

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

REPUBLIQUE TOGOLAISE

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

-----  
*Travail – Liberté – Patrie*



## Politique de prévention et de prise en charge du VIH chez les populations clés

**Septembre 2020**

**Deuxième édition**

---

**LE SECRETARIAT PERMANENT**

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : +228 22 61 62 77 Fax : +228 22 61 62 81  
Email: [cnlstogo@cnlstogo.org](mailto:cnlstogo@cnlstogo.org) / Site Web: [www.cnlstogo.org](http://www.cnlstogo.org)



# PRÉFACE

Le Conseil National de Lutte contre le Sida avait élaboré en 2013 le premier document de politique nationale de prévention et de prise en charge du VIH chez les populations clés. Ce document a permis de mieux encadrer et d'améliorer la mise en œuvre des interventions auprès de ces populations dans le pays. En effet, ces populations ont une prévalence du VIH 2 à 10 fois plus élevée que la population générale et cette forte vulnérabilité est couplée aux problèmes d'accessibilité aux services de préventions et de soins classiques existant dans le pays.

Cette seconde édition s'inscrit dans le processus de l'élaboration de la politique nationale VIH vision 2030 et du plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida 2021-2025. Ce nouveau document a pris en compte les leçons apprises de la mise en œuvre des plans stratégiques antérieurs et des innovations actuelles (prévention préexposition, autotest, index testing, approche par les pairs).

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

Dans le cadre de la vision 2030 du Togo qui ambitionne de mettre fin à l'épidémie du Sida, nous devons renforcer nos engagements pour accélérer la réponse nationale auprès des populations clés afin d'espérer un impact positif maximal sur notre épidémie.

**Professeur Vincent P. PITCHE**

**Coordonnateur du SP/CNLS-IST**

# REMERCIEMENTS

Le Coordonnateur National du Secrétariat Permanent du CNLS-IST adresse ses gratitudee à toutes les parties prenantes pour leurs diverses contributions dans l'élaboration de cette seconde édition :

- A l'ONUSIDA et l'UNPFA pour leurs soutiens techniques et financiers
- A tous autres les partenaires techniques et financiers pour leurs différents apports ;
- A toutes les personnes ressources du secteur public, privé, de la société civile et des organisations confessionnelles ;
- Au consultant Dr Steave NEMANDE pour son expertise dans la révision de ce document

# SOMMAIRE

PRÉFACE.....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
SOMMAIRE.....	iii
LISTE DES ACRONYMES & ABRÉVIATIONS .....	v
1. INTRODUCTION .....	1
2. DÉFINITIONS .....	3
2.1. Populations clés .....	3
2.2. Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes .....	3
2.3. Professionnels de sexe.....	4
2.4. Personnes transgenres .....	4
2.5. Usagers de drogues .....	5
2.6. Détenus.....	5
3. CONTEXTE .....	6
3.1. Infection à VIH au Togo .....	6
3.2. Epidémiologie du VIH chez les populations clés .....	6
3.3. Environnement juridique et sociopolitique de la réponse au VIH auprès des populations clés....	9
3.4. Réponse au VIH auprès des populations clés.....	11
4. POLITIQUE NATIONALE .....	19
4.1. But.....	19
4.2. Objectifs .....	19
4.3. Principes directeurs .....	19
4.4. Populations ciblées.....	20
4.5. Domaines programmatiques .....	20
4.6. Paquets complets de services.....	30
5. CADRE NORMATIF DE L'OFFRE DE SERVICES .....	51
5.1. Cadre physique .....	51
5.2. Ressources humaines .....	55
5.3. Suivi-évaluation et Gestion .....	61
5.4. Coordination .....	65
ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION .....	71

## Liste des Tableaux

Tableau 1 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination en milieu communautaire .....	23
Tableau 2 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le milieu de l'éducation.....	24
Tableau 3 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le milieu du travail.....	25
Tableau 4 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le milieu de la santé .....	26
Tableau 5 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le milieu judiciaire .....	27
Tableau 6 : Paquet complet de services auprès des populations clés).....	28
Tableau 7 : Paquet complet de services auprès des populations clés .....	31
Tableau 8 : Critères d'éligibilité à la PrEP .....	39
Tableau 9 : Description des services VIH et IST aux populations clés par type de structure de prévention et de soins.....	51
Tableau 10 : Description des équipements nécessaires pour offrir des services VIH/IST aux populations clés .....	53
Tableau 11 : Description des tâches et responsabilités des personnels des services offrant des prestations VIH/IST aux populations clés.....	56
Tableau 12 : Récapitulatif des attributions des différentes tâches techniques des structures de prise en charge des populations clés en fonction du profil des prestataires (mettre ce tableau en paysage).....	59
Tableau 13 : Indicateurs de suivi-évaluation des interventions dans les populations clés.....	64

# LISTE DES ACRONYMES & ABRÉVIATIONS

<b>3TC</b>	Lamivudine	<b>PAP</b>	Papanicolaou
<b>ABC</b>	Abacavir	<b>PPE</b>	Prophylaxie post-exposition
<b>ARV</b>	Antirétroviral	<b>PrEP</b>	Prophylaxie pré-exposition
<b>ATV</b>	Atazanavir	<b>PS</b>	Professionnels de sexe
<b>AZT</b>	Zidovudine	<b>PSA</b>	Prostatic specific antigene
<b>BAAR</b>	Bacille acido-alcool-résistant	<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>CDIP</b>	Conseil dépistage à l'initiative du prestataire	<b>PVVIH</b>	Personne vivant avec le VIH
<b>CNLS</b>	Conseil National de Lutte contre le Sida	<b>r</b>	Ritonavir
<b>DIC</b>	Drop-in Center	<b>RHZE</b>	Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol
<b>DOT</b>	Directly Observed Treatment	<b>SA</b>	Service adapté
<b>DTG</b>	Dolutégravir	<b>SP</b>	Secrétaire permanent
<b>EAWA</b>	Ending Aids in West Africa	<b>TDF</b>	Ténofovir Disoproxyl Fumarate
<b>EDST</b>	Enquête démographique et de santé au Togo	<b>TDR</b>	Test de diagnostic rapide
<b>EPOA</b>	Enhanced peer outreach approach	<b>TG</b>	Transgenre
<b>ESSG</b>	Enquête de surveillance de seconde génération	<b>TPM</b>	Tuberculose pulmonaire à microscopie
<b>EVT</b>	Espoir Vie Togo	<b>TSO</b>	Thérapie de substitution aux opiacés
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	<b>UD/CD</b>	Usagers de drogues/Consommateurs de Drogues
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible	<b>UDI/C</b>	Usagers de drogues injectables/Consommateurs de drogues injectables
<b>JHU</b>	John Hopkins University	<b>USAID</b>	United States Agency for the International Development
<b>OCAL</b>	Organisation du Corridor Abidjan-Lagos	<b>VHB</b>	Virus de l'hépatite B
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé	<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C
<b>ONG</b>	Organisation du Corridor Abidjan-Lagos	<b>VHD</b>	Virus de l'hépatite D
<b>ONUSI DA</b>	Programme Commun des Nations sur le VIH/SIDA	<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>OOAS</b>	Organisation Ouest-Africaine de la Santé	<b>VPH</b>	Virus du papillome humain
<b>OSC</b>	Organisation de la société civile		





# 1. INTRODUCTION

En juin 2016, les Nations Unies ont adopté une déclaration dite Déclaration politique en vue d'accélérer la riposte au VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Ceci devait passer par la réalisation en 2020 de l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique au VIH, 90% des personnes connaissant leur statut sérologique au VIH ont accès au traitement antirétroviral, et 90% des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée. L'objectif est ensuite d'accroître ces chiffres à un ratio de 95-95-95 à l'horizon 2030.

Si l'on veut réduire les nouvelles infections au VIH à moins de 200 000 cas par an d'ici 2030 et mettre fin à l'épidémie en tant que menace pour la santé publique, il est crucial de mettre en œuvre des actions de prévention du VIH ciblées et à fort impact.

C'est ainsi qu'en décembre 2010, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a adopté la stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 dont le slogan est : Objectif Zéro : Zéro nouvelle infection à VIH, Zéro décès lié au Sida, Zéro Discrimination.

Vu que les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient 54% des nouvelles infections à VIH dans le monde en 2018 et 64% des nouvelles infections en Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale, le risque de contracter le VIH est 22 fois plus élevé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 22 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues, 21 fois plus élevé pour les travailleurs du sexe, 12 fois plus élevé pour les personnes transgenres à l'échelle mondiale.

*Face à ces réalités, la Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest s'est engagée le **10 avril 2015** à prendre en compte les populations clés dans la riposte au VIH. Cet engagement est contenu dans une déclaration adoptée à Dakar lors d'une réunion y relative, et où les pays de la CEDEAO reconnaissent « que les nouvelles infections à VIH surviennent pour plus de la moitié, au sein des populations clés et que ces dernières présentent un risque plus élevé de s'infecter par le VIH que la population générale ». Les pays de la CEDEAO affirmaient alors que « sans une nette amélioration de la réponse au sida pour les populations clé, il sera impossible de mettre fin à l'épidémie du sida ».*

Déjà en juillet 2013, le Togo a adopté la politique nationale de prévention et de prise en charge globale du VIH des populations clés. Le but de la politique était de contribuer à réduire la dynamique de l'épidémie d'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) au sein des populations clés. La politique avait alors identifié comme populations clés les Professionnels du Sexe (PS) et leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les détenus et les usagers de drogues.

Ce choix répondait à la définition de la terminologie de populations clés que l'ONUSIDA utilise : « populations clés » désigne des groupes définis qui, en raison de comportements à haut risque spécifiques, sont davantage exposés à l'infection du VIH indépendamment du type d'épidémie ou du contexte local. En outre, ces populations sont souvent victimes de lois punitives ou de politiques stigmatisantes, et ont un accès réduit aux services.

En effet, les populations clés constituent une couche encore vulnérable au VIH. En plus, l'environnement socioculturel, politique et juridique est défavorable aux interventions ciblant les populations clés.

Au Togo la Prévalence du VIH est de 2 à 10 fois plus élevée chez les populations clés que chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, l'accès aux services est limité pour les populations clés. Cela explique que les populations clés sont retenues comme cibles prioritaires dans la politique VIH vision 2030 et dans les documents stratégiques. Face à la dynamique du VIH, il est apparu opportun de réviser le document de politique élaboré en 2013.

Le présent document de Politique de prévention et de prise en charge du VIH chez les populations clés sert de guide pour la mise en œuvre des interventions ciblant ces populations dans le cadre du PSN 2021-2025. Il est destiné à tous les acteurs de mise en œuvre et de coordination des programmes ciblant les populations clés.

## 2. DÉFINITIONS

Les définitions suivantes sont retenues pour désigner les différents concepts dans le cadre de la présente politique nationale de lutte contre l'infection à VIH.

### 2.1. Populations clés

L'ONUSIDA utilise la terminologie « **populations clés** » pour désigner des groupes définis qui, en raison de comportements à haut risque spécifiques, sont davantage exposés à l'infection du VIH indépendamment du type d'épidémie ou du contexte local. En outre, ces populations sont souvent victimes de lois punitives ou de politiques stigmatisantes, et ont un accès réduit aux services.

Selon l'ONUSIDA, les « **populations clés** » sont principalement constituées des **hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)**, des **Professionnels du Sexe (PS)**, des **personnes transgenres (TG)**, des **usagers de drogues injectables (UDI)** et des **détenus**. Au vu des données épidémiologiques concernant la vulnérabilité liée à la consommation des substances psychoactives dans le pays, les usagers de drogues sont également considérés dans le présent document.

### 2.2. Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Le terme « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » (HSH) est un concept 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 »<sup>1</sup>.

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)<sup>2</sup>. 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.

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

<sup>1</sup> UNAIDS. Policy brief: HIV and sex between men. August 2006.

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

### 2.3. Professionnels de sexe

Les Professionnels du sexe sont « *les femmes, les hommes, les personnes transgenres adultes et les jeunes de 18 ans et plus, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle* »<sup>3</sup>. Le travail du sexe implique une relation sexuelle consensuelle entre adultes qui peut prendre plusieurs formes et varier selon les pays et les communautés et à l'intérieur de ceux-ci. Le travail du sexe varie également en fonction de son degré de « formalité » ou d'organisation.

- les **PS dit-es « affiché-es »** ont une activité professionnelle non dissimulée, exerçant au grand jour leur métier. Elles sont parfois qualifiées de PS « officielles » ou de PS « professionnelles »<sup>4</sup>.
- les **PS dit-es « clandestin-es »**, par opposition aux premières, désignent des filles, des hommes et des transgenres qui ne s'affichent pas. . On les qualifie aussi de travailleurs-ses du sexe « non professionnel-les », « non affiché-es »

### 2.4. Personnes transgenres

Il s'agit d'un terme générique qui renvoie aux personnes dont l'identité du genre ne se conforme pas aux normes et attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été attribué à la naissance. Ce terme inclut les personnes transsexuelles, transgenres ou non-conformes à leur sexe. Les personnes transgenres peuvent s'auto-identifier comme un(e) transgenre, un homme, une femme, un homme transsexuel, une femme transsexuelle, un transsexuel ou l'une des multiples autres identités transgenres. Ces personnes peuvent exprimer leur genre de différentes manières masculines, féminines et/ou androgynes.

La grande vulnérabilité et les besoins particuliers des personnes transgenres en matière de santé nécessitent un statut distinct et indépendant dans le cadre de la riposte mondiale au VIH. Les comportements sexuels à risque diffèrent dans les divers sous-groupes au sein de la communauté transgenre. Par exemple, les comportements sexuels à risque peuvent être plus importants chez les femmes transgenres (Une personne née avec des attributs biologiques masculins mais qui s'identifie à une femme) ou les hommes transgenres (Une personne née avec des attributs biologiques féminins mais qui s'identifie à un homme) qui ont des rapports sexuels anaux passifs avec des hommes que chez les hommes ou femmes transgenres qui ont des rapports sexuels uniquement avec des femmes. Dans de nombreux pays, le taux de prévalence de l'infection du VIH chez les femmes transgenres est aussi élevé, voire plus élevé, que chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. En raison de ces différents profils de comportements à risque, les lignes directrices de l'OMS se concentrent sur les personnes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt que sur les personnes transgenres ayant uniquement des rapports sexuels avec des femmes.

<sup>3</sup> UNAIDS. Guidance note on HIV and sex work. Geneva, UNAIDS, updated 2012.

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

## 2.5. Usagers de drogues

Les usagers de drogues (UD) désignent l'ensemble des personnes qui utilisent des drogues ou substances psychoactives occasionnellement ou régulièrement. Les personnes utilisant une ou plusieurs drogues ou substances psychoactives par voie injectable sont appelées « usagers de drogues injectables » (UDI).

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

## 2.6. Détenus

Il existe différents termes employés pour désigner les lieux de détention qui accueillent des personnes en attente de leur procès, condamnées ou soumises à d'autres conditions de sécurité. De même, des termes différents sont utilisés pour qualifier les personnes détenues. Dans ce document, le terme « détenus » se réfère à toutes les personnes détenues dans des établissements pénitentiaires, y compris les jeunes filles et garçons ainsi que les adultes, au cours de l'enquête sur une infraction, en attendant leur procès, avant le prononcé de la peine et après le prononcé de la peine.

Ce terme n'inclut pas formellement les personnes détenues pour des raisons liées à l'immigration ou au statut de réfugiés, les personnes détenues sans inculpation et les personnes condamnées à suivre un traitement obligatoire et à se rendre dans des centres de réinsertion. Toutefois, la majorité des interventions ciblant les détenus s'appliquent aussi à ces personnes.

## 3. CONTEXTE

### 3.1. Infection à VIH au Togo

Au Togo, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à **2,5%** (EDST III 2013-2014). Selon des projections, 113 856 000 personnes vivraient avec le VIH (PVVIH) au Togo en 2019 (EPP Spectrum 2019, V5.87). L'épidémie est de type généralisé avec des disparités entre les groupes de populations, entre les différentes régions du pays et entre les sexes. Les données mettent en évidence une prévalence 2 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (3,1 % vs 1,7%) et 4 fois plus importante chez les femmes de 30-35 ans comparativement aux hommes issus de la même tranche d'âge. De même on note d'importantes variations de l'épidémie entre les différentes régions du pays, la prévalence étant 10 fois plus élevée à Lomé commune par rapport à la région des savanes (3,4% vs 0,3%) avec une décroissance régulière au fur et à mesure que l'on s'éloigne du littoral. L'épidémie est essentiellement urbaine car elle est 2 fois plus élevée en milieu urbain en comparaison avec le milieu rural (3,6 vs 1,6%).

### 3.2. Épidémiologie du VIH chez les populations clés

#### 3.2.1. Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Une cartographie des lieux de rencontres et de vie des **hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes** a été réalisée en 2017 dans les six régions du pays. Au total, 6100 hommes ont été recensés comme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ce qui représente 0,35% de la population masculine de 15-49 ans. 58,1% des HSH se retrouvent dans Lomé Commune et Maritime, 13,3% dans la Kara, 13% dans les Plateaux, 10,3% dans les Savanes et 5,3% dans la Centrale. 18,44% des HSH s'identifient comme travailleurs de sexe. 5,82% des HSH sont des mineurs.

Selon une enquête bio-comportementale réalisée en 2017 dans huit villes du Togo (Lomé, Aného, Tsévié, Kpalimé, Atakpamé, Sokodé, Kara et Dapaong), la prévalence du VIH chez les HSH au Togo est de 21,98%. Ceci représente une augmentation de près de 60% comparativement à 2015 (13%). Être membre d'une association HSH, résider à Lomé, être de nationalité étrangère et avoir déjà été dépisté pour le VIH étaient significativement associés au fait d'être infecté par le VIH. Vivre en couple avec un homme était un facteur protecteur comparativement au fait de vivre seul.

Seuls trois HSH sur dix (33,81%) avaient une connaissance approfondie sur le VIH/sida au Togo en 2017. Au cours des 30 derniers jours, 74,49% des HSH avaient régulièrement utilisé un préservatif au cours des rapports anaux actifs et 64,39% l'avaient utilisé au cours des rapports anaux passifs. Le préservatif était peu utilisé lors des partouzes (32,11%). Un HSH sur deux (46,79%) ayant participé à une partouze au cours des 30 derniers jours a déclaré n'avoir jamais utilisé de préservatif. La majorité des HSH (plus de 90%) avait déjà effectué un test de dépistage et avait obtenu les résultats. Le statut du partenaire régulier était connu de six HSH sur dix (59,92%). La prévalence de la syphilis et du VHB chez les HSH ayant accepté de réaliser le test de dépistage était respectivement de 0,0% et 7,1%. Seul 1,0% de cet échantillon avait une co-infection VIH et VHB, l'hépatite B était plus fréquente chez les HSH âgés de plus de 23 ans et vivant à l'extérieur de Lomé.

### **3.2.2. Professionnels du sexe**

La cartographie des sites de travail du sexe réalisée en 2017 a permis de répertorier 508 sites répartis dans les 6 régions sanitaires du pays. Le nombre total des PS féminins au Togo est estimé à 11 746 soit 0,63% de la population féminine de 15 à 49 ans. Au total, 40,7% de ces PS vivent dans la région de Lomé commune et le district du Golfe. Le travail du sexe est documenté dans toutes les régions du pays ; le nombre des PS masculins est estimé à 296 dont 48,6% vivent dans Lomé Commune contre 19,3% dans la Maritime et 16,2% dans la Kara.

Selon l'enquête bio-comportementale réalisée chez les PS en 2017, la prévalence nationale du VIH dans ce groupe était de 13,1%, ce qui représente une augmentation d'un point comparativement à 2015 (11,7%). Au total, 3 villes concentrent une prévalence supérieure à la moyenne nationale : Kara (26,8%), Lomé (14,9%) et Kpalimé 13,6%. La prévalence chez les clients des PS était de 4,5%. Près de trois PS sur cinq avaient une bonne connaissance du VIH. Cependant, il était noté une meilleure connaissance sur le VIH dans les autres villes du Togo (40,68%) comparativement à Lomé (21,90%). Une PS sur dix n'avait pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel et ce, principalement à la demande du client (29,5%). La quasi majorité des PS avaient déjà effectué un test VIH, soit 95,11% mais seulement 895 sur 1036 (86,38%) avaient une connaissance de leur statut sérologique VIH. Seulement 42,66% des PS connaissaient le statut sérologique du partenaire régulier.

### **3.2.3. Personnes transgenres**

Jusqu'à présent, aucune donnée épidémiologique n'est disponible sur la prévalence du VIH dans la population des personnes transgenres au Togo et en Afrique subsaharienne. Dans les régions du monde où de l'information est collectée sur le VIH dans cette population, entre 2% (Asie et Pacifique) et 5% (Caraïbes), des nouvelles infections ont lieu chez les personnes transgenres.

Il sera intéressant de mener une étude pour collecter des données sur les transgenres afin de disposer des évidences qui permettront de mener des actions de lutte contre le VIH ciblant spécifiquement cette population.

### **3.2.4. Usagers de drogues**

La cartographie programmatique des sites de consommation de drogues réalisée en 2017 a estimé la taille des usagers de drogues (UD) sur toute l'étendue du territoire togolais à 2698 personnes soit 0,08% de la population togolaise âgée de 15 à 49 ans. Les UDI représentent 30,52 % de tous les Usagers de drogues (UD). La majorité des UDI du Togo se trouve dans Lomé Commune (61,8%) et Maritime (16,3%). La majorité des UD est de sexe masculin (88,44%). Les UD mineurs représentent 2,85% de la population totale des UD dont 51,9% résident dans la région sanitaire de Lomé commune. Les régions sanitaires Lomé commune, Maritime et Plateaux concentrent 94,8% des UD mineurs du pays.

La prévalence du VIH chez les UD a été évaluée par l'étude bio-comportementale réalisée en 2017 à 3,6%, ce qui correspond à une baisse de 65% comparativement à celle de 2011 (5,5%). Chez les UD, elle était de 3,9%. Sur l'ensemble des UD, seuls 31,39% avaient une connaissance approfondie du VIH ; les niveaux de connaissances étant les plus élevés (58,53% et 54,83% à Kara et Dapaong respectivement) comparativement à la ville de Lomé. Au total, 43% des UD

avaient fait un test de dépistage du VIH et retiré le résultat. Une analyse multivariée des facteurs de vulnérabilité fait ressortir que les usagers de drogue qui étaient de sexe féminin, ceux dont l'âge était supérieur ou égal à 30 ans et qui étaient mariés avaient plus de risque d'être infectés par le VIH. L'accès aux soins restait un grand défi car seuls 33,22% des UD avaient déclaré à un professionnel de santé, être usager de drogue.

### **3.2.5. Détenus**

Selon la cartographie programmatique réalisée en 2017, la population des détenus dans les 13 prisons civiles du Togo au 31 décembre 2017 était de 4 825 individus dont 96,5% étaient de sexe masculin. Au total, 3,3% des détenus masculins recensés déclaraient avoir des pratiques homosexuelles. Au 31 décembre 2018, l'effectif des détenus était de 4.634 répartis dans les 12 des prisons.

La séroprévalence du VIH chez les détenus était estimée à 4,3% en 2011 (PNLS, 2011). La 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. Au vu de l'ancienneté et de l'insuffisance des données populationnelles et épidémiologiques disponibles, il apparaît important et urgent de les renouveler au Togo pour développer des interventions basées sur l'évidence.



### 3.3. Environnement juridique et sociopolitique de la réponse au VIH auprès des populations clés

La Constitution togolaise révisée en mai 2019<sup>5</sup> dans son article 10 proclame que :

« tout être humain porte en lui des droits inaliénables et imprescriptibles ». La sauvegarde de ces droits est la finalité de toute communauté humaine. « L'État a l'obligation de les respecter, de les garantir et de les protéger » et affirme que « nul ne peut être favorisé ou désavantagé en raison de son origine familiale, ethnique ou régionale, de sa situation économique ou sociale, de ses convictions politiques, religieuses, philosophiques ou autres. »

Les relations sexuelles consentantes entre adultes de même sexe sont punies par le code pénal révisé le 25 novembre 2015<sup>6</sup> en ses articles 392 et 393. L'article 394 pénalisant l'incitation à l'outrage aux bonnes mœurs peut également être utilisé contre les individus et organisations qui assistent les personnes lesbiennes, bisexuelles, gays, transgenres (LGBT) au Togo. Le racolage est puni à travers l'article 398 et la Loi N° 98 - 008 portant contrôle des drogues du 18 mars 1998 en son article 112 punit la détention, l'achat ou la culture illicite des plantes ou substances classées comme stupéfiants ou substances psychotropes destinées à une consommation personnelle. La transmission volontaire du VIH est punie de la réclusion criminelle par les articles 61 et 62 de la Loi n° 2010-018 du 31 décembre 2010 portant protection des personnes en matière de VIH/Sida. L'identité transgenre n'est pas pénalisée au Togo mais il n'existe aucune loi permettant aux personnes transgenres de modifier leurs marqueurs de genre sur leurs papiers d'identité officiels.

Peu de documentation est disponible sur l'application des lois pénalisant le racolage, la détention, l'achat et la culture pour usage personnel des drogues ou la transmission volontaire du VIH. Néanmoins, selon le rapport de l'Observatoire Droits Humains et VIH qui documente les violations des droits humains sur la base du statut sérologique au VIH, du travail du sexe et/ou de l'orientation sexuelle, 281 personnes ont été victimes de stigmatisation et de discrimination en 2018, ce qui représente une légère augmentation par rapport à l'année 2017 (n=277). La tendance à la hausse du nombre de victimes est observée dans presque toutes les régions sauf celle des savanes où le nombre de victimes a diminué pratiquement de moitié dans la ville Dapaong. La région maritime enregistre 53% (n=149) des victimes parmi lesquelles 107 résident à Lomé. Les victimes sont majoritairement des femmes (77%), 15% d'entre elles appartiennent aux populations clés dont 30 sont des PS et 14 des HSH. La majorité des personnes (80%) sont victimes en milieu familial et social. Au total, 73% (n=211) ont été référées pour l'accès aux services dont 122 ont fait l'objet d'un suivi. La moitié du soutien apporté concernait l'assistance psychologique et médicale. Seules 11 personnes ont bénéficié d'une assistance juridique. L'association LGBT Afrique Arc-En-Ciel rapporte une centaine de survivants de violations et abus sur la base de l'orientation sexuelle et l'identité de genre en 2019 dont 50% ont été l'objet d'arrestations et détentions arbitraires, d'éviction du domicile, de chantage et d'extorsion de fonds. Les agressions physiques et sexuelles concernent 20% des cas, le rejet 20% des cas, les messages biaisés (homophobes) sur les réseaux sociaux 5% des cas.

<sup>5</sup> <http://togolex.com/2019/06/constitution-togolaise-de-la-ive-republique-version-consolidee-a-jour-de-la-loi-constitutionnelle-du-15-mai-2019-et-de-toutes-les-re>

<sup>6</sup> [https://www.policinglaw.info/assets/downloads/Code\\_pénale\\_du\\_Togo\\_\(2015\).pdf](https://www.policinglaw.info/assets/downloads/Code_pénale_du_Togo_(2015).pdf)

Les populations clés sont de plus en plus visibles et organisées dans la société togolaise. Des associations à base communautaire existent depuis le début des années 2000, regroupant des HSH (Afrique Arc-En-Ciel, Club des 7 Jours et MEN'S), des personnes transgenres (Unity Togo), des lesbiennes (ladies voices), des PS (Association des Femmes Amazones Zen du Togo, AFAZ). Une majorité de ces associations existent légalement sous la bannière d'association de promotion de la santé ou de lutte contre le VIH, certaines d'entre elles étant impliquées dans la mise en œuvre de programmes de prévention et dépistage du VIH et des IST financées par le Fonds Mondial ou USAID/PEPFAR. L'association Afrique Arc-En-Ciel est impliquée dans le plaidoyer au niveau régional pour la reconnaissance des droits des personnes LGBT notamment à travers la soumission de rapports alternatifs et la participation aux sessions de la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples. Le réseau Cupidon créé en 2016 et regroupant toutes les associations LGBT a pour mandat de mobiliser des ressources et faire du plaidoyer pour la prise en compte des besoins de ces communautés dans les politiques nationales. Il dispose d'un centre communautaire qui abrite les bureaux des associations membres et offre des services de prévention, de dépistage du VIH et des IST à toute la communauté LGBT et aussi de renforcement de capacités sur les droits humains.

Ces interventions sont possibles grâce à l'inclusion des HSH, PS et UDI comme cibles prioritaires dans les politiques en matière de réponse au VIH, depuis plusieurs années (PS depuis les années 1990, HSH, UDI, Prisonniers depuis les années 2000). Un groupe technique « Genre et Droits Humains » a été mise en place au CNLS en 2017; Il est chargé de veiller à la prise en compte de ces thématiques dans la réponse nationale au VIH à travers un Plan national pour réduire les problèmes de genre et droits humains dans la réponse nationale au VIH.

### 3.4. Réponse au VIH auprès des populations clés

Le Togo est signataire de la Déclaration de Dakar d'avril 2015 sur la prise en compte des populations clés dans la riposte au VIH et au sida dans l'espace CEDEAO (Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest). Le pays a soutenu et hébergé diverses initiatives de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé et de l'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos visant à renforcer les capacités des associations et réseaux de populations clés, le réseautage et les échanges d'expériences de ces organisations avec d'autres acteurs de la sous-région.

Les populations clés, en particulier les HSH, les PS, les UD/UDI et les détenus, sont considérées comme des cibles prioritaires de la réponse nationale au VIH depuis 2012. Elles ont fait l'objet d'interventions ciblées dans le cadre des plans stratégiques nationaux (PSN) de la réponse au VIH qui se sont succédés depuis lors. Des études sont régulièrement menées pour l'estimation de la taille de ces populations, la cartographie des sites où ils peuvent être atteints et l'identification de leurs besoins en matière de l'offre de services. Des études bio-comportementales ont été réalisées auprès des HSH, des PS et des UDI en 2011, 2015 et 2017 et une cartographie programmatique de toutes les populations clés a été complétée en 2015 et 2017 ; tout ceci, afin de définir des interventions ciblées, adaptées et basées sur de l'évidence.

Le PSN de la période 2016-2020 prévoit des stratégies spécifiques envers les populations clés dans :

- L'axe 1 portant sur la réduction de 50% des nouvelles infections réduites à travers (1) l'extension et le renforcement des services permettant l'adoption des comportements à moindre risque au VIH et une large connaissance du statut sérologique grâce aux interventions innovantes ; (2) le renforcement des capacités des prestataires et des agents communautaires y compris les compétences des acteurs en genre et droits humains ;
- L'axe 3 portant sur une gouvernance de la réponse nationale au VIH performante à travers la création d'un environnement sociopolitique et légal favorable pour l'amélioration de l'accès des populations qui en ont véritablement besoin à des services de qualité.

Les populations clés sont également bénéficiaires des interventions plus générales dans le cadre de l'axe 2 portant sur la réduction de 80% de la mortalité des PVVIH réduite d'ici 2020.

La présente analyse réalisée sur la base d'une revue documentaire porte sur la pertinence et l'efficacité de ces interventions. Toutefois, les aspects liés à la réponse aux besoins et attentes des populations clés et à la qualité des interventions n'ont pas été pris en compte. L'acceptabilité et la participation des populations clés et les modalités de gestion et de suivi & évaluation des programmes n'ont pas été considérées parce nécessitant une méthodologie différente.

#### 3.4.1. Interventions menées

Le paquet de services offerts aux populations clés inclut les interventions suivantes :

- La prévention de proximité utilisant la communication pour le changement de comportement (CCC) ;
- la promotion de l'utilisation des préservatifs (masculins et féminins) et du gel lubrifiant ;
- le diagnostic 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, la prise en charge psychologique, sociale et le soutien juridