ils sont nombreux dans un même endroit, les détenus sont séparés selon le genre. Concernant la définition des détenus comme population clés, quelques difficultés subsistent et elles sont liées à la grande diversité des populations carcérales : la prison ne reflète pas la composition de la société (les hommes adultes et les couches défavorisées y sont sur représentées), mais elle en a pourtant la diversité et la complexité¹⁰.

⁶ Définition opérationnelle utilisée dans différentes enquêtes biocomportementales dans la région.

⁷ UNAIDS. Policy brief: HIV and sex between men. August 2006.

⁸ Caceres CF, Aggleton P, Galea JT. Sexual diversity, social inclusion and HIV/AIDS. AIDS, 2008, 22 (Suppl 2):S45-S55

⁹ Gear S. Rules of engagement: structuring sex and damage in men's prisons and beyond. Culture, Health & Sexuality, 2005, 7:195-208

¹⁰ Dolan K, Kite B, Black E, et al. *Lancet Infect Dis* 2007 Jan;7(1):32-41.

1.2.1.6. Usagers de drogues

Une drogue est un composé chimique, biochimique ou naturel, capable d'altérer une ou plusieurs activités neuronales et/ou de perturber les communications neuronales. La consommation de drogues par l'homme afin de modifier ses fonctions physiologiques ou psychiques, ses réactions physiologiques et ses états de conscience est connue depuis la nuit des temps. Certaines drogues peuvent engendrer une dépendance physique ou psychologique. L'usage de celles-ci peut avoir pour conséquences des perturbations physiques ou mentales. Pour désigner les substances ayant un effet sur le système nerveux, il est plus généralement question de psychotrope ou substance psychoactive.

Le terme « drogue » recouvre essentiellement deux aspects : la nature des effets biologiques que la drogue induit d'une part et, d'autre part, les rapports que celui qui la consomme entretient avec elle (il faut qu'un composant chimique donné soit consommé pour qu'il puisse répondre à l'appellation de « drogue »).

On notera que le mode et la fréquence de consommation influe en général directement sur l'accoutumance ou la dépendance au produit.

Les usagers de drogues désignent l'ensemble des personnes qui utilisent des drogues ou substances psychoactive occasionnellement ou régulièrement. Les personnes utilisant une (ou plusieurs) drogues ou substances psychoactives par voie injectable (en général intraveineuse) est appelé « usager de drogue par voie intraveineuse » (UDI), appellation qui a tendance à être remplacée désormais par « personne s'injectant des drogues » (PID)¹¹.

¹¹ WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. World Health Organization 2009, 44p.

2. ANALYSE SITUATIONNELLE DU VIH DANS LES POPULATIONS CLES

2.1. Infection à VIH au Togo

Au Togo, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à **3,4%** (données Spectrum 2012 consolidées, PNLS). L'épidémie est de type généralisé avec des disparités entre les groupes de population, entre les différentes régions du pays et entre les sexes. Elle a connu 2 phases : une phase d'accroissement jusqu'en 2004 et une phase de stabilisation depuis 2005.

A l'instar du continent africain, le contexte épidémiologique du Togo est marqué par une féminisation de l'épidémie (sur 100 adultes vivant avec le VIH, un peu plus de 56 sont de sexe féminin).

La tranche d'âge des 15-49 ans, considérée comme sexuellement active, est la plus touchée par l'épidémie. La transmission du VIH reste élevée chez les enfants nés de mères séropositives (7,5% en 2010), ce qui est révélateur d'une efficacité insuffisante du programme de PTME au Togo.

2.2. Infections sexuellement transmissibles au Togo

Les structures de soins du pays ont notifié 37.313 cas d'infections sexuellement transmissibles en 2011 et 21.946 partenaires traités soit un total de 59.259 cas d'IST traités. Le diagnostic et la prise en charge des IST est basée sur l'approche syndromique.

Les différents syndromes IST diagnostiqués, traités et notifiés en 2011 étaient les suivants : écoulement urétral (8,3%), écoulement vaginal (61,8%), ulcération génitale (4,6%), douleurs abdominales basses ou syndrome inflammatoire pelvien (23,3%), bubon inguinal (0,1%), tuméfaction du Scrotum (1,1%), conjonctivite du nouveau-né (0,1%) et condylomes ou végétations vénériennes (0,75%).

En 2010, 89,8% des cas d'IST ont été diagnostiqués et traités chez les femmes dont 70% étaient âgées de moins de 30 ans. Il est à noter que la plupart des cas d'IST diagnostiqués chez les femmes l'avaient été en consultations prénatales.

L'approche syndromique a le mérite de simplifier le diagnostic et le traitement des IST, mais l'inconvénient de surévaluer leur nombre réel. Il n'y a pas d'étude récente permettant d'évaluer la qualité du diagnostic et de la prise en charge des IST au Togo.

2.3. Epidémiologie du VIH dans les populations clés

2.3.1. Professionnel(le)s du sexe et leurs clients

La cartographie des sites prostitutionnels réalisée en 2010 a permis de répertorier **200 sites de prostitution et 8.000 professionnelles du sexe réparties** dans les 6 régions du pays, la majorité se trouvant dans la Commune de Lomé. Trois quarts des PS répertoriées sont constituées de clandestines et d'ambulantes. Selon l'enquête de « Surveillance de Seconde Génération » (SSG) réalisée chez les PS en 2011, la

prévalence nationale du VIH dans ce groupe était de **13,1%** et de 19,4 % à Lomé¹². La prévalence chez les clients des PS était de **2,5%**.

On note une légère amélioration du niveau de connaissances exactes du VIH par les PS (52% en 2010 contre 37% en 2007)¹³. On note aussi la persistance importante d'idées fausses sur la transmission du VIH (33% des PS pensent que les moustiques transmettent le VIH et 22% estiment qu'il y a risque d'infection à VIH en partageant des aliments avec une personne vivant avec le VIH). En 2010, 88% des PS ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel¹⁴.

Les clients des professionnelles du sexe sont constitués d'hommes mariés et célibataires issus de différentes couches socioprofessionnelles, essentiellement jeunes (âge médian de 26 ans). Il est apparu ces dernières années une prostitution masculine qui n'est pas encore documentée au plan épidémiologique et/ou socio-anthropologique.

2.3.2. Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH)

Une cartographie des zones où l'on trouve des **Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes** a été réalisée en 2006 lors d'une enquête exploratoire qui a permis de d'identifier des groupes dans quatre villes du pays : Lomé, Aného, Kpalimé et Kara. L'estimation de la taille de ce groupe n'a pas pu être réalisée mais selon les informations recueillies auprès des structures de prise en charge des HSH (notamment des pairs-éducateurs HSH), l'effectif tournait autour de 1.000 personnes en 2010.

Selon les études disponibles, au moins 67,5% d'entre eux ont des pratiques bisexuelles. Un peu moins de la moitié des enquêtés (46,2%) a déclaré avoir déjà reçu des cadeaux ou de l'argent en échanges de rapports sexuels avec un partenaire. Près de trois quarts sont célibataires et l'âge moyen au premier rapport sexuel anal était de 16 ans.

Plus de la moitié (54,9%) des HSH enquêtés avait un bon niveau de connaissances du VIH (modes de transmission et méthodes de prévention). Cependant, 28% d'entre eux n'avaient pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin. Plus de la moitié (52,9%) des HSH enquêtés disaient avoir déjà fait un test de dépistage du VIH et retiré leur résultat.

La prévalence du VIH dans ce groupe était de **20,4%** en 2011¹⁵.

2.3.3. Détenus

En 2010, l'effectif des détenus au Togo était de **4.234** répartis dans 12 prisons avec une séroprévalence nationale de **4,3%** en 2011 (PNLS, 2011). En termes de comportements et de prévalence, peu d'étude ont été réalisés. Leur prévalence élevée du VIH serait en rapport avec les facteurs de vulnérabilité suivants : des pratiques sexuelles non protégées en prison (consenties, sous contraintes, ou lors d'agressions sexuelles), l'échange de rasoirs et lames, et probablement plus marginalement l'injection de drogues.

¹² PNLS 2011, Etude de surveillance de seconde génération chez les PS et leurs clients

¹³ Avoir simultanément cité les 2 moyens de prévention du VIH et rejeter les 3 principales idées fausses concernant la transmission du virus

¹⁴ Rapport UNGASS 2010

¹⁵ PNLS 2011, Etude de surveillance de seconde génération chez les HSH

2.3.4. Usagers de drogues

Au Togo, les usagers de drogues sont difficiles d'accès en raison de la répression de la détention, de l'usage et du trafic de la drogue. De ce fait, on note une insuffisance d'interventions ciblées et une connaissance limitée de leurs réalités et besoins. Un recensement effectué dans les régions Maritime et de Lomé Commune a permis de dénombrer 4.087 usagers de drogues répartis dans 59 « ghettos » en 2010¹⁶. Parmi ces usagers de drogues, 1% des personnes s'injectaient des drogues (PID).

La prévalence du VIH au sein de cette population en 2011 était évaluée à **5,5%** dans l'étude bio-comportementale réalisée pour le compte du PNLS. Par ailleurs, 28,9% des UD interrogés connaissaient leur statut sérologique et 53% avaient contracté au moins une fois une IST. L'usage systématique du préservatif était faible parmi eux (20,1%), alors que plus de la moitié pratiquaient le multipartenariat et que 61% des injecteurs échangeaient leurs matériels d'injection (seringues et aiguilles surtout). Au moins 36,1% des UD consommaient des produits psychoactifs pour stimuler leurs rapports sexuels. L'âge à la première injection parmi les PID était de 10 ans.

Les principaux éléments qui déterminent la propagation de l'épidémie dans ce groupe sont les suivants : l'échange de matériels d'injection et les rapports sexuels non protégés. La transmission mère-enfant est également possible dans le cas de mère consommatrices de drogues vivant avec le VIH. Les circonstances favorisant la transmission dans leur cas comprennent les situations de commerce sexuel (comme prestataire ou clients des services), de violences sexuelles, de multipartenariat, de faible utilisation du préservatif (20,1%), l'environnement de clandestinité et de répression policière qu'ils subissent.

2.3.5. Déterminants de la propagation du VIH dans les populations clés

Les principaux facteurs qui déterminent la propagation de l'épidémie dans les populations clés sont les suivants : i) la persistance d'idées fausses sur les modes et risques de transmission du VIH et sur les moyens de prévenir l'infection ; ii) les comportements sexuels à risque (utilisation insuffisante des préservatifs et gels, pratiques sexuelles à plus fort risque) et iii) le multipartenariat. L'environnement stigmatisant, de discrimination et de répression vis-à-vis des populations clés, les violences et abus sexuels, les difficultés socio-économiques des individus et la consommation de drogues (alcool surtout, cannabis ensuite et diverses autres) constituent des facteurs favorisant les prises de risque et les vulnérabilités multiples que cumulent les personnes issues des populations clés.

2.4. Cadre général de la réponse au VIH et aux IST dans les populations clés

La réponse au VIH et aux IST dans les populations clés s'intègre dans la gouvernance de la réponse au VIH en général, qui consiste en l'exercice des fonctions clés de coordination, de leadership et de gestion économique dans le cadre de l'application des Trois Principes. Cette coordination est assurée par le **Conseil National de Lutte contre le sida et les IST** dont le SP/CNLS-IST assure le secrétariat.

¹⁶ Les ghettos désignent les lieux où s'installent ou se retrouvent des UD et qui sont en plus ou moins clandestins

En matière de prévention et de prise en charge des populations clés, les structures publiques interviennent surtout auprès des PS à travers les centres ou services adaptés (CA ou SA). Malheureusement, depuis la fin du projet SIDA3, ces centres adaptés connaissent une réduction importante de fréquentation, voire une complète désaffection.

Les ONG et associations jouent un rôle important car elles exécutent la quasi-totalité des activités de prévention et de prise en charge au profit des populations clés sur le terrain. La majorité de ces OSC sont basées à Lomé. Aussi la lutte se concentre-t-elle dans cette ville. Des organisations identitaires, spécifiquement de HSH, émergent depuis peu au Togo, également basées dans la capitale.

Les efforts du gouvernement pour endiguer l'épidémie dans toutes les couches sociales 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 bilatéraux comme l'USAID appuient la lutte contre le VIH et les IST auprès des populations clés à travers tout le pays, comme c'est le cas depuis peu à travers l'ONG américaine FHI360 dans le cadre du projet PACTE-VIH. Les financements pour la lutte contre l'infection dans ces populations clés sont longtemps restés très faibles, réduisant l'ampleur des interventions en matière de paquets d'activités et d'extension géographique.

2.5. Analyse de la réponse par population clés

2.5.1. Professionnel(le)s du sexe

Les plans stratégiques nationaux successifs de la lutte contre l'infection à VIH au Togo ont constamment considéré les PS comme cible prioritaire.

Dans les années 90, les professionnelles du sexe ont d'abord été ciblées dans la lutte contre le VIH à travers des programmes de sensibilisation et de distribution de préservatifs. De 1998 à 2004, les programmes de prévention du VIH ciblant les PS ont été intensifiés et complétés dans le cadre du projet de **Prévention du Sida sur les Axes Migratoires de l'Afrique Occidentale** (PSAMAO). Dans le cadre de ce projet, des dispensaires ont été ciblés dans les grandes villes pour dépister et traiter les cas d'IST chez les PS, selon une approche syndromique.

Dans le même sens, la prévention des IST a été intensifiée chez les PS entre 2003 et 2008 avec le projet **SIDA-3**, qui a mis en place des **centres adaptés** chargés de recevoir les PS pour le dépistage actif et le traitement des IST. Des kits de traitement étaient disponibles et adaptés aux principaux syndromes dans ces centres, mis à disposition des PS gratuitement à travers tout le pays. Un système de motivation avait alors été institué, qui encourageait les PS à fréquenter les CA et les personnels à les prendre en charge. Le dépistage du VIH complétait le paquet de services proposé et les PS dépistées séropositives bénéficiaient d'une prise en charge spécifique de leur infection à VIH. Les interventions du projet SIDA-3 ont été renforcées dans les communes d'Anèho et de Lomé par les interventions de **l'Organisation du corridor Abidjan Lagos** (OCAL), dans le cadre de son programme ciblant les populations mobiles et vulnérables financé par le Fonds mondial (Round 6). Tous ces projets ont utilisé la **pair-éducation** comme stratégie de sensibilisation et de mobilisation des PS.

Depuis la fin du projet SIDA-3, la fréquentation des centres adaptés a chuté, faute de relai efficace des interventions par le dispositif national : les prestations n'ont plus été gratuites, la sensibilisation des PS sur le terrain n'a plus été assurée que ponctuellement (les pair-éducatrices ont cessé les activités faute de rémunération) et les agents de santé se sont démobilisés faute de « motivation ».

Au plan national, l'ONG FAMME est restée l'actrice communautaire clé pour la prévention et la prise en charge des IST et du VIH chez les PS. Avec des financements ponctuels sur projet (le plus souvent de quelques mois), l'ONG poursuit des activités de prévention du VIH (comprenant le dépistage et le traitement des IST), principalement dans la commune de Lomé et quelques autres villes du pays. Actuellement, grâce à un financement de l'UNFPA, FAMME développe des activités en stratégie mobile, avec un paquet d'activité gratuit surtout orienté sur les IST (le dépistage du VIH n'est pas systématiquement associé aux activités de sortie en stratégie avancée). Les activités ciblent surtout les PS affichées, mais certaines PS clandestines et certains partenaires utilisent les services, qui mobilisent des personnels de l'ONG mais aussi des personnels des centres adaptés de SIDA-3.

Chaque année au cours des JMS, des campagnes de dépistage gratuit du VIH sont organisées chez les PS en stratégie mobile. Ces stratégies sont organisées le jour à proximité des maisons closes et de nuit dans les points chauds de la ville, afin de toucher les PS ambulantes ou clandestines.

L'analyse de situation de la lutte contre le VIH chez les PS fait apparaître un constat majeur : **alors que des activités de prévention les ciblent depuis plus de 20 ans, les chiffres de prévalence du VIH chez les PS sont toujours très élevés, comparativement à la population générale.** Les explications de ce paradoxe apparent relèvent sans doute de plusieurs niveaux :

- Les paquets d'activités ciblant les PS ont longtemps été incomplets (IST prises en compte au début des années 2000, Conseil-Dépistage du VIH réellement développé avec SIDA-3) ;
- Les activités et programme n'ont sans doute ciblé qu'une partie des PS (les plus affichées) et n'ont pas couverts les autres besoins, liés au développement des pratiques de commerce du sexe moins conventionnelles ;
- Enfin, l'échelle de mise en œuvre des interventions a sans doute été largement insuffisante (le faible volume actuel des interventions en est la preuve).

L'ensemble de ces facteurs explique « l'échec relatif » de la lutte contre le VIH chez les PS.

2.5.2. Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH)

Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont été ciblés pour la première fois par **PSI-Togo** dans le cadre du Round 4 du Fonds mondial, soit à partir de 2005/2006. Les premières interventions ont été d'organiser des activités de sensibilisation, de distribution de préservatifs et gels, puis de faire du dépistage

volontaire du VIH, au cours de soirées festives organisées par des groupes de HSH locaux (essentiellement à Lomé).

Les HSH dépistés séropositifs étaient référés à l'association **Espoir Vie Togo** pour leur prise en charge, laquelle a été soutenue par Sidaction et AIDES à partir de 2008 pour développer un volet de prévention et de prise en charge spécifique en son sein.

La subvention du Round 8 VIH du Togo a prévu de développer des interventions plus soutenues en direction des HSH et le PSN 2012-2015 a pris en compte les HSH comme cibles prioritaires. C'est ainsi que différentes interventions sont actuellement développées en leur direction grâce au financement du Fonds mondial. Ces actions sont proches de celles menées par **PSI Togo**, mais elles sont mises en œuvre par des ONG locales. Chaque année lors des JMS, des campagnes de dépistages sont organisés ciblant cette population, avec l'appui des organisations de la société civile.

Quelques associations locales de lutte contre le VIH se sont mobilisées en faveur de cette population en développant des activités spécifiques en direction des HSH. Mais plus récemment, des associations identitaires de HSH se sont créées au Togo, qui entendent développer des actions de plaidoyer pour améliorer l'environnement des interventions de lutte contre le VIH et les IST ciblant les HSH au Togo.

La réponse ciblant les HSH devrait encore s'intensifier avec le projet PACTE-VIH de l'USAID qui cible spécifiquement les HSH et les PS sur toute l'étendue du territoire.

Globalement, concernant les HSH, beaucoup d'atouts sont là, dans la mesure où le cadre institutionnel de la lutte contre le VIH a clairement ciblé les HSH comme cibles prioritaires, que des compétences existent au Togo développées par des OSC engagées auprès de cette population, que des OBC identitaires existent pour représenter les bénéficiaires, exprimer leurs besoins et défendre leurs droits, et enfin que des financements sont disponibles pour développer des interventions.

2.5.3. Détenus

Dans les prisons du Togo, des activités de sensibilisation ont été menées ces dernières années à travers des pair-éducateurs par des OSC locales autorisées par l'Administration pénitentiaire à intervenir en milieu carcéral. Quelques campagnes de dépistage ont également été réalisées au cours des JMS en prison. Deux OSC conduisent assez régulièrement des activités en prison : il s'agit de l'UCJG et de CREMA, mais leurs actions sont concentrées sur la prison civile de Lomé et restent ponctuelles.

Les formations sanitaires des prisons sont généralement dans un état de grand dénuement : locaux réduits, mal adaptés et insalubres. Elles ne disposent pas de moyens pour développer des activités de sensibilisation, de dépistage de l'infection à VIH ou des IST. Les dotations de médicaments de base sont rares et très insuffisantes (pas de dotation en 2012). Les préservatifs ne sont pas disponibles en prison, car il serait interdit d'en distribuer dans les lieux de détention selon la réglementation de l'administration pénitentiaire (ou son interprétation actuelle). Les professionnels de soins reconnaissent pourtant qu'il existe des relations sexuelles entre détenus et que ces relations sexuelles entraînent des prises de risque vis-à-vis du VIH et des IST évidentes. Les cas de personnes infectées par le VIH dépistées en prisons sont référés vers les

OSC de prise en charge pour la prise en charge, à travers des agents de santé médiateurs. Les bilans pré-thérapeutiques sont réalisés hors de la prison, au niveau de ***l'Institut National d'Hygiène*** pour la prison civile de Lomé, aux frais des détenus PvVIH.

La situation des prisons est critique au Togo et la lutte contre le VIH y est peu présente. Le développement d'interventions de prévention et de prise en charge en milieu carcéral pourrait cependant être relativement facile. Plusieurs conditions sont cependant nécessaires pour que des interventions de lutte contre le VIH fonctionnent efficacement en prison :

- elles doivent être mises en œuvre en y associant les personnels pénitentiaires qui doivent y trouver des améliorations à leurs propres conditions (aménagement des services de santé et accès des personnels et de leurs familles à des services gratuits ou à faibles coûts, à des outils de prévention du VIH, etc.) ;
- le VIH doit amener un changement visible pour la santé en milieu carcéral : la réhabilitation des structures de santé en prison a de ce point de vue une portée considérable.

2.5.4. Usagers de drogues

Les usagers de drogues ont bénéficié de quelques activités de sensibilisation à travers l'action de pair-éducateurs, mis en place dans le cadre du financement du Round 4 du Fonds mondial, à travers PSI et CREMA. Des campagnes de dépistage ont également été réalisées au cours des JMS. Deux OSC ont conduit des activités dans les « ghettos » où se retrouvent les usagers de drogues : il s'agit d'ACAARD et de CREMA. Ces interventions sont restées très ponctuelles et discontinues et probablement d'un impact très réduit.

Le contexte de clandestinité qui caractérise cette population, le cadre national de lutte contre la drogue réduit aux aspects de répression du trafic et de la consommation et l'absence d'offre de prise en charge spécifique des addictions au Togo rend la prévention et la prise en charge du VIH chez les usagers de drogues particulièrement difficile. Un très gros effort est nécessaire dans ce domaine particulier.

2.5.5. Environnement favorisant

Les populations clés sont particulièrement visées par la stigmatisation et la discrimination, qui s'exerce à leur encontre, même parmi les professionnels de santé et psychosociaux, acteurs de la lutte contre l'épidémie.

Pour y remédier, des lois sur la protection des PVVIH ont été adoptées dans les pays de la région AOC, dont le Togo, avec le soutien actif de l'ONUSIDA. Ces textes de lois, sensés mettre en place un arsenal juridique protégeant les PVVIH ont malheureusement été contrebalancées par des contenus pénalisant la transmission du VIH. Or, le pas entre la pénalisation de la transmission et la stigmatisation des populations clés (où, par définition, les PvVIH sont nombreux) est vite franchi. La pénalisation de la transmission, dont on sait qu'elle a un impact négatif en santé publique, abouti également à accentuer la stigmatisation à l'égard des populations clés. C'est un retournement complet de l'effet

attendu, notamment par les partenaires de la lutte contre l'épidémie qui avaient soutenu leur développement.

Ces textes de lois doivent impérativement être revus pour les rendre à leur objectif initial : protéger et garantir les droits des PVVIH, notamment ceux qui sont issus des groupes de population clés, les plus stigmatisés.

Par ailleurs, on a montré que les textes pénalisant la consommation de drogues, le commerce du sexe ou les relations sexuelles entre individus de même sexe ont un impact négatif en matière de santé publique et de lutte contre le VIH. Ils constituent donc un environnement défavorisant pour la réponse à l'épidémie.

Au Togo, l'environnement légal ménage néanmoins des marges de manœuvre pour les acteurs de santé publique. La défense des droits humains des populations clés et le plaidoyer, souvent extrêmement timides dans les programmes de prévention et de prise en charge du VIH ciblant les populations clés, doivent donc être renforcées.

Les acteurs de santé ont peur d'être accusés de faire la promotion (« prosélytisme ») de la prostitution, de l'homosexualité, de l'usage de drogue, peur même d'être taxés de prostituées, d'homosexuels ou de drogués... Un travail de formation des acteurs de prévention et de soins sur la thématique des droits et sur l'approche santé publique promue pour la lutte contre le VIH est indispensable.

Les associations identitaires, qui sont plus déterminées à faire progresser leurs droits, doivent également être soutenues dans leur action de plaidoyer pour un meilleur accès des populations clés aux services de prévention et de soins du VIH et des IST.

L'environnement favorisant la réponse à l'épidémie doit ainsi tout à la fois développer le cadre légal facilitant les interventions de prévention et de soins des populations clés, mais aussi faire changer les mentalités en profondeur vis-à-vis de ces personnes vulnérables, en commençant par les acteurs de la réponse eux-mêmes, l'ensemble des acteurs de la société civile qui peuvent faciliter cette réponse ensuite, et la population générale enfin.

2.5.6. Renforcement des capacités

Le renforcement des capacités des acteurs de prévention et de soins travaillant auprès des populations clés est une intervention capitale. Le travail auprès des populations clés nécessite certes en effet des compétences générales en matière de prévention et de prise en charge, qui constituent la base à partir de laquelle des acteurs peuvent être habilités à travailler dans des centres adaptés, des structures de prise en charge ou autre programmes ciblant les populations clés.

Mais des connaissances spécifiques sont également nécessaires, qui doivent être assorties de savoir-faire et savoir-être particuliers, pour pouvoir mener un travail de prévention et de prise en charge des IST et du VIH de qualité.

La formation doit concerner tous les acteurs de la chaîne de services : agents d'accueil, agents de santé communautaires, conseillers psychosociaux, médiateurs de santé, paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, médecins généralistes et spécialistes.

Les modules de formation doivent prendre en compte l'ensemble des aspects de la prévention (prévention combinée) et de la prise en charge (globale) du VIH et leurs spécificités dans chaque population clé. Les modules doivent être validés par le CNLS et le PNLS et leur administration effectuée par des formateurs agréés.

Dans le domaine de la prévention, la plus grande partie des acteurs provient du monde associatif et communautaire. Les volontaires pour s'engager dans la lutte contre le VIH sur le terrain, c'est-à-dire au contact des populations clés, sont aujourd'hui moins nombreux. Le recrutement de personnels qualifiés pose problème :

- les volontaires n'ont souvent aucun bagage professionnel ;
- les niveaux de rémunération des acteurs de prévention de terrain sont très faibles ;
- le travail de prévention de proximité (pair-éducateur) n'est pas facile dans les différents contextes des populations clés (en milieu carcéral, parmi les HSH, les PS ou les UDI) et dans des environnements volontiers hostiles ;
- certains PE peuvent en effet courir des risques personnels dans l'exercice de leurs fonctions.

Le renforcement de leurs capacités mais aussi la façon dont la **pair-éducation** est utilisée sur le terrain nécessitent d'être profondément changés. Le choix des individus pose problème : il ne suffit pas d'être issu d'une population clé et volontaire pour devenir un pair-éducateur de qualité. Les compétences pour intervenir de façon efficace auprès des populations clés ne s'improvisent pas. Mais la formation initiale dans les programmes actuels visant les populations clés ne dépassent pas 10 jours pour les pairs-éducateurs. Depuis 3 ans, ces durées de formation ont été continuellement réduites sous la pression des coupes budgétaires imposées par les bailleurs (notamment le Fonds mondial).

Or, les bénéficiaires des services de prévention de proximité, pour lesquels les PE sont les premiers contacts, vivent des situations sociales, familiales et psychologiques souvent extrêmement complexes et douloureuses, marquées par le rejet, l'exclusion, la stigmatisation, la violence morale et physique, le sentiment de dévalorisation de soi. Toutes choses qui au quotidien entraînent volontiers des troubles psychiques allant parfois jusqu'à la dépression et au suicide...

Si les PE ne peuvent remplacer des psychologues cliniciens, le plus souvent cruellement absent, il faut cependant leur offrir une formation approfondie qui leur permettent d'intervenir auprès des bénéficiaires sans aggraver leur situation par des actions ou paroles inappropriées. Une formation trop superficielle peut parfois conduire des PE à s'engager dans des relations avec des bénéficiaires qu'ils ne sont pas capables de décrypter ni d'assumer. Le poids à porter alors peut être beaucoup trop lourd et conduire des acteurs de prévention à perdre le contrôle de leurs activités et les mettre en danger physiquement et psychologiquement. C'est ainsi que les observations de terrain montrent qu'il existe souvent des réactions et comportements inadaptés des PE vis-à-vis de situations qu'ils maîtrisent mal. Cela peut se traduire par la diffusion de conseils inadaptés, de messages de prévention erronés ou distordus...

De très gros efforts sont donc nécessaires pour revaloriser la fonction de pair-éducation en tant que composante cardinale de la prévention de proximité et du changement de

comportement. Ces efforts doivent venir soutenir concrètement les personnes qui s'emploient à ce travail.

2.6. Financement des interventions

Le problème crucial du Togo dans la lutte contre l'infection à VIH est aujourd'hui celui du financement. Le pays fait face à une baisse des financements extérieurs pour les interventions car les appuis bilatéraux sont de plus en plus limités. La source la plus importante du financement de la lutte contre le VIH reste celle du FM. Malheureusement, les difficultés de gestion de la première phase freinent aujourd'hui les décaissements et font courir le risque de perdre d'importantes ressources à l'issue de la subvention.

La lutte contre l'infection dans les populations clés souffre sans doute encore plus de la faiblesse des financements, ce qui limite souvent les interventions à la commune de Lomé et quelques fois à quelques maisons closes. Le manque de financement fait que les PS ne fréquentent plus les centres adaptés car après consultation elles sont obligées de s'acheter les médicaments.

2.7. Commentaires sur l'analyse situationnelle

Au Togo, l'épidémie de VIH est généralisée et le niveau de prévalence en population générale adulte (3,4%) qui reste l'un des plus élevés de la région. Ce niveau de prévalence s'élève encore lorsqu'on examine les populations clés (4,3 à 20,4%), qui payent donc un très lourd tribut à cette épidémie.

Une analyse approfondie des politiques existantes au Togo en matière de lutte contre le VIH et les IST et de l'écart entre ces politiques et leur mise en œuvre sur le terrain est en cours avec le soutien de l'USAID et de Futures Group.

Cependant, le parcours rapide des documents existant en la matière ainsi que les entretiens avec différents acteurs et informateurs clés rencontrés ont confirmé que le Gouvernement du Togo est fortement engagé dans la prévention et de la prise en charge du VIH et des IST. Des mesures importantes ont été prises pour élaborer des stratégies et politiques qui prennent en compte les populations clés et visent à améliorer leur accès aux services la prévention et de prise en charge du VIH et des IST. Mais en dehors du CSN, il n'y a pas encore de document national précisant le cadre de développement des interventions en direction des populations clés, pas de directives ou normes opérationnelles pour appuyer la mise en œuvre des stratégies.

Le présent document en est une preuve tangible que le CNLS du Togo est acquis au développement d'une politique nationale en matière de lutte contre le VIH et les IST dans les populations clés.

2.7.1. Points forts

Il existe pourtant au Togo de véritables opportunités car des interventions sont prévues et financées par la subvention du Fonds Mondial au Round 8 et un nouveau projet est en cours d'implantation financé par l'USAID (PACTE-VIH). Par ailleurs, des organisations communautaires travaillent avec les PS et les HSH depuis plusieurs années au Togo. Elles ont capitalisé des expériences et réussi à développer des activités qui devraient pouvoir être passées à l'échelle.

Les politiques actuelles du Togo soutiennent les droits humains et intègrent de nombreuses meilleures pratiques internationales dans les politiques officielles relatives au VIH

La loi ne criminalise pas expressément les relations sexuelles entre des personnes du même sexe, ni tous les types de travail du sexe.

2.7.2. Points faibles

Une grande partie des documents de politique de lutte contre le VIH et les IST reste silencieuse sur les populations clés (notamment les HSH et les TS). Cela tient probablement de la crainte de représailles qui pourraient s'exercer sur ceux qui travaillent avec ces populations clés en échos à des croyances sociales, religieuses ou coutumières qui sont réputées défavorables à ces populations.

Cependant, une politique spécifique devrait pouvoir se prêter à la mise en œuvre de façon discrète d'interventions spécifiques ou à des modifications d'attitudes, sans pour autant attirer l'attention que des changements de lois majeurs pourraient entraîner.

Il n'y a pas encore au Togo de mécanismes formels d'implication des populations clés dans les prises de décisions gouvernementales, l'élaboration des politiques, le suivi, l'évaluation et l'élaboration des directives sur les différents services de prévention et prise en charge du VIH et des IST dans les populations clés. L'inclusion actuelle des populations clés dans les organes techniques et consultatifs clés du pays chargés de réfléchir au développement de la politique de lutte contre le VIH et les IST doit donc être sérieusement renforcée.

3. POLITIQUE NATIONALE

3.1. But

La présente politique nationale a pour but de réduire la dynamique de l'épidémie d'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) au sein des populations clés à plus fort risque d'exposition à ces infections.

3.2. Objectifs

La politique nationale de prévention combinée et de prise en charge globale du VIH et des IST dans les populations clés au Togo a pour objectifs de :

- Réduire le nombre des nouvelles infections par le VIH et les IST parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogues et les détenus ;
- Réduire le nombre des cas de sida dans les populations clés ;
- Réduire le nombre des décès liés à l'infection par le VIH dans les populations clés ;
- Diagnostiquer et prendre en charge les cas d'IST selon les standards de qualité nationaux dans les populations clés ;
- Assurer une prise en charge globale et de qualité des personnes vivant avec le VIH parmi les populations clés, conforme aux recommandations internationales et nationales en vigueur ;
- Assurer le suivi et l'accompagnement psychologique et social optimal des personnes vivant avec le VIH parmi les populations clés pour optimiser les résultats de leur prise en charge ;
- Contribuer à l'aménagement d'un environnement favorisant les interventions de prévention et de prise en charge du VIH et des IST en direction des populations clés ;
- Proposer un cadre et un mécanisme de coordination fonctionnels des acteurs et interventions en direction des populations clés.

3.3. Composantes des services

Les services de prévention combinée et de prise en charge globale des populations à risque d'infection par le VIH et les IST au Togo comprennent :

- La prévention de proximité utilisant la communication pour le changement de comportement (CCC) ;
- la promotion de l'utilisation des préservatifs (masculins et féminins) et des gels lubrifiants ;
- le diagnostic actif et le traitement des IST ;
- le conseil dépistage du VIH ;
- la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- la prévention et le traitement des infections opportunistes ;
- le traitement ARV ;
- l'accompagnement et la prise en charge psychologique et sociale (y compris soutien juridique) ;
- le suivi biologique de l'infection à VIH (laboratoires) ;

- la référence et la contre-référence ;
- le suivi-évaluation des interventions.

3.4. Composantes transversales

La prévention et la prise en charge du VIH et des IST dans les populations clés couvrent au moins 4 groupes de personnes de statuts très différents (PS et leurs clients, HSH, détenus et les usagers de drogues). Les services prévus dans le cadre de la présente politique comportent deux aspects à savoir des composantes spécifiques et des composantes transversales. Pour ce dernier groupe, les éléments essentiels sont les suivants : l'environnement favorisant, le renforcement des capacités des acteurs et des bénéficiaires et le financement des interventions.

3.4.1. L'environnement favorisant

Pour une bonne application de la politique décrite dans le présent document, il faut un environnement qui permette de lutter contre l'épidémie sans contraintes administratives, juridiques, sociales ou organisationnelles. Ainsi est-il nécessaire et indispensable de développer un plaidoyer pour lever les différents obstacles dans ces registres qui peuvent entraver la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH et les IST. Ce plaidoyer doit être fait en direction des décideurs les plus influents, au niveau central, du parlement, des ministères clés (Justice, Sécurité et Santé). Le plaidoyer au niveau intermédiaire est également nécessaire pour permettre aux responsables administratifs des services centraux de créer des conditions de travail décentes au plan des cadres juridiques et organisationnels (infrastructures, équipement, documentation).

S'agissant de sujets sensibles au plan sociétal, le plaidoyer doit cependant être développé avec prudence pour ne pas susciter d'effet négatif qui puisse nuire aux objectifs initiaux.

A tous les niveaux de l'organisation de la société, il est capital de mener une lutte contre les phénomènes de discrimination et de stigmatisation en direction des populations clés. Ainsi les prestataires et responsables des structures de soins, des OBC et ONG seront formés sur ces différents concepts afin qu'ils acceptent d'offrir des services « non moralisateurs », c'est-à-dire sans jugement sur les bénéficiaires. Au sein de la communauté et à travers les leaders locaux, des actions de sensibilisations seront menées pour aider les populations à éviter la discrimination et la stigmatisation des populations clés.

3.4.2. Renforcement des capacités des acteurs et bénéficiaires

Le renforcement des capacités des acteurs et des bénéficiaires est une composante essentielle pour construire une offre des soins de qualité ciblant les populations clés. Les besoins en renforcement des capacités doivent être identifiés et des méthodologies pour les satisfaire doivent être mises en œuvre pour s'assurer que tous les acteurs ont bien les aptitudes et attitudes nécessaires pour la mise en œuvre des activités.

3.4.3. Financement des interventions

La mobilisation de ressources additionnelle conséquentes est nécessaire pour permettre aux intervenants de mieux organiser les services ciblant les populations clés. Les cibles de cette

action seront les autorités nationales (Présidence, Primature, gouvernement et parlementaires). Le secteur privé à but lucratif à travers le patronat sera sollicité pour mobiliser des ressources financières permettant de réaliser les objectifs de cette politique. Les partenaires techniques et financiers installés dans le pays seront mis à contribution pour l'appui à la mobilisation des ressources pour un financement conséquent des interventions prévues dans cette politique.

3.5. Populations ciblées

Les populations ciblées par cette politique nationale comme bénéficiaires directs des interventions sont les « **populations clés à plus forts risques** » :

- **les professionnel(le)s du sexe (PS) et leurs clients,**
- **les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ;**
- **les détenus ;**
- **les usagers de drogues et plus particulièrement les personnes s'injectant des drogues (PID).**

Cependant, la politique nationale de lutte contre le VIH et les IST dans les populations clés cible également les acteurs de mise en œuvre et l'ensemble des acteurs qui favoriseront son application. Envisagée sous l'angle des domaines d'interventions, les différentes populations ciblées par cette politique nationale sont détaillées ci-dessous.

Tableau 1 : Populations ciblées par la Politique Nationale

Principaux services	Bénéficiaires directs	Acteurs de mise œuvre	Acteurs facilitateurs
Prévention de proximité (IEC/CCC)	<ul style="list-style-type: none"> - PS et clients - HSH - Détenus - consommateurs de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisations de la société civile à base communautaire et/ou identitaires, - ONG (nationales et internationales) 	<ul style="list-style-type: none"> - Décideurs à l'échelon national, régional ou local - Ministère de la santé - Ministère de la justice - Ministère de la Sécurité - Ministère de la promotion de la femme - forces de l'ordre et de sécurité - leaders d'opinion (chefs traditionnels, leaders d'Eglises, politiques ...) - médias - population générale
Promotion de l'utilisation et distribution des préservatifs (masculins et féminins) et gels lubrifiants	<ul style="list-style-type: none"> - PS et clients - HSH - Détenus - consommateurs de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Organisations de la société civile à base communautaire et/ou identitaires - ONG/Associations (nationales et internationales) - Structures de prévention et de soins (publiques, privées, communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> - Décideurs à l'échelon national, régional ou local - Ministère de la santé - Ministère de la justice - Ministère de la Sécurité - Forces de l'ordre et de sécurité - Leaders d'opinion (chefs traditionnels, leaders d'Eglises, politiques ...) - médias - Population générale
Diagnostic actif/passif et traitement des	<ul style="list-style-type: none"> - PS - HSH - Détenus 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Organisations de la société civile à base 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrateurs des structures de soins - Ministère de la santé

Principaux services	Bénéficiaires directs	Acteurs de mise œuvre	Acteurs facilitateurs
IST	<ul style="list-style-type: none"> - Consommateurs de drogues - Partenaires sexuels, occasionnels ou réguliers des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> communautaire et/ou identitaires - ONG/Associations (nationales et internationales) structures de prévention et de soins (publiques, privées, communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la justice
Conseil Dépistage du VIH	<ul style="list-style-type: none"> - PS - HSH - Détenus - Consommateurs de drogues - Partenaires sexuels, occasionnels ou réguliers des populations clés - Enfants des femmes séropositives pour le VIH issues des populations clés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Structures de prévention et de soins (publiques, privées, communautaires) - Organisations de la société civile à base communautaire et/ou identitaires - ONG/Associations (nationales et internationales) 	<ul style="list-style-type: none"> - Décideurs à l'échelon national, régional ou local - Ministère de la santé - Leaders d'opinion - Médias - Population générale
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes séropositives pour le VIH issues des populations clés - Enfants des femmes séropositives au VIH issues des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - structures de prévention et de soins (publiques, privées, communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrateurs des structures de soins - ministère de la santé
Prise en charge de l'infection à VIH (prévention et traitement des IO, ARV)	<ul style="list-style-type: none"> - PS, HSH, détenus et consommateurs de drogues, partenaires qui sont déjà atteints par l'infection à VIH, quel que soit le stade évolutif de la maladie - Enfants nés de mères appartenant à l'un des groupes de population clé et séropositifs au VIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Structures de prévention et de soins (publiques, privées, ONG/Associations communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrateurs des structures de soins - Ministère de la santé
Diagnostic et suivi biologique de l'infection à VIH	<ul style="list-style-type: none"> - PS, HSH, Détenus, Consommateurs de drogues; - Partenaires sexuels des populations clés, occasionnels ou réguliers ; - Enfants des mères séropositives pour le VIH issues des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Structures de prévention et de soins (publiques, privées, ONG/Associations, communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrateurs des structures de soins - Ministère de la santé
Prise en charge psychologique et sociale (y compris appui juridique)	<ul style="list-style-type: none"> - Toute personne vivant avec le VIH issue d'une population clé - Environnement social et familial de toute personne vivant avec le VIH issue d'une population clé 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisations de la société civile à base communautaire et/ou identitaires - ONG/Associations (nationales et internationales) - Professionnels de santé - Structures de prévention et de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrateurs des structures de soins - Ministère de la santé (PNLS) - Ministère de la justice - Ministère de l'action sociale

3.6. Principes

La politique nationale de prévention et de prise en charge des populations clés à haut risque d'infection par le VIH au Togo s'articule, tant dans sa conception que dans les modalités de sa mise en œuvre, autour des quelques grands principes suivants :

- Le **Principe d'engagement** : dans le cadre de cette politique, le gouvernement togolais à travers le SP/CNLS-IST s'engage à assurer la mobilisation de toutes les ressources nécessaires, notamment humaines, matérielles et financières, pour obtenir des résultats significatifs dans la lutte contre l'infection à VIH et les IST dans les populations clés ;
- Le **Principe d'Universalité** dans le cadre de cette politique garantit à tous les individus vivant sur le territoire togolais un accès facile à toutes les interventions essentielles, sans distinction de sexe, d'appartenance sociale et religieuse, de lieu de résidence, de comportement sexuel ;
- Le **Principe de Globalité** consiste à prendre en considération dans la politique non seulement les facteurs directs de risques qui conditionnent la transmission du virus d'un individu à un autre, mais aussi toutes les conditions sociétales qui favorisent l'expansion de l'épidémie de VIH au Togo parmi les populations clés ;
- L'application du **Principe d'Equité** garanti à tous les individus vulnérables ou à risque, affectés ou infectés, quel que soit leur lieu de résidence ou leur statut socio-économique, un accès égal aux services de prévention et de prise en charge du VIH ;.
- Le **Principe de Qualité** consiste à développer les interventions prévues avec l'assurance de qualité qu'autorisent le développement technologique et les ressources financières mobilisées ; il garantit à tous les individus affectés ou infectés, quel que soit leur lieu de résidence ou leur statut socio-économique, des attentions d'égale qualité dans le cadre de la gamme des interventions spécifiques prévues ;
- L'application du **Principe de Solidarité** aménage, pour toutes les organisations de la société civile et du secteur privé, la possibilité de s'engager à côté du secteur public dans le programme togolais de lutte contre le VIH dans les populations clés ;
- Le Principe de **Pérennisation** fait obligation à l'Etat et à la société togolaise de générer des ressources suffisantes et mettre en place un mécanisme permettant de garantir la pérennité des interventions en matière de lutte contre le VIH et les IST au profit des populations clés.

3.7. Paquets minimum d'activités de prévention et de PEC

Les structures de prévention et de prise en charge du VIH, quel que soit leur statut (structure de santé du secteur public, du secteur privé ou communautaire, spécialisée ou intégrée) et quels que soient leurs modes opératoires (stratégie fixe, avancée ou mobile), doivent fournir à leurs clients un ensemble de services spécifiques en matière de prévention et prise en charge du VIH et des IST que l'on appelle « paquet minimum d'activités » (PMA). Il s'agit d'une liste d'activités prioritaires qui est commune à toutes les

structures de prévention et de prise en charge du VIH et des IST, destinées à répondre de manière équitable et efficiente aux besoins de santé des populations ciblées.

Dans le cas des structures ciblant les populations clés en matière de prévention et de prise en charge du VIH et des IST, ce PMA se décline autour d'un ensemble commun d'activités/interventions (cf. tableau 2), mais il doit également comprendre des services plus spécifiques à chaque population clé, qui sont décrits ci-dessous (cf. tableau 3).

Le PMA répond à une question simple : ***de quoi ont besoin les populations clés pour éviter l'infection à VIH et les IST, ou pour être correctement soignées si elles sont déjà atteintes par l'infection ?***

La réponse passe par l'information correcte des populations ciblées sur le VIH, une bonne évaluation de leurs risques, leurs besoins en matière de changement de comportement et d'offre de services médicaux et communautaires adaptés.

La définition de paquets minimum d'activités en direction des populations clés facilite l'élaboration et la mise en œuvre de projets/programmes et permet d'harmoniser l'action des différents acteurs.

Les critères qui doivent guider le choix des activités prioritaires sont basés sur les données épidémiologiques spécifiques sur le VIH et les IST dans le monde, la région AOC et au Togo. Ils prennent en compte les recommandations développées par l'OMS, l'ONUSIDA, ainsi que les autres agences des UN dans ce domaine. Mais ils s'inspirent aussi des interventions/activités déjà menées dans la région et au Togo en direction des populations clés en matière de prévention et de prise en charge du VIH et des IST. Enfin, ils doivent refléter les besoins réels des populations ciblées, d'où la nécessité de leur participation active au développement de la présente politique.

3.7.1. PMA commun à toutes les populations clés

Le PMA commun à toutes les populations clés se décline dans les 6 composantes majeures décrites ci-dessous :

- La **mobilisation communautaire** : activités de sensibilisation focalisées sur les risques VIH et IST ainsi que les besoins en matière de santé qui en découlent ciblant des personnes ressources et leaders de chaque population clé ;
- La **prévention de proximité** utilisant la communication pour le changement de comportement (IEC/CCC) : le travail de sensibilisation des populations clés peut utiliser différentes approches, en petits groupes (échange entre un pair-éducateur et un petit groupe de bénéficiaires - 15 à 20 personnes - sur un thème et dans un endroit précis et choisis à l'avance) ou en communication interpersonnelle (entretien direct entre un pair-éducateur et un bénéficiaire centré sur ses connaissances, ses besoins ou ses vulnérabilités propres vis-à-vis du VIH et des IST ;
- La **promotion et la distribution de préservatifs** (masculins et féminins) et de **gels lubrifiants** à base d'eau et de silicone : promotion de l'utilisation correcte et systématique des préservatifs (masculins et féminins) et gels lubrifiants à base d'eau
- Le **diagnostic et le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles** : ensemble des dispositions mises en place dans le but

d'identifier et de traiter les infections sexuellement transmissibles chez un client et son/ses partenaires ;

- Le **Conseil et Dépistage du VIH** ;
- La **Prise En Charge globale des personnes séropositives** : traitement des infections opportunistes et co-morbidités liées au VIH ; traitement par les ARV ; prise en charge psychologique et sociale (appui nutritionnel et alimentaire, soutien économique, soutien juridique, réinsertion familiale, groupes d'auto-support, suivi de l'observance du traitement ARV, accompagnement de fin de vie et gestion du deuil) ; référence et suivi des patients ; prévention de la transmission du VIH chez les PVVIH (Prévention positive).

Les différentes composantes sont décrites de façon plus détaillées dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Description du Paquet Minimum d'Activités commun aux différentes populations clés

	Mobilisation communautaire	CCC	Préservatifs et gels	Dépistage et soins des IST	Conseil Dépistage du VIH	PEC globale du VIH
Personnes ressources pour mener les interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Pairs-éducateurs - Leaders des populations clés - Prestataires de services de prévention et soins des OSC - Partenaires au développement - Leaders d'opinion 	<ul style="list-style-type: none"> - Pairs-éducateurs - Encadreur/superviseurs - Prestataires de soins - animateurs - Conseillers - Leaders des OBC 	<ul style="list-style-type: none"> - Pairs-éducateurs - Encadreur/superviseurs - Prestataires de soins - animateurs - Conseillers - Leaders des OBC 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestataires de soins (tous) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestataires de soins et agents communautaires ayant les compétences pour mener un Conseil Dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensemble des prestataires intervenant à des degrés divers dans le traitement ARV : - Professionnels de santé ; - Agents communautaires ; - Travailleurs sociaux ; - Familles, - Psychologues ; - Juristes ; - Religieux ; - PvVIH ; - Tradipraticiens de santé.
Nature des interventions	<ul style="list-style-type: none"> - méthodes et voies de sensibilisation diversifiées (réseaux sociaux, etc.) pour atteindre un maximum de personnes ciblées - Utilisation des graines et des leaders des populations clés - Développement de supports de communication adaptés (dépliants, flyers, affiches, boîtes à images...) - Utilisation de certains média de masse et/ou de proximité (mais attention aux risques) 	<ul style="list-style-type: none"> - entretiens individuels entre pair-éducateurs et personnes cibles : écoute active, respectueuse, avec intérêt et empathie ; - entretiens en petits groupes (causeries éducatives, groupes de parole, séance ciné-débats) - utilisation d'outils de sensibilisation adaptés (dépliants, boîtes à images, films, kits de démonstration de l'utilisation des préservatifs, etc.) - utilisation d'internet et de la téléphonie mobile 	<ul style="list-style-type: none"> - renforcement des connaissances, compétences et motivation des populations clés à l'utilisation correcte et systématique de ces outils à chaque rapport sexuel ; - utilisation de différents supports et moyens de communication (dépliants, affiches, boîtes à images, films, etc.) - démonstrations de l'utilisation correcte des préservatifs et gels lubrifiants - Distribution et/ou commercialisation des préservatifs et gels lubrifiants 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation et suivi des recommandations en vigueur (prise en charge syndromique) - En cas d'échec de la prise en charge syndromique, référence des patients dans une structure adéquate - Adaptation aux différentes populations clés (IST anorectales pour les HSH, dépistage périodique des formes asymptomatiques de certaines IST). 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil et dépistage du VIH selon les principes fondamentaux généraux du dépistage : - volontaire ; - confidentiel ; - basé sur le consentement éclairé ; - accompagné de conseils et de services liés au VIH pour assurer un continuum de prévention, de soins et de traitement pour le VIH. - Basé sur les directives nationales en veillant à respecter les 3 étapes universelles (Pré-test ; Test de dépistage du VIH ; Post test) : - NB : Le counselling doit être adapté aux différentes populations clés (gestion de l'identité sexuelle et conséquences de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement par ARV: - prescription selon directives nationales - gestion et dispensation des ARV - suivi de l'observance et des effets secondaires - prophylaxie primaire ou secondaire au cotrimoxazole - suivi clinique et biologique (CD4, hémo-biochimique et virologique CV) ; - gestion des Infections Opportunistes (IO) et des coinfections (TB et/ou hépatites virales) ; - gestion des échecs thérapeutiques - Soins et soutiens : - Le soutien psychologique et social (conseils nutritionnels, alimentaires, consommation d'eau potable, hygiène et assainissement) ;

	Mobilisation communautaire	CCC	Préservatifs et gels	Dépistage et soins des IST	Conseil Dépistage du VIH	PEC globale du VIH
					bisexualité chez les HSH, problème du CD dans l'environnement carcéral pour les détenus, stigmatisation et discrimination pour toutes les populations clés).	<ul style="list-style-type: none"> - la révélation du statut, information/notification aux partenaires (homme/femme) ; - la prévention des IST ; - la prise en charge des IOs et des affections courantes ; - la prévention du paludisme ; - le suivi de l'adhérence aux traitements ; - Ces activités se déroulent avec la participation active des groupes d'auto support.
Lieux d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux des OBC de populations clés, domiciles de leaders ou personnes ressources des OBC ou communautés - Lieux de socialisation ou de rencontre des individus ou communautés (festifs ou non) - Drop In Center (DIC) - Lieux de travail des bénéficiaires (surtout pour les PS) - Services adaptés - Sites internet, réseaux sociaux, téléphonie mobile 	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux des OBC de populations clés, domiciles de leaders ou personnes ressources des OBC ou communautés - Domicile de personnes cibles ou de tiers - Drop In Center (DIC) - Lieux de socialisation ou de rencontre des individus ou communautés (festifs ou non) - Lieux de travail des bénéficiaires surtout pour les PS) - Structures de prévention et de PEC des IST et du VIH - Lieux virtuels : sites internet, réseaux sociaux, téléphonie mobile. 	<ul style="list-style-type: none"> - Partout où les populations clés peuvent être rencontrés : - Locaux des OBC de populations clés, domiciles de leaders ou personnes ressources des OBC ou communautés - Domicile de personnes cibles ou de tiers - Drop In Center (DIC) - Lieux de socialisation ou de rencontre des individus ou communautés (festifs ou non) - Lieux de travail des bénéficiaires (surtout pour les PS) - Structures de prévention et de PEC des IST et du VIH - Points de distribution et de vente des préservatifs et gels lubrifiants - Cliniques mobiles 	<ul style="list-style-type: none"> - Centres de dépistages fixes - Structures sanitaires - CD en stratégies avancées (à partir des CDV fixes ou des structures de soins) : interventions d'équipes de dépistage sur les lieux de travail des PS, dans les sites de rencontre HSH, dans les ghettos des UD, dans les prisons, etc. - CD en stratégie mobile : utilisation de cliniques mobiles autonomes pour des interventions sur les lieux de travail des PS, dans les sites de rencontre HSH, dans les ghettos des UD, dans les prisons, etc. - Drop In Center (DIC) 	<ul style="list-style-type: none"> - Salles de Conseil Dépistage disponibles dans une structure de CDV fixe - Unités mobiles ou espaces aménagés sur site - Locaux des OBC de populations clés - Domicile des bénéficiaires (en cas de stratégie porte à porte) - Prisons - Drop In Center (DIC) 	<ul style="list-style-type: none"> - Structures sanitaires agréées pour la PEC médicale (publiques, privées ou communautaires) - Infirmerie des prisons - Cliniques mobiles - Drop in Center (DIC) - Domicile des PvVIH ; Locaux des OBC de populations clés pour les soins et soutiens

	Mobilisation communautaire	CCC	Préservatifs et gels	Dépistage et soins des IST	Conseil Dépistage du VIH	PEC globale du VIH
Timing d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - célébrations ou commémorations de dates clés (JMS, IDAHO, Journée Internationale contre l'abus et le trafic de Drogues, fêtes anniversaires OBC, semaine du détenu) - soirées festives (soirées dansantes, élections de Miss...), séances de ciné-débat - émissions radios et télévisées - autres 	<ul style="list-style-type: none"> - sur rendez-vous, selon les besoins des personnes cibles et/ou de façon spontanée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les occasions où les populations clés peuvent être sensibilisées : - célébrations ou commémorations de dates clés (JMS, IDAHO, Journée Internationale contre l'abus et le trafic de Drogues, fêtes anniversaires OBC, semaine du détenu) - campagnes de sensibilisation, de dépistage... - consultations médicales ou paramédicales - marketing social (par les détaillants) - etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - lors de tous les points de contact avec une structure sanitaire ou un professionnel de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - A tout moment où le service est disponible et accessible selon les directives nationales. 	<ul style="list-style-type: none"> - PEC avec ARV : pour tous les PVIH des populations clés quel que soit le niveau de CD4 (approche « Test & Treat ») - Soins et soutien : à tout moment où le besoin se fera sentir.
Rationnel des interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir accès aux informations relatives aux IST et VIH en lien avec les pratiques sexuelles - Développer des aptitudes visant à réduire les risques de transmission des IST et du VIH - Adopter des comportements sexuels à moindre risque - Créer un environnement favorisant les interventions de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> - acquérir des connaissances sur le VIH et les IST - répondre aux préoccupations personnelles et spécifiques des individus pour leur permettre d'adopter des comportements à moindre risque - Renforcer les capacités des bénéficiaires (empowerment) - Développer un environnement favorisant les interventions vers les populations clés - créer une ambiance favorable entre intervenants et populations cibles pour une communication active dans les 2 sens 	<ul style="list-style-type: none"> - L'efficacité des préservatifs dans la réduction des risques de transmission sexuelle du VIH et des IST est démontrée - L'efficacité des gels lubrifiants dans la réduction des risques de rupture de préservatifs est démontrée 	<ul style="list-style-type: none"> - L'accès aux services de diagnostic et traitement des IST : - réduit les risques d'infection à VIH, par voie sexuelle - réduit les risques de réinfection par les IST - rompt la chaîne de contamination si recherche et traitement des partenaires - permet de coupler le CD du VIH à l'initiative du prestataire (CDIP) - est un indicateur d'efficacité et d'impact des programmes de prévention du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux individus issus des populations clés de connaître leur statut sérologique VIH ; - Permettre un accès précoce aux soins et soutien des individus issus des populations clés vivant avec le VIH ; - Augmenter la couverture en traitement ARV des individus issus des populations clés vivant avec le VIH ; - Réduire les comportements à risques chez les personnes qui se sont fait tester ; - Favoriser une plus grande prise en compte du risque VIH au sein des populations clés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement ARV permet de recouvrer une santé quasi normale et de réduire le risque de transmission du VIH.

Le PMA doit également comprendre des interventions dites de support (transversales), que sont l'information stratégique, le renforcement des capacités des acteurs (acteurs de la lutte contre le VIH et les IST, bénéficiaires eux-mêmes) et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

3.7.2. Paquet minimum d'activités par catégorie de population clé

Pour chaque population clé, un accent particulier doit être mis sur certaines des interventions et thématiques listées ci-dessus.

Certaines interventions et thématiques spécifiques doivent également être prises en compte dans le paquet minimum d'activité. Elles permettent de répondre aux besoins particuliers de chacune des populations ciblées, qui ne sont pas uniformes.

Ces interventions et thématiques nécessitant un accent particulier et/ou qui sont spécifiques pour chacune des populations clés sont résumées dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Description du Paquet Minimum d'Activités spécifique par populations clés

	PS et clients	HSH	Détenus	Usagers de drogues
Mobilisation communautaire	Paire-éducation rôle fondamental des OBC rencontres festives	Paire-éducation rôle fondamental des OBC et associations identitaires rencontres festives	Paire-éducation rôle fondamental des OBC et des personnels de santé et psychosociaux travaillant en prison	Paire-éducation intervenants spécialisés (ayant bénéficié de formations spécifiques)
Prévention de proximité (IEC/CCC)	inclure la thématique des droits humains +++	inclure la thématique des droits humains +++	Inclure la thématique des droits humains +++ promotion de l'hygiène individuelle et de l'environnement carcéral prévention de la violence en milieu carcéral	inclure la thématique des droits humains +++ promotion d'une politique de réduction des risques (PES, TSO, PEC des addictions)
Préservatifs et gels	promotion de l'usage des préservatifs masculins et féminins promotion de l'usage des gels lubrifiants à base d'eau Promotion de la gratuité ou de prix faibles (subventionnés) des outils de prévention Distribution des préservatifs et gels SR avec PF	promotion de l'usage des préservatifs masculins et féminins promotion de l'usage des gels lubrifiants à base d'eau Promotion de la gratuité des outils de prévention Distribution des préservatifs et gels	Promotion de l'usage des préservatifs masculins et féminins en prison, via les activités de CCC et les structures de santé en milieu carcéral Promotion de l'usage des gels lubrifiants à base d'eau via les activités de CCC et les structures de santé en milieu carcéral Promotion de la gratuité des outils de prévention Distribution des préservatifs et gels (via les activités de sensibilisation et les structures de soins)	promotion de l'usage des préservatifs masculins et féminins promotion de l'usage des gels lubrifiants à base d'eau Promotion de la gratuité des outils de prévention Distribution des préservatifs et gels Promotion de l'utilisation de seringues à usage unique et mise à disposition libre et gratuite de seringues (programmes d'échanges de seringues - PES)

	PS et clients	HSH	Détenus	Usagers de drogues
Dépistage et soins des IST	Dépistage des IST anorectales symptomatiques et non symptomatiques (femmes PS et PS masculins)	Dépistage des IST anorectales symptomatiques et non symptomatiques	Dépistage des IST anorectales symptomatiques et non symptomatiques	
Conseil Dépistage du VIH	CD périodique (au moins semestriel) Promotion des stratégies avancées et mobiles	CD périodique (au moins semestriel) Promotion des stratégies avancées et mobiles	CD au cours d'une visite médicale à l'entrée en prison, puis CD périodique (au moins semestriel))	CD périodique (au moins semestriel) Promotion des stratégies avancées et mobiles
PEC globale du VIH	Prise en charge psychologique, soutien social et éventuellement juridique des PS infectées ou affectées par le VIH	Prise en charge psychologique, soutien social et éventuellement juridique des HSH infectées ou affectées par le VIH	Prise en charge psychologique, soutien social et éventuellement juridique des détenus infectées ou affectées par le VIH Promotion de l'utilisation personnelle et unique des objets tranchants	Prise en charge psychologique, soutien social et éventuellement juridique des UD infectées ou affectées par le VIH Développement de programmes de prise en charge spécifique des addictions : notamment de traitement substitutifs des opiacés (TSO) pour les PID

3.8. Fondements de la prestation des services

3.8.1. Confidentialité et consentement

3.8.1.1. Confidentialité dans les structures de prévention et de prise en charge

Les prestations de services de prévention à des personnes issues des populations clés doivent se faire de façon confidentielle et respecter leur anonymat (ne pas relever le nom du client ni le faire figurer dans des documents ou supports électroniques).

Un système de code unique des bénéficiaires pourra être utilisé par les intervenants dans la mesure où il est assorti de garanties éthiques solides prévenant toute utilisation détournée susceptible de desservir l'intérêt des individus clients.

Le véritable nom du client pourra être utilisé, notamment pour les besoins de la prise en charge médicale, dans le strict respect des obligations faites aux professionnels de santé en matière de confidentialité et de secret professionnel.

3.8.1.2. Confidentialité des dossiers médicaux

Les dossiers des clients doivent être gardés en lieu sûr. Seul le personnel ayant la charge directe de l'état de santé du client doit avoir accès au dossier. Tout personnel ayant accès à des dossiers dans lesquels sont consignés des informations sensibles concernant des individus (orientation sexuelle, résultats de tests de dépistage, etc.) doit être formé au strict respect des obligations faites aux professionnels de santé en matière de confidentialité et de secret professionnel.

3.8.1.3. Confidentialité des références

Lorsque les clients de structures de prévention et de prise en charge issus de populations clés sont référés pour des services complémentaires (examens ou avis médicaux spécialisés), il est en général préférable d'utiliser le nom du client.

Les prestataires doivent s'assurer que les organisations et professionnels auxquels ils adressent leurs clients observent des procédures rigoureuses de confidentialité par rapport aux informations sensibles concernant les individus (orientation sexuelle, résultats de tests de dépistage, etc.). Si possible, les personnes référées doivent être adressées à un prestataire bien précis des services complémentaires, qui respecte la confidentialité et a les compétences requises pour traiter les clients avec respect et considération.

3.8.1.4. Confidentialité des résultats de tests de dépistage

Les résultats des tests de dépistage de l'infection à VIH doivent être traités comme indiqué dans la réglementation des centres de conseil et dépistage volontaire du pays. Les informations faisant état de vulnérabilités particulières des individus face au VIH et IST (par exemple l'orientation sexuelle) et qui fondent leur lien avec une population clé doivent être traitées avec le même souci de respect de la confidentialité que les résultats de tests sérologiques.

3.8.1.5. Consentement éclairé

La décision de faire un test de dépistage du VIH doit toujours revenir au client. Pour obtenir ce consentement, le client doit être informé des avantages et inconvénients du test de dépistage et recevoir de la part du conseiller des réponses à ses différentes préoccupations.

Le client doit avoir accès à toutes les informations relatives à son cas et aux conséquences psychologiques, sociales et juridiques qui peuvent en découler. Le professionnel qui réalise le conseil s'efforce d'obtenir ces informations. Le client qui décide de façon éclairée de réaliser un test de dépistage doit posséder les capacités mentales, physiques et psychologiques pour comprendre les risques, les préjudices, les avantages de subir ou non un test de dépistage du VIH. Si le client refuse de faire le test, le conseiller est tenu de respecter sa décision. Il en va de même pour le professionnel de santé, prestataire de soins : si le client refuse de faire le test de dépistage VIH, il n'est pas habilité, même dans le but d'affiner son diagnostic et d'offrir une prise en charge adaptée, à passer outre la volonté de son patient.

Tous les fournisseurs de soins de santé autorisés à effectuer un dépistage du VIH devraient suivre une formation en conseil dépistage et sur la confidentialité.

3.8.2. Cas des mineurs

Les mineurs (personnes d'âge inférieur à 18 ans) sont de plus en plus nombreux dans les populations clés (PS, HSH, PID, détenus) et souhaitent bénéficier de prestations de services de prévention et/ou de prise en charge spécifiques. Il apparaît nécessaire que les acteurs de mise en œuvre des interventions puissent répondre à leurs attentes, dans une optique de santé publique mais aussi d'équité.

Des questions sensibles sont pourtant à prendre en compte. La question de l'accès au dépistage en est une. Des aménagements par rapport aux règles en vigueur doivent pouvoir être mis en œuvre : par exemple, dans la mesure où les mineurs en demande de dépistage font preuve d'une maturité suffisante, les prestataires peuvent accéder à leur demande de dépistage VIH sans autorisation expresse des parents. Il en va de même pour la mise à disposition d'outils de prévention spécifiques.

Il conviendra de revoir les textes de lois sur le consentement concernant les mineurs (consentement exigé de leurs parents) et de les harmoniser avec les politiques (dont le présent document) afin de s'assurer qu'ils ne constituent pas une barrière à l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH chez les jeunes, notamment issus des populations clés.

3.9. Mesures d'accompagnement des interventions

Pour mener à bien les interventions prévues dans les paquets minimum d'activités ciblant les populations clés, certaines mesures sont nécessaires et indispensables. Ce sont des préoccupations transversales qui sont listées ci-dessous.

3.9.1 Gestion et approvisionnement des intrants

- La **quantification et la planification des besoins en intrants** (outils de prévention – préservatifs et gels, médicaments des IST, des IO et ARV, réactifs de dépistage et de suivi biologique, etc.) pour les populations clés est souvent difficile car les estimations de tailles de populations sont imprécises. Les organes de coordination nationaux en la matière doivent soigneusement être sensibilisés à la question des populations clés et de leurs besoins spécifiques. Le comité de gestion des intrants VIH doit s'attacher à prévenir les ruptures de stock et péremptions par une gestion appropriée des intrants ;
- les **gels lubrifiant à base d'eau** et/ou de silicone doivent être inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels ;
- il convient de veiller à ce que tous les intrants destinés aux populations clés bénéficient d'un **contrôle de qualité** avant leur distribution dans le pays (à l'instar de tous les intrants pharmaceutiques de la lutte contre le VIH) ;
- il convient de mettre à disposition les gels lubrifiants à base d'eau et/ou de silicone dans des **conditionnements approprié** aux besoins de chaque population (tubes et/ou dosettes uniques selon les besoins spécifiques) ;
- il convient de mettre à disposition les **préservatifs féminins** pour les PS, pour les HSH et même pour les détenus ;
- il convient de mettre à disposition de façon constante, continue et gratuite, les **médicaments pour les IST** et le **vaccin contre l'Hépatite B** pour toutes les populations clés (HSH, PS, détenus et usagers de drogues).

3.9.2 Stigmatisation, discrimination et violences

- Pour **prévenir la stigmatisation, la discrimination et les violences** dont font l'objet les populations clés, une formation et une sensibilisation des prestataires de soins de

santé, des agents des forces de l'ordre, des magistrats et des travailleurs sociaux (assistants sociaux, éducateurs) peuvent accroître l'accès aux services des populations ciblées.

- Il convient pour cela de faire évoluer les normes sociales vers une **tolérance accrue vis-à-vis des populations clés**. Cela peut être possible en travaillant avec les médias, avec les leaders d'opinions, les leaders religieux et traditionnels et autres mobilisateurs sociaux.
- Le développement de **services d'assistance juridique** permettant d'aider les personnes victimes d'abus à demander réparation via les voies légales doit être stimulé.
- Le développement d'une **politique nationale contre la stigmatisation** intégrant les meilleures pratiques internationales peut être un moyen efficace d'amener l'ensemble des parties prenantes à évoluer vers une meilleure prise en compte des droits des populations clés.
- La **reconnaissance légale** d'associations et réseaux de personnes issues des populations clés (HSH, PS et UD) est une étape importante pour mobiliser toutes les formes de soutien et de solidarité intérieures et extérieures.

3.9.3 Réduction des risques liés à l'alcool

- On connaît l'impact négatif de l'alcool sur la prise de décision sexuelle et sur les capacités de négociation de l'utilisation du préservatif. Or l'utilisation de l'alcool est très répandue dans les populations clés (1^{ère} substance psychoactive en proportion utilisée par les PS et les HSH, très fréquente utilisation par les usagers de drogues). Lutter contre le facteur de risque additif que constitue l'usage de l'alcool peut donc réduire les risques de nouvelles infections dans les populations clés ;
- Les programmes visant à réduire les risques liés à l'alcool, notamment chez les jeunes, sont des armes utiles et complémentaires de la prévention du VIH dans les populations clés (campagnes d'éducation et de communication) ;
- Les programmes de traitement de l'addiction à l'alcool constituent également des moyens de soutien complémentaires, susceptibles de s'adresser aux populations clés concernées.

4. CADRE NORMATIF DE L'OFFRE DES SERVICES

4.1. Cadre physique

4.1.1. Lieu de prestation des services

Au Togo, les services en direction des populations clés peuvent être intégrés à des services de santé préexistants (centre adapté) ou être développés dans des centres spécifiques autonomes. En vue d'atteindre un plus grand nombre de personnes, il est autorisé d'offrir des services en stratégie avancée et mobile, notamment à travers des unités mobiles adaptées (voitures ou bus) ou dans des locaux aménagés spécialement pour la circonstance (tentes, salle de classe ou autres bâtiments adaptables).

Un **centre adapté** est une formation sanitaire publique/privée intégrant la prévention et la prise en charge de l'infection par le VIH et des IST dans les populations clés est un ensemble de services offerts dans un centre de santé préexistant et qui utilise le personnel y travaillant déjà. Les horaires de travail peuvent être les mêmes que les horaires des autres prestations en matière de santé. Mais le centre peut aussi choisir de créer des horaires spécifiques pour les populations clés au besoin

Les services en direction des populations clés peuvent également être dispensés dans des **structures spécifiques** développées dans le but spécifique d'offrir des services de prévention et de prise en charge de l'infection par le VIH et des IST à une ou plusieurs catégories de populations clés. Elle dispose alors de matériels et personnels propres pour mettre en œuvre les différentes tâches correspondantes.

Les services de prévention et de prise en charge de l'infection par le VIH et des IST ciblant les populations clés dans les différentes structures de soins publiques sont récapitulés dans le tableau 4 ci-dessous, selon la pyramide sanitaire du pays.

Tableau 4 : Description des services VIH et IST aux populations clés par type de structure de prévention et de soins

Catégories de structures de santé	Services de prévention et prise en charge du VIH et des IST dans les populations clés					
	IEC/CCC	Conseil dépistage du VIH		Dépistage et traitement des IST	Traitement des IO	Traitement ARV
		TDR	ELISA, WBlot			
CHU	X	X	X	X	X	X
CHR	X	X	X	X	X	X
Hôpital de district	X	X	X	X	X	X
Cliniques/Laboratoires privées*	X	X	X	X	X	X
Centre médico-social	X	X	X	X	X	x
Dispensaire	X	X	X	X		
Case de santé	X					
Centres adaptés au niveau des structures publiques	X	X	X	X	X	X
Structures de santé des Associations et ONG*	X	X	X	X	X	X

* uniquement pour les structures agréées. X : la tâche est exécutée au niveau de la structure)

4.1.2. Infrastructures

Les services de prévention et de prise en charge du VIH et des IST dans les populations clés doivent être offerts dans les infrastructures qui assurent une confidentialité autour de ces services. Les **centres adaptés** peuvent utiliser les infrastructures déjà existantes qui permettent de prendre en charge les cas de VIH et d'IST en toute confidentialité.

Ces infrastructures comprennent en général :

- 1 salle d'attente avec un service d'accueil,
- 1 salle de documentation,
- 1 salle de conseil pré et post test,
- 1 salle de prélèvements et/ou un laboratoire,
- 2 salles de consultation,
- 1 pharmacie avec les kits de prise en charge des IST, des IO et des ARV,
- 1 salle de repos ou de soins journaliers,
- 1 magasin,
- Des toilettes pour les clients et pour le personnel.

Les **structures spécifiques** autonomes doivent s'efforcer d'avoir les infrastructures identiques à celles qui sont citées ci-dessus.

Dans les deux cas, chacune de ces salles doit être calme, propre, éclairée, aérée, ventilée ou climatisée, équipée de meubles assurant le confort du prestataire et du client.

Dans le cadre de stratégie avancées ou mobiles, l'aménagement doit permettre d'avoir:

- 1 espace de conseil pré et post test,
- 2 salles de consultation,
- 1 espace pour les toilettes,
- 1 espace pour la réalisation technique des tests de dépistage.

Chaque espace doit disposer d'un équipement adapté comme dans le cas des structures fixes.

4.1.3. Equipements, plateaux techniques

Tout centre offrant des services de prévention et de prise en charge à des populations clés doit disposer (et/ou utiliser) de matériels, équipements ainsi que d'outils de gestion qui sont détaillés ci-dessous.

Au plan des équipements nécessaire, le détail figure dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Description des équipements nécessaires pour offrir des services VIH/IST aux populations clés

Salle d'accueil / d'attente	<p>1 Bureau 1 Fauteuil de bureau 3 Chaises visiteurs 10 Fauteuils ou chaises avec accoudoirs et dossiers pour les clients en attente 1 Tablette centrale 1 Armoires et/ou étagères, 1 Poste téléviseur ou vidéoprojecteur 1 magnétoscope ou ordinateur portable, 1 boîte image sur l'infection à VIH et les IST 1 pénis en bois pour démonstration du préservatif masculin, 1 mannequin féminin pour démonstration du préservatif féminin Dépliants, DVD, posters/affiches, manuels, revues, articles et publications sur l'infection à VIH et les IST</p>
Salle de conseil dépistage	<p>1 Bureau 1 Fauteuil de bureau 3 Chaises visiteurs 1 Armoires et/ou étagères, 1 boîte image sur l'infection à VIH et les IST 1 pénis en bois pour démonstration du préservatif masculin, 1 mannequin féminin pour démonstration du préservatif féminin Dépliants, DVD, posters/affiches, manuels, revues, articles et publications sur l'infection à VIH et les IST Kits de dépistage rapide sur sang total</p>
Salle de consultation	<p>1 Bureau ; 1 Fauteuil de bureau; 3 Chaises visiteurs ; 1 Armoires et/ou étagères ; 1 Lit d'examen ; 1 table d'examen gynécologique ; 1 boîte image sur l'infection à VIH et les IST Dépliants, posters/affiches, manuels, revues, articles et publications sur l'infection à VIH et les IST</p>
Salle de repos ou de soins journaliers	<p>1 Bureau ; 1 Fauteuil du bureau ; 3 Chaises visiteurs ; 1 Armoires et/ou étagères ; 5 Lits d'hospitalisation avec potences et tables de chevet Dépliants, posters/affiches sur l'infection à VIH et les IST 5 paravents</p>
Salle de pharmacie	<p>1 Bureau ; 1 Fauteuil du bureau ; 2 Chaises visiteurs ; 1 Armoires 3 Etagères ; 1 Réfrigérateur</p>
Bureau du responsable de la structure	<p>1 Bureau ; 1 Fauteuil de bureau ; 3 Chaises visiteurs ; 1 Armoires; 1 Canapé trois places 4 Fauteuils 1 boîte image sur l'infection à VIH et les IST 1 mannequin reflétant le pénis en bois 1 mannequin reflétant l'appareil génital féminin Dépliants, DVD, posters/affiches, manuels, revues, articles et publications sur l'infection à VIH et les IST</p>

En ce qui concerne les **outils de gestion**, ils doivent être adaptés à la situation et au type de la structure. Il s'agit des outils suivants :

- Registre de visite pour le réceptionniste ;
- Fiche de recueil des données du conseil pré et post test ;

- Registre de consultation pour l'agent de santé ;
- Registre du laboratoire ;
- Registre de dispensation des médicaments ;
- Carnet de santé
- Cahier de rapport mensuel des activités.
- Carnet de gestion des stocks.

En matière d'équipements de laboratoire, de disponibilité des médicaments et consommables, ils doivent être conformes aux normes du PNLS-IST en la matière, que les activités de conseil dépistage aient lieu ou non dans le même centre.

Toutefois les équipements pour réalisation de sérologies VIH en ELISA et Western Blot sont réservés aux CHU, éventuellement aux CHR, et bien sûr aux laboratoires de référence.

Les médicaments disponibles dans la pharmacie doivent permettre de prendre en charge les IST et les infections opportunistes. Les ARV ne sont disponibles que dans les structures agréées pour la prescription et le suivi des traitements ARV.

4.2. Ressources humaines

4.2.1. Personnel des structures de prévention et de prise en charge des populations clés

Toute structure de prévention et de PEC des populations clés doit disposer au minimum du personnel suivant :

- 1 responsable (coordonnateur, chef de service ou médecin-chef selon les cas)
- 4 (quatre) agents de santé
 - 1 médecin temporaire
 - 1 assistant médical temps plein
 - 2 infirmiers diplômés d'Etat en temps plein (les sages-femmes peuvent jouer le rôle des infirmiers au besoin)
- 2 Conseillers
- 1 réceptionniste
- 2 Agents de laboratoire
 - 1 technicien supérieur de laboratoire
 - 1 technicien de laboratoire
- 3 agents de mobilisation communautaire (Pair éducateur ou Agent de santé communautaire)
- 1 agent d'entretien et 1 agent de sécurité.

Le rôle de chacun des membres du personnel est défini dans le tableau la façon suivante :

Tableau 6 : Description des tâches et responsabilités des personnels des services offrant des prestations VIH/IST aux populations clés

POSTES	TACHES
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> - Veille au bon fonctionnement de la structure - Passe en revue et contrôle toutes les fiches des clients - Programme et tient des réunions hebdomadaires avec le personnel - Contrôle le livre de caisse (dans les structures où les prestations sont payantes) - Facilite et coordonne la supervision interne du personnel - Rédige les rapports techniques - Conduit le conseil pré et post test au besoin - Fait la promotion des relations avec les structures offrant des services complémentaires
Agent de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Assure les consultations des clients ; - Offre les soins aux clients ; - Anime des séances de sensibilisation dans les structures et en stratégie mobile - Fait les prélèvements - Assure le conseil pré et post test - Fait le suivi des clients - Fait les visites à domicile - Fait l'accompagnement psychosocial au besoin - Réfère les clients au besoin
Réceptionniste ou agent d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> - Assure un accueil convivial à tout client, - Oriente les clients vers les structures appropriées, - Détermine l'éligibilité du client, - Explique les procédures de la structure aux clients, - Veille à la confidentialité du service, - Enregistre tous les clients dans le registre de la structure, - Remet au client son numéro d'ordre d'arrivée, - Remplit la fiche d'identification du client, - Collecte les fiches des clients au niveau des conseillers et de la salle de consultation - Vérifie que la complétude des fiches remplies - Classe les fiches dans un échéancier (selon les rendez-vous ou par ordre alphabétique) - Note dans le registre le nombre total de clients reçus par jour, selon le motif de la visite
Conseiller	<ul style="list-style-type: none"> - Donne des informations claires, précises et actualisées sur l'infection à VIH, le sida et les IST, - Discute du caractère volontaire et confidentiel du service avec le client, - Obtient le consentement éclairé du client - Remplit la fiche avec le client, - Conduit le conseil pré test, - Fait la démonstration de l'utilisation correcte du port des préservatifs (masculins et féminins), - Propose des préservatifs et des lubrifiants aux clients qui en ont besoin - Fait les tests de dépistage sur le sang total, - Fait le counseling post test, - Remplit le bulletin et demande les tests complémentaires au besoin - Fait le prélèvement ou confie le client au Technicien de laboratoire pour le prélèvement de sang à la fin du conseil pré-test - Ne transmet le résultat de test qu'à la personne concernée - Participe régulièrement à la supervision individuelle et à la supervision par les pairs - Assure le suivi psychologique de ses clients
Agent de mobilisation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilise la communauté sur les comportements à haut risque, - Suscite la demande pour les services de prévention et de prise en charge des populations à haut risque - Anime les causeries dans les milieux des populations à haut risque (Prisons, lieu de rencontre des HSH et usager de drogue, maisons closes des PS) - Crée des liens avec les acteurs de la communauté, - fournit le soutien nécessaire aux clients, - Sensibilise la communauté à la dé-stigmatisation, - Réfère les clients vers les structures de prise en charge
Technicien de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> - Participe aux prélèvements selon les règles, - S'assure que les prélèvements sanguins des clients sont bien étiquetés et portent le numéro du client, - Enregistre les prélèvements dans les outils de gestion du laboratoire, - Conditionne les prélèvements et sérum

POSTES	TACHES
	<ul style="list-style-type: none"> - Réalise l'analyse des échantillons de sang conditionnés selon les procédures nationales ou les achemine au laboratoire de référence - Pour les structures de prévention et de PEC des populations clés qui utilisent les tests rapides, il est recommandé de ne pas dépasser 20 échantillons par jours.
Agent de sécurité	Assure la sécurité du centre (personnel et matériel)
Agent d'entretien	<ul style="list-style-type: none"> - Assure la propriété des locaux et du matériel - Fait la stérilisation ou la désinfection de haut niveau - Range le matériel dans les endroits appropriés

4.2.2. Personnels des centres adaptés

Les agents déjà en service dans le centre de santé assument les différentes fonctions et rôles énumérés dans le cas des services de prévention et de prise en charge des populations clés conformément à leur formation. Afin de répondre aux normes de qualités, le centre peut bénéficier d'un renforcement en ressources humaines.

4.2.3. Profils des prestataires et des conseillers

Les prestataires de services de prévention et de prise en charge des populations clés ne sont pas nécessairement des agents de santé.

Les personnes appartenant aux groupes de populations clés doivent être encouragés à postuler pour les postes de prestataires et de conseillers. Toutefois en pratique les gestes techniques, certaines tâches sont spécifiques au profil de prestataires médicaux.

4.2.4. Conditions pour l'offre de service en stratégie mobile

4.2.4.1. Qualification et nombre du personnel pour les stratégies mobiles

- 2 agents de santé
 - 1 assistant médical temps plein
 - 1 infirmier diplômé d'Etat ou sage-femme d'Etat
- 2 conseillers
- 1 technicien supérieur de laboratoire
- 2 agents de mobilisation communautaire (pair-éducateur ou ASC)
- 1 chauffeur

Il faut en tout une équipe de 8 membres pour pouvoir assurer des services en stratégie mobile (qui ne mobilisent pas tous les personnels simultanément).

4.2.4.2. Rôles du personnel dans les stratégies mobiles

Le rôle de chaque membre est identique à celui décrit dans le cadre de l'offre des services en stratégie fixe. Mais les conseillers ont comme tâche supplémentaire d'assurer l'entretien du matériel mobile (camion, bus ou voiture). Le chauffeur contribue à assurer la sécurité de l'équipe et du matériel lors des sorties de travail avec les unités mobiles.

Tableau 7 : Récapitulatif des attributions des différentes tâches techniques des structures de prise en charge des populations clés en fonction du profil des prestataires

PROFIL DES PRESTATAIRES	DIFFERENTES SERVICES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS A HAUT RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH ET LES IST									
	CCC	Dépistage de l'infection à VIH	Technique ELISA et Western Blot	Traitement IST	Traitement IO	Prise en charge ARV	PEC Psycho-sociale	Promotion de l'utilisation des préservatifs	Promotion de l'utilisation des lubrifiants	Promotion de l'utilisation de la contraception
Médecin	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Assistant médical	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Sage femme	X	X		X	X		X	X	X	X
Infirmier/ère d'état	X	X		X	X		X	X	X	X
Infirmier/ère auxiliaire	X	X		X	X		X	X	X	X
Accoucheuse auxiliaire	X	X		X	X		X	X	X	X
Technicien de laboratoire	X	X	X				X	X	X	X
Conseiller	X	X					X	X	X	X
Agent de santé communautaire	X						X	X	X	X

X = qualifié pour offrir le service après une formation adéquate

4.2.5. Qualités requises

Les personnes qu'il faut retenir pour être prestataire dans les structures de prévention et de prise en charge accueillant des populations clés doivent être :

- véritablement intéressées,
- disponibles,
- patientes,
- compréhensives,
- respectueuses des droits et des choix des clients
- sincères.

4.2.6. Compétences techniques requises

Quel que soit son profil, le prestataire de services de prévention et de PEC des populations clés doit suivre une formation appropriée par rapport à ses attributions, telles que spécifiées dans ce document.

Les formations auxquelles les prestataires doivent participer en fonction de leur qualification et de leurs attributions sont les suivantes :

- Formation à la prévention du VIH et des IST dans les populations clés (module commun ou modules spécifiques aux populations clés) ;
- Formation au conseil dépistage ;
- Formation au diagnostic et à la prise en charge des IST (module générique et/ou modules spécifiques aux populations clés) ;
- Formation à la prise en charge du VIH et des IST dans les populations clés (module commun ou modules spécifiques aux populations clés) ;
- Formation à la prise en charge psychosociale des PVVIH.
- Formation sur le cadre juridique.

L'ensemble des formations ciblées doit être agréé par le PNLS/IST (éventuellement élaborées par ou avec le PNLS/IST). Les formations dispensées localement doivent être animées par des formateurs reconnus et agréés par le PNLS/IST.

Des plans de formation doivent être mis en place (par les responsables ou coordonnateurs des centres, en collaboration avec le PNLS/IST) pour assurer une formation continue de l'ensemble des prestataires (pas seulement les professionnels de santé) de manière à accroître et actualiser leurs compétences.

4.2.7. Conditions spécifiques de la pair-éducation

- **Choix éclairé des PE** : Les conditions pour choisir un pair éducateur sont les suivantes :
 - savoir lire et écrire en français (niveau de la classe de 3^{ème} si possible) ;
 - être issu de la population clé pour laquelle on va travailler ;
 - être disponible et stable dans la localité pour un délai suffisant (au moins 2 ans) ;
 - avoir de bonnes capacités d'écoute et de communication ;

- être choisi (ou désigné, ou recommandé) par ses pairs ;
 - être doté d'un bon charisme personnel (si possible) ;
 - réussir au test de recrutement.
- **Formation adéquate**
 - formation de base en pair éducation (5 jours ouvrables au minimum) ;
 - formations complémentaires (à choisir selon les domaines d'activité et intérêts) et recyclages réguliers (3 jours ouvrables par an) ;
 - **Rémunération correcte**
 - Les standards de rémunération doivent se référer à la politique et la stratégie nationale de santé communautaire du Togo ;
 - La rémunération doit également être fonction des résultats quantitatifs et qualitatifs produits par la personne.
 - **Supervision régulière**
 - Supervision formative au moins une fois par trimestre par un superviseur agréé ;
 - Les superviseurs doivent avoir suivi les formations de base et complémentaires en pair-éducation, avoir acquis une réelle expérience de travail en PE (d'au moins 1 an sur le terrain) et avoir suivi une formation en technique de supervision formative des pairs-éducateurs d'une durée d'au moins 5 jours.

Un grand effort de formation est nécessaire dans le sens du renforcement des capacités des acteurs de la prévention et du soin qui travaillent auprès des populations clés. Des modules de formations spécifiques à chaque population clé sont aujourd'hui nécessaires pour tirer vers le haut le niveau des pairs-éducateurs travaillant auprès des populations clés.

4.2.8. Conditions de prestation des services

La mise en place de **centres adaptés** dans les formations sanitaires publiques doit être privilégiée afin de permettre d'avoir suffisamment de points de prestations.

4.3. Suivi-évaluation et Gestion

4.3.1. Suivi et évaluation

Le Système d'Information pour la gestion de la réponse nationale de la lutte contre les IST et le VIH chez les populations à haut risque doit être inclus dans le rang des priorités au Togo. Le SIG doit fournir toutes les informations pour la prise de décision et la planification, y compris la révision des objectifs, la réorientation des stratégies/activités et la réallocation des ressources. Le système sera informatisé avec une base de données utilisant le logiciel approprié pour la gestion des données et des informations.

Le Plan National de Suivi & Evaluation 2012-2015 du PSN définit les indicateurs pertinents pour le suivi et l'évaluation des populations à haut risque prévues dans cette politique, il doit être appliqué afin d'intégrer les données au mécanisme national existant.

La surveillance sentinelle prendra en compte cette question de population clés.

L'évaluation à mi-parcours des interventions prévues pour la période 2013-2015 se fera au troisième trimestre de 2014.

L'évaluation finale se fera au quatrième trimestre de 2015 et servira à préparer le Plan d'intervention 2016-2020.

L'unité de suivi-évaluation mise en place au niveau du PNLS-IST alimentera celle du SP/CNLS-IST pour assurer la traçabilité et la qualité des données de la mise en œuvre des interventions. Les autres secteurs intervenant auprès des populations à haut risque alimenteront aussi l'unité du CNLS-IST.

La communication institutionnelle comprend la communication interne au sein du SP/CNLS-IST et la communication externe vers les partenaires et le grand public. La communication sur les questions des IST et VIH chez les populations à haut risque sera renforcée et améliorée. A cette fin, l'unité de communication du SP/CNLS-IST sera renforcée en ressources humaines et financières pour produire régulièrement les informations sur la situation de l'infection dans le pays. Le SP/CNLS-IST rend compte à la présidence de la république à travers les rapports semestriels.

4.3.2. Indicateurs de performances des interventions et stratégies

Dans le cadre du suivi/évaluation des interventions dans les populations clés, les indicateurs qu'il faudra documenter sont les suivants :

4.3.2.1. Indicateurs de processus relatifs aux interventions

- ☞ Pourcentage de personnes, parmi les populations clés (PS, HSH, UD, détenus), ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat ;
- ☞ Pourcentage de personnes, parmi les populations clés (PS, HSH, UD, détenus), que les programmes de prévention parviennent à atteindre.

4.3.1.2. Indicateurs d'effets produits par les interventions

- ☞ Pourcentage de personnes, parmi les populations les plus à risque (PS, HSH, UD, détenus), possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus ;
- ☞ Pourcentage de professionnel (le) s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client ;
- ☞ Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annuel avec un partenaire masculin ;
- ☞ Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ;
- ☞ Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue.

4.3.1.3. Indicateurs d'impact

- ☞ Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les clés (PS, HSH, UD, Détenus).

Le regroupement des différents indicateurs selon chaque catégorie de populations clés est résumé dans le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8 : Indicateurs de suivi-évaluation des interventions dans les populations clés

Populations clés	Indicateurs
PS	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH
	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vit avec le VIH
HSH	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH Pourcentage de HSH ayant répondu « oui » à "Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?"
	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme
	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
	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vit avec le VIH
Usagers de drogues (PID)	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues
	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport
	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport
	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH
Détenus	Pourcentage de détenus atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH
	Pourcentage de détenus qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel
	Pourcentage de détenus qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
	Pourcentage de détenus qui vivent avec le VIH

4.3.3. Gestion d'une structure adaptée aux populations clés

4.3.3.1. Rôle du responsable

Le coordonnateur de la structure de prévention et de prise en charge des personnes clés doit s'assurer que chaque prestataire comprend son rôle par rapport aux présentes normes. Il est responsable du bon fonctionnement de la structure de prévention et de prise en charge.

4.3.3.2. Tenue de réunions

Le coordonnateur de la structure de prévention et de prise en charge des populations clés doit planifier les réunions hebdomadaires pour discuter des problèmes relatifs aux services, à la gestion du centre, à la référence auprès des structures communautaires, et de soins etc. Celles-ci peuvent également être mises à contribution pour assurer une formation interne au profit du personnel.

4.3.3.3. Supervision de soutien

Tous les prestataires des différentes structures doivent recevoir au minimum une session de supervision de soutien par trimestre. Ces sessions peuvent être individuelles ou se faire en groupe avec d'autres prestataires. Lorsque les sessions de supervision de groupe se tiennent, le superviseur doit assurer une supervision individuelle de soutien à tout prestataire qui en a besoin ou en fait la demande.

4.3.3.4. Charge horaire

Les prestataires sont soumis aux heures de travail reconnues par le Ministère de la Fonction Publique du Togo, sauf si le personnel fait une adaptation particulière en fonction des besoins des clients et prestataires. Si tel est le cas, ces horaires doivent être affichés.

La spécificité du groupe peut exiger une offre de services à des moments où les bénéficiaires sont plus disponibles ou plus accessibles. Il est admis que les services peuvent être offerts la nuit. Le programme doit alors être établi en conséquence et obtenir un aval des autorités compétentes.

4.4. Environnement favorisant

La prévention et la prise en charge des populations clés à fort risque d'infection par le VIH donneront des résultats escomptés à condition que l'environnement soit favorable à la prestation des services. De nouvelles dispositions sécuritaires et juridiques seront nécessaires à cet effet. Une lutte efficace passera par :

- la possibilité de chaque individu de jouir librement et de façon responsable de leurs droits humains, de leurs orientations et de leur choix en matière de genre ;
- la réglementation des activités des populations clés à fort risque ;
- le renforcement des capacités des intervenants ;
- le financement conséquent des interventions de prévention et de prise en charge
- le passage à échelle des interventions à haut impact ;

4.4.1. Plaidoyer et cadre juridique

Rendre l'environnement favorable à la prévention et la prise en charge des populations clés passe par un plaidoyer en direction des décideurs et leaders d'opinions influents dans la société togolaise, parmi lesquels :

- les responsables des institutions de la république (Présidence, siège du gouvernement et parlement),
- les responsables administratifs des ministères impliqués comme ceux en charge de la justice, de la sécurité, du droit de l'homme, de la santé, etc.
- les élus locaux ;
- les divers responsables politiques ou leaders de la société civile (y compris parmi les intellectuels, artistes et média ;
- les responsables coutumiers et religieux.

Il sera aussi nécessaire d'adopter et mettre en œuvre des textes législatifs et réglementaires sur le contexte de prévention et de prise en charge dans les populations clés. Il s'agit d'une part d'œuvrer au soutien de la présente politique nationale de lutte contre le VIH et les IST dans les populations clés, mais aussi d'autre part de veiller à l'élaboration de directives techniques sur l'application de cette politique (par exemple : manuel de formation des pairs éducateurs travaillant dans les populations clés).

4.4.2. Financement

Les interventions de lutte contre l'infection par le VIH et les IST dans les populations clés ont un très faible niveau de financement. La présente politique, qui propose les objectifs ambitieux indispensables pour freiner efficacement la propagation de l'épidémie de VIH au Togo, nécessite un fort accroissement des ressources dédiées et leur diversification (mobilisation de financements domestiques en plus des financements actuellement essentiellement d'origine extérieure).

Il est donc nécessaire d'organiser des activités de plaidoyer pour la mobilisation de ressources et d'augmentation du financement national pour la lutte. Ce plaidoyer doit cibler les membres du gouvernement, afin d'accroître leur engagement en faveur de la protection des populations clés et de l'augmentation des ressources domestiques allouées à cette grande cause. Par ailleurs, le plaidoyer devra être fait auprès des parlementaires en vue de l'augmentation du budget alloué à la lutte contre l'infection à VIH en général, et en particulier pour les populations clés.

Lesdits plaidoyers gagneraient à être fortement appuyés par les OSC, selon les principales étapes suivantes :

- constitution d'une équipe de personnes ressources capable de conduire le plaidoyer envers les membres du gouvernement ;
- organisation de sessions de plaidoyer ciblant les membres du gouvernement, suivies de déclarations d'engagements ;
- organisation de sessions de plaidoyer ciblant les parlementaires en vue de l'augmentation du financement domestique alloué à la lutte contre l'infection à VIH, incluant l'adoption d'un plan d'action ;
- actualisation du cadre juridique ;
- suivi de la mise en œuvre des engagements pris lors des sessions de plaidoyer ; appui à la mise en œuvre du plan d'action.

4.5. Coordination

4.5.1. Coordination nationale

4.5.1.2. Coordination multisectorielle

La **coordination multisectorielle** de la mise en œuvre des interventions en direction des populations à haut risque d'infection sera de la responsabilité du SP/CNLS-IST, comptable des résultats attendus. Le Secrétariat Permanent recevra chaque trimestre les informations stratégiques en la matière en provenance de tous les secteurs impliqués principalement la santé, la justice, la sécurité, le tourisme, le transport, de la société civile, des confessions religieuses, etc.

Le SP/CNLS-IST organisera **une fois par an** une réunion multisectorielle sur la thématique de la lutte contre l'infection à VIH chez les populations à haut risque. Au cours de la réunion un point sera fait sur les interventions de l'année écoulées, les projections d'intervention pour la nouvelle année et les arbitrages seront faites pour permettre d'optimiser les résultats.

Cette réunion permettra d'analyser les investissements dans le domaine, les différences seront aussi discutées ainsi que des stratégies de financement au besoin.

La réunion multisectorielle rassemblera les autorités nationales du SP/CNLS, PNLS (Ministère de la santé), Ministère de la sécurité, de la justice, du transport, du tourisme, l'éducation supérieur, etc. Mais aussi les PTF qui financent les interventions en matière de population à haut risque, les OSC agissant en faveur de cette cible, les organisations des bénéficiaires. Les organisations du système des nations unis seront aussi associées (OMS, UNFPA, PNUD, ONUSIDA).

Pour marquer l'importance du thème le SP/CNLS-IST nommera un point focal en la matière. Cette personne sera responsable du suivi des projets au quotidien et rendra régulièrement compte au coordinateur afin que des décisions nécessaires soient prises à temps.

4.5.1.2. Coordination technique

La **coordination technique** de la mise en œuvre au niveau national sera du ressort du PNLS-IST à travers le comité technique thématique IST et interventions ciblées. Ce comité technique regroupera le PNLS-IST, des représentants des PTF, des représentants des OSC intervenant auprès des populations clés, des représentants de chaque population bénéficiaire (associations de MSM, PS et UD), un représentant des enseignants de l'université sur la thématique et un prestataire de soins IST et VIH. En fonction de l'ordre du jour, les représentants des ministères de la sécurité et/ou de la justice peuvent être invités.

Le comité technique se réunira **une fois par trimestre** pour analyser les résultats des interventions au cours des trois derniers mois. La réunion du comité technique abordera également la question des intrants pour s'assurer de la disponibilité au niveau national et aux différents points de prestation des services. Une analyse des résultats sera également faite pour s'assurer des tendances par rapport aux objectifs de l'année. Ce

comité aura la responsabilité d'adapter les directives internationales en matière de prévention et prise en charge au contexte national. Ces décisions par rapport aux directives seront portées à la connaissance des différents acteurs par une note de service du PNLIS-IST.

Chaque réunion sera sanctionnée par un rapport qui fera l'état des lieux, lequel rapport sera adressé au CNLS-IST et à l'ensemble des parties prenantes.

4.5.2. Coordination régionale

La coordination au niveau des régions sanitaires sera assurée par les Directions Régionales de la Santé. Le point focal régional VIH assurera le secrétariat régional des interventions en direction des populations à haut risque. Les réunions sur la thématique seront organisées une fois par trimestre. Ces réunions peuvent être combinées avec les réunions trimestrielles de revue des programmes de santé au niveau régional. Elles permettront de faire un rapport de la situation régionale des interventions qui sera adressée au niveau central (PNLS-IST).

4.5.3. Coordination au niveau district

La coordination au niveau des districts sanitaires sera assurée par les Directions de District Sanitaire. Le point focal régional VIH assurera le secrétariat de district des interventions en direction des populations à haut risque. Les réunions sur la thématique seront organisées une fois par mois. Ces réunions peuvent être combinées avec les réunions mensuelles de revue des programmes de santé au niveau district. Elles permettront de faire un rapport de la situation au niveau district des interventions qui sera adressée au niveau régional.

La mise en œuvre de la réponse en direction des populations clés sera du ressort des structures publiques et de la société civile. Elles feront fonction d'agences de mise en œuvre Cette mise en œuvre passera par des projets/programmes d'action inspirée de la présente politique et interventions ciblées. Les rapports seront envoyés vers les directions de districts sanitaires.

5. INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Les **actions prioritaires** dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du VIH et des IST des populations clés au Togo au cours des années à venir seront les suivantes:

- **Promotion du principe du droit à la santé pour tous** en rendant accessible les services de prévention et de PEC aux populations clés, même les plus vulnérables et/ou marginalisées ;
- **Revitalisation et réhabilitation de la pair-éducation** autour de standards de qualité plus exigeantes dans la sélection, la formation, la rémunération, la reconnaissance la supervision et le suivi des pairs éducateurs ;
- **Renforcement de l'accessibilité et de la disponibilité constante et gratuite aux services et produits de prévention adaptés** et régulièrement actualisés, incluant les préservatifs et gels lubrifiants, mais aussi les programmes d'échanges de seringues et de substitution des opiacés, de diagnostic et de traitement des IST, et promouvoir l'utilisation des TIC dans la prévention ;
- **Promotion du dépistage** ciblant les populations clés, y compris le dépistage sur initiative du prestataire (concept de ***l'obligation faite aux prestataires de proposer un dépistage du VIH aux personnes cibles***) ;
- **Renforcement de l'articulation entre l'offre de dépistage et l'offre de soins** : organisation du système de référence et contre référence avec accompagnement des personnes issues des populations clés dépistées séropositives vers les services de prise en charge ;
- **Renforcement du système de soins et de traitement du VIH et des IST dans les populations clés** avec un système de collecte d'information permettant d'avoir des informations stratégiques en temps réel pour une prise de décision;
- **Promotion de l'approche «Test & Treat¹⁷»** pour les personnes issues des populations clés ;
- **Promotion de l'offre des services de PEC spécifiques diversifiés et adaptés** aux populations clés pour améliorer leur accès à ces services et réduire leur auto-exclusion.
- **Promotion d'un environnement favorable à la prévention et la prise en charge des populations clés à fort risque** par la promotion des droits humains et particulièrement des minorités sexuelles, par l'assouplissement du cadre légal, par la sensibilisation, la formation et la mobilisation des forces de l'ordre, de la justice et des gardes pénitenciers;
- **Association systématique des bénéficiaires à la définition et la mise en œuvre des programmes pour prendre en compte leurs besoins.**

¹⁷ Approche qui consiste à traiter systématiquement les personnes dès la découverte de leur statut sérologique positif pour le VIH, quel que soit leur taux de CD4.

- **Renforcement des capacités des acteurs dans les domaines de la prévention et de la prise en charge en matière d'infection par le VIH et les IST dans les populations clés ;**
- **développement d'un standard de formation sur la pair-éducation dans les populations clés** autour d'exigences de qualité plus élevées ;
- **développement d'un guide pratique sur les droits des PVVIH et des populations clés à l'intention des acteurs de la prévention et de la prise en charge** globale (professionnels de santé, psycho-sociaux, acteurs judiciaires et communautaires) et des bénéficiaires, adapté à la région de l'AOC
- **promotion des sites de PEC « amis des populations clés »** (qui peuvent être autonome ou intégrés à une structure publique de soins) pour l'offre des services aux populations clés.

Le détail des interventions prioritaires et les acteurs de mise en œuvre correspondant figurent dans le tableau 9 ci-dessous.

Tableau 9 : Interventions prioritaires et acteurs de mise en œuvre dans la lutte contre le VIH et les IST parmi les populations clés

Priorités	Interventions	Acteurs de mise en œuvre
Promotion du principe du droit à la santé pour tous	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer pour l'adoption des textes garantissant le droit commun ; - Adoption et diffusion des textes ; - Suivi de la mise en œuvre des textes 	<ul style="list-style-type: none"> - SP/CNLS-IST - PNLS- IST - PTF - OSC
Revitalisation et réhabilitation de la pair-éducation	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux de la situation de la pair-éducation au Togo en matière de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST - Développer un programme national de formation des pair-éducateurs en matière de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST - Assurer la supervision des formations des pairs éducateurs - Assurer la supervision formative des pair-éducateurs sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> - SP/CNLS-IST - PNLS- IST - PTF - OSC
Renforcement de l'accessibilité constante et gratuite aux services et produits de prévention adaptés	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer pour l'accès gratuit aux services de santé par les populations clés à fort risque d'infection, - veiller à la prise en compte des besoins en préservatifs, gels et autres lubrifiants des populations clés dans le plan national approvisionnement ad hoc, - Mobiliser les ressources pour l'acquisition et la distribution des moyens de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> - SP/CNLS-IST - PNLS- IST - PTF - OSC
Promotion du dépistage	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des populations clés sur les avantages des tests de dépistages précoces (VIH, IST, Hépatites, etc..), - Offrir les tests de dépistages gratuits en stratégie fixe et mobile. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNLS- IST - PTF - OSC
Renforcement de l'articulation entre l'offre de dépistage et offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Développer un modèle uniformisé au plan national de structure de prise en charge des populations clés à fort risque d'infection en stratégie fixe et mobile - Adopter un système de référence et de contre référence entre les acteurs - Mettre en place un système national de suivi de la prise en charge globale régulier des populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> - SP/CNLS-IST - PNLS- IST - PTF - OSC
Renforcement du	<ul style="list-style-type: none"> - Actualiser les modules de formation en prise en charge des 	<ul style="list-style-type: none"> - PNLS- IST

<p>système de soins et de traitement du VIH et des IST dans les populations clés</p>	<p>IST y compris les cas d'IST de localisation atypique,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités des acteurs sur la prise en charge des cas de VIH et IST, - Veiller à la prise en compte des besoins en médicaments contre les IST, les IO et ARV des populations clés dans le plan national approvisionnement ad hoc, - Offrir des soins et traitement du VIH - Offrir des soins et traitement des IST en stratégie mobile, - Promouvoir une vaccination systématique des personnes issues des populations clés contre le VHB, - Réhabiliter les structures de soins des prisons du Togo et leur plateau technique et y inclure la prévention, les soins et le traitement des cas de VIH et d'IST des détenus. 	<ul style="list-style-type: none"> - PTF - OSC
Priorités	Interventions	Acteurs de mise en œuvre
<p>Promotion de l'approche «test & treat» pour la prise en charge des populations clés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement ARV de toutes les PvVIH issues des populations clés, quelque soit le stade évolutif de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> - SP/CNLS-IST - PNLS- IST - PTF - OSC
<p>Promotion de l'offre des services de PEC spécifiques diversifiés et adaptés aux populations clés à fort risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les capacités des prestataires pour la prise en charge des IST atypiques et autre, - Mettre à disposition des structures de soins les équipements et produits nécessaires pour la prise en charge du sida et des IST chez les populations clés, - Promouvoir l'identification et le développement de sites de PEC « amis des populations clés » 	<ul style="list-style-type: none"> - SP/CNLS-IST - PNLS- IST - PTF - OSC
<p>Promotion d'un environnement favorable à la prévention et la prise en charge des populations clés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des institutions de la république pour obtenir leur engagement en faveur de la prévention et du traitement des populations clés à fort risque - Plaidoyer pour l'adoption d'un cadre juridique favorable à la prévention et la prise en charge des populations clés à fort risque d'infection 	<ul style="list-style-type: none"> - SP/CNLS-IST - PNLS- IST - PTF - OSC
<p>Association systématique des bénéficiaires à la définition et la mise en œuvre des programmes pour prendre en compte leurs besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encourager la mise en place d'organisations communautaires de bénéficiaires (HSH, PS,UD) - Mettre en place un système national de coordination impliquant les organisations communautaires de bénéficiaires - Prendre en compte leurs besoins spécifiques dans le développement des interventions ciblant les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> - SP/CNLS-IST - PNLS- IST - PTF - OSC
<p>Elaboration d'un programme de formation des acteurs sur l'accès aux soins des populations clés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins de formation des acteurs sur l'accès aux soins des populations clés - Elaborer un programme de formation standard des acteurs - Développer un guide pratique sur les droits des PVVIH et des populations clés à l'intention des acteurs de la prévention et de la prise en charge, - Renforcer les capacités des acteurs en fonction du programme développé - Assurer le suivi des activités de formation et des activités des acteurs sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> - PNLS- IST - PTF - OSC
<p>Renforcement de la coordination multisectorielle et technique des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (National, Régional et District)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter les textes régissant les comités de coordination en incluant les OSC ou leaders des bénéficiaires - Mobiliser les ressources pour assurer l'organisation régulière des réunions des comités de coordination - Diffuser régulièrement les informations relatives aux interventions auprès des populations clés - Mettre en place une rencontre annuelle de concertation des acteurs pour faire la revue des interventions 	<ul style="list-style-type: none"> - CNLT-IST - PNLS-IST - Plate Forme des OSC - PTF



ANNEXES

ANNEXE 1 : DOCUMENTATIONS & SOURCES

Tableau 10 : Analyse des documents nationaux sur la lutte contre l'infection à VIH chez les populations à haut risque

Titre du document	Année	Auteur	Résumé du contenu relatif à la mission				
Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA et les IST 2012-2015	2012	CNLS-IST	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analyse de la situation du VIH et du sida y compris au sein des PS, HSH, CDI et Détenus ✓ Analyse de la réponse nationale au VIH, au sida et aux IST y compris auprès des PS, HSH, CDI et Détenus ✓ Principales stratégies d'intervention ✓ Orientations stratégiques en direction des populations hautement à risque 				
Politique Nationale de Santé	2012	Ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Objectifs et indicateurs de réduction des nouvelles infections au VIH dans la population en général et dans les groupes à risque (professionnelles du sexe, HSH, CDI, détenus) 				
Manuel de suivi évaluation	2012	CNLS-IST	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Précisions sur le type, le niveau, l'objectif, le responsable de la collecte, la méthode de mesure/collecte, l'utilisation et interprétation et les utilisateurs potentiels des indicateurs en rapport avec les PS, les HSH, la population en milieu carcéral et les usagers de drogues des axes stratégiques d'interventions 				
Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015	2012	Ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Données épidémiologiques du VIH y compris au sein des populations les plus exposées ✓ Programme national de lutte contre le VIH/sida y compris au sein des populations les plus exposés 				
Répertoire national des études sur le VIH/sida au Togo : 2001-2011 « Connaitre son épidémie »	2012	CNLS-IST	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tableaux synoptiques des études chez les PS ✓ Tableaux synoptiques des études chez les HSH ✓ Tableaux synoptiques des études en milieu carcéral ✓ Tendance évolutive de la prévalence du VIH dans les groupes spécifiques 				
Documents de Recherche			Principaux indicateurs (%)				
			Prévalence VIH	Prévalence IST	Niveau connaissance Voies de transmission	Niveau de connaissance des Moyens de prévention	Utilisation préservatif dernier rapport avant enquête
Recherches PS							
Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les professionnels de sexe et leurs clients au Togo en 2011	2011	PNLS	13%	ND	97%	ND	88,4%
Mapping des principaux sites de prostitution des six régions sanitaires du Togo : draft 2.	2009	CNLS	ND	ND	ND	ND	ND
Evaluation de l'utilisation systématique du condom chez les professionnelles du sexe à Lomé, Kpalimé et Sokodé, Deuxième Passage	2008	PSI	ND	ND	ND	ND	90%
Etude sur les connaissances attitudes et pratiques en matière des IST/VIH/SIDA auprès des jeunes filles professionnelles(les) de sexe dans les villes de Lomé, Kpalimé et Sokodé au Togo	2008	PSI-TOGO	ND	ND	54%	ND	Clients payants 98% Partenaires réguliers 49%
VIH au sein des groupes à risque au Togo	2005	PNLS et Projet Sida 3	45,4%	ND	ND	ND	ND
Etude sur les connaissances attitudes et pratiques en matière des IST/VIH/SIDA chez les professionnels(les) de sexe sur l'axe routier Lomé-Cinkassé, 2004	2004	PSI-TOGO	ND	ND	79%	ND	97%

Titre du document	Année	Auteur	Résumé du contenu relatif à la mission				
Mapping des environnements prostitutionnels dans la région Lomé commune	2004	PNLS et Projet SIDA 3	ND	ND	ND	ND	ND
Mapping des environnements prostitutionnels dans la région des Plateaux au Togo	2004	Projet SIDA 3	ND	ND	ND	ND	ND
Mapping des environnements prostitutionnels dans la région centrale au Togo	2003	Projet SIDA 3	ND	ND	ND	ND	ND
Mapping des environnements prostitutionnels dans la région de la Kara au Togo	2003	Projet SIDA 3	ND	ND	ND	ND	ND
Mapping des environnements prostitutionnels dans la région des savanes au Togo et la province de Bolgou au Burkina-Faso 2003	2003	Projet SIDA 3,	ND	ND	ND	ND	ND
Rapport de la première enquête de surveillance de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des professionnels(les) de sexe et de leurs partenaires masculins à Lomé	2003	PNLS et Projet SIDA 3	53,9%	11,7%	ND	ND	ND
Étude sur l'ampleur du phénomène de la prostitution et ses zones de concentration dans les régions de Lomé-commune et maritime du Togo	2002	Projet SIDA 3,	ND	ND	ND	ND	ND
Perceptions du risque de transmission du SIDA et acceptabilité du condom féminin chez les professionnels(les) de sexes affichés sur l'axe routier Sud – Nord, Lomé / Cinkassé	2001	PSI-TOGO	ND	ND	ND	ND	ND
Acceptabilité du condom féminin par les professionnels(les) de sexe et les routiers au Togo	2001	PNLS et Université Tulane	ND	ND	ND	ND	ND
Recherches HSH							
Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les HSH Togo en 2011	2011	PNLS	19,6%	ND	ND	ND	ND
La prise en charge des HSH dans les associations classiques de lutte contre le VIH/Sida : expérience de l'ONG	2010	CNLS/ EVT_Lomé	34,32%	ND	ND	ND	ND

Titre du document	Année	Auteur	Résumé du contenu relatif à la mission				
Esprit Vie – Togo							
Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière des IST/VIH/SIDA chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes au Togo	2010	PSI	ND	6%	ND	ND	ND
Etude sur les déterminants de l'utilisation des préservatifs chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Togo	2009	PSI	ND	ND	ND	ND	ND
Prévalence du VIH, comportements sexuels et profils des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Togo	2009	PSI	ND	25%	ND	ND	Partenaires occasionnels 38% Partenaires réguliers 44%
Santé sexuelle des Gays et VIH/SIDA au Togo	2006	URD/PSI-TOGO	ND	ND	90%	ND	21%
Recherches Usagers de drogues							
Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues au Togo en 2011	2011	PNLS	5,5%	ND	ND	ND	ND
Étude exploratoire sur les consommateurs de drogues injectables au Togo	2008	PSI-TOGO	ND	ND	ND	ND	20,1%
Recherche Milieu Carcéral							
Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les détenus au Togo en 2011	2011	PNLS	4,3%	ND	ND	ND	ND
Dépistage du VIH/SIDA en milieu carcéral. Cas de la prison civile de Lomé, Togo	2011	PNLS.	9,3%	ND	ND	ND	ND
Rapport d'étude de la séroprévalence de l'infection par le VIH en milieu carcéral à Lomé	2008	PNLS/IST	7,6%	ND	ND	ND	ND

Tableau 11 : Analyse des documents sous régionaux sur la lutte contre l'infection à VIH chez les populations à haut risque

Titre et année des documents consultés	Actions prévues en direction des MARPs		Prévalence et actions MARP Avant l'élaboration du document	Interventions prévues dans le document en direction des MARP
	Prévention	PEC		
<p>GUIDE DE REFERENCE DES INDICATEURS DE SUIVI&D'EVALUATION 2011 APPEL D'ABUJA EN FAVEUR DE L'ACCELERATION DES INTERVENTIONS POUR L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME & PLAN D'ACTION DE MAPUTO POUR LA MISE EN OEUVRE DU CADRE D'ORIENTATION CONTINENTAL POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DES DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE REPRODUCTION</p>				<p>Cible 9 : 100% des populations qui sont les plus exposées au risque (MARP), y compris les réfugiés et les autres personnes déplacées ont accès à la prévention, au traitement contre le VIH, aux soins et à l'appui lorsque ceux-ci sont disponibles pour les populations hôtes avoisinantes. Mode de calcul des principaux indicateurs</p>
<p>PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE SIDA 2008-2012- Maroc</p>	<p>Action de prévention pour la population générale</p>	<p>PEC intégrée à toutes les personnes affectées sans distinction</p>	<p>- Les professionnelles du sexe (2,5%). - Les détenus de sexe masculin (0,6%).</p>	<p>- Renforcement des activités de prévention de qualité répondant aux besoins des populations clés les plus exposées aux risques d'infection - Accroissement et diversification des opportunités de conseil et de dépistage du VIH, dans le respect des droits de la personne - Prise en charge médicale et psychosociale de qualité pour les personnes vivant avec le VIH</p>
<p>PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL 2008 – 2012 Haïti Année d'élaboration 2007 Source : Site internet</p>	<p>Action de prévention ciblant la population générale y compris les jeunes et adolescents</p>	<p>PEC intégrée à toutes les catégories de PVVIH. Pas de chapitre spécifique pour les MARPs Pages : 47</p>	<p>- Prévalence dans le pays : 2,2 - Prévalence chez les MARP - PS : 7% - HSH : ND - Détenus : ND - U. drogue : ND Pages : 25</p>	<p>- Renforcement et extension des programmes de CCC/MC destinés à la population et à des groupes cibles - Renforcement et extension des services de santé sexuelle en y incluant la circoncision - Renforcement, extension et intégration des services de Prise en Charge médicale (y compris les ARV), - Support psychosocial aux Personnes affectées et infectées, - Intégration de services TB/VIH</p>
<p>PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA du BURUNDI 2012-2016</p>	<p>- Sensibilisation, - Promotion de l'utilisation des préservatifs, - Promotion du dépistage, - Prise en charge des IST</p>	<p>- Prise en des IO, - Traitement par ARV, - Prise en charge psychosociale</p>	<p>- Prévalence du VIH (15 – 49 Ans) 3,58% - séroprévalence du VIH de 19,8% en 2011 chez les TS - séroprévalence du VIH de 2,4% en 2011 chez les HSH - séroprévalence du VIH de 3% en 2011 chez les détenus,</p>	<p>- Renforcement de la stratégie du marketing social des préservatifs - Coordination des achats et distribution des préservatifs gratuits et du marketing social en référence à la politique nationale du préservatif, - Financement des AGR pour les TS les plus démunies - Réinsertion socio professionnelle des TS démunies</p>
<p>PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST DU CAMEROUN 2011-2015</p>	<p>- Sensibilisation, - Promotion de l'utilisation des préservatifs, - Promotion du dépistage, - Prise en charge des IST</p>	<p>- Prise en des IO, - Traitement par ARV - Prise en charge psychosociale</p>	<p>- Prévalence du VIH (15 – 49 Ans) 5,1% en 2009 - séroprévalence du VIH de 36,7 % en 2009 chez les TS - séroprévalence du VIH de 8% en 2001 chez les détenus</p>	<p>- Renforcement de la prise en compte des spécificités des TS face à la problématique du VIH - Renforcement de la prévention et la prise en charge des IST et du VIH chez les TS - Renforcement des capacités des structures communautaires et médicales offrant des services en direction des HSH - Renforcement de la promotion et de l'utilisation des préservatifs chez les HSH - Renforcement des capacités des travailleurs des prisons et autres maisons de privation de liberté, - Renforcement de la prévention et du dépistage de la tuberculose, des IST et du VIH en milieu carcéral :</p>

ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION

Lomé, les 3 et 4 juillet 2013 à JESS Hôtel

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION/STRUCTURES	TEL	E-MAIL
1	D'ALMEIDA Stéphane	Chargé de suivi-évaluation au PNLS	90 81 81 74	senyedji@hotmail.com
2	ABALO Aklaï	Chargée des IST-IC au PNLS	90 04 88 63	abalokla@yahoo.fr
3	KELMA B. HIDANE	Chargé Conseil/Dépistage au PNLS	90 09 84 94	Kelhib2000@yahoo.fr
4	AMOUSSOU K. Damien	CNA SP/CNLS-IST	22 61 62 77	damouss@yahoo.fr
5	HOUNYO Afi Epse KLIKO	Chargé d'étude MDHCDFC/DPDH	91 63 97 45	nyonougan@yahoo.fr
6	SOME K. Jean. François	Spécialité VIH/PNUD	98 45 99 99	jean.francois.some@undp.org
7	AKPADZA YAVI A. Louise	Sage femme	90 16 87 00	louiseakpadzasp16@yahoo.fr
8	LAWSON-BODY Dosseh	Tech. Sup de génie sanitaire CE SNIIEC	90 27 14 13	Dosseh1954@yahoo.fr
9	KOTEDJA Songuen-pale	M.E AED-KARA	90 00 27 97	palerbo2002@yahoo.fr
10	BOUWEM Kéméalo	M.E ADESCO Sokodé	90 10 50 89	magnoliafr2001@yahoo.fr
11	ANANI-TOULASSI A. Essénam	Point focal MSPC	90 06 50 44	ananisandrin@yahoo.fr
12	AGBONON Kodjo Sivah	Chargé d'étude, Rapporteur Noyau SIDA/MASSN	90 19 78 52	aksve@yahoo.fr
13	AMAYI Kossi	Président CNAD	90 02 65 75	messmeramayi@yahoo.fr
14	AGBOVI Djatougbe	Assistante Suivi-Evaluation ARC EN CIEL	92 41 56 01	marinasros@yahoo.fr
15	EDIKOU Boati Prosper	Assistant du chargé de Programme CRT	90 96 20 85	edikprosper@yahoo.fr
16	ANATO Simplicie	ONG ARC EN CIEL	90 3568 27	anasimple2000@yahoo.fr
17	AZIAMADO Idia Kekelia	Assistante Suivi-Evaluation au SP/CNLS-IST	90 33 36 27	aziamado@yahoo.fr
18	TCHANGAI Victoire Mawaba	Chargé du Suivi des activités OSC au SP/CNLS-IST	90 03 59 17	vtchangai@yahoo.fr
21	AKUTOR Yayra	Assistante en Communication Plateforme	91 76 46 55	benedite18@gmail.com
22	SODJI K.Dométo	Directeur Exécutif ONG FAMME	99 44 37 97	famme-togo@yahoo.fr
23	GNASSE Atinédi	Responsable Communication SP/CNLS-IST	90 13 64 75 22 46 45 16	gnaaa@cnlstogo.org atgna@yahoo.fr

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION/STRUCTURES	TEL	E-MAIL
24	AHADZI-AZANLEDJI Justine	Magistrat, Point focal VIH du Ministère de la Justice	90 04 09 40	justine1962@yahoo.fr
25	TARKPESSI Kossi	Gestionnaire des services de santé/DAPR	90 09 96 04	tkossijean@yahoo.fr
26	SEHONOU Komi	Chargé de Communication RAS+TG	90 33 36 76	sehonou.pierre@yahoo.com
27	AYE Irene	ONG FAMME Leader PS	90 19 85 44	ayefarid@yahoo.fr
28	MENSAH TELE	ONG FAMME Leader PE	90 94 20 36	
29	BENTO Christian N.	Secrétaire Club des 7 Jours, P.E.	90 15 22 24	adetayo26@hotmail.fr
30	ADOM Wiyoo Kpao	Point focal MDAC	90 05 12 02	leon.adom@yahoo.fr
31	GUIARD SCHMID J.B	Initiative Conseil International Suite	-	jbgs.bf@gmail.com
32	TCHAGAFU Moukaïla	Consultant	90 15 70 42	mklchagafou7@yahoo.fr
33	N'BIYOU Edoua	Comptable SP/CNLS-IST	90 31 81 19	sonianbiyou@yahoo.fr
34	AHO Komivi Mawusi	Trésorier UONGTO	90 09 33 97	ahomawus@gmail.com
35	MOUKPE Essozimna	Assistante en Communication SP/CNLS-IST	90 13 05 34	ezimna10@yahoo.fr
36	ABEVI Hoèvi	Assistante en Communication SP/CNLS-IST	91 36 63 23	ashem28@yahoo.fr
37	GBADAMASSI Abdou	GIP ESTHER Togo	90 11 19 44	abdou.gbadamassi@esther.fr
38	MASSOKA Barima	Prescripteur EVT	90 13 85 98	massoetienne@yahoo.fr
39	SIDO Agbelessessi	Coordonnateur CREMA	90 09 47 74	autopromo2002@yahoo.fr
40	QUAM-DESSOU Yao	Secrétaire MEN'S	91 84 77 86	ajsjmond@yahoo.fr
41	KOUDAYA Roland	SP/CNLS-IST	90 35 70 02	rolando15fr@yahoo.fr
42	FIRMIN Hope	FAMME Leader PS	90 26 60 04	
43	SCHNEIDER Georges	D.E Afrique Arc En Ciel	90 30 32 31	schreideo@yahoo.fr
45	ME-TAHI Hortense	Coordonnateur Pays FHI 360	92 22 43 99	HME-TAHI@fhi360.org
46	AKATO Philippe	SP/CNLS-IST	22 61 62 77	djosmajors@yahoo.fr
47	SINGO-TOKOFAÏ Assétina	Coordonnatrice PNLIS-IST	90 01 12 02	Tina_singo@yahoo.fr
48	MABOUDOU Akouavi	CIS/ ONUSIDA	99 63 10 58	maboudoua@unaid.org
49	DEKU Kodjo	SP/CNLS-IST		
50	ROY Fafrice	Chargé de mission à l'Ambassade de France	92 55 94 41	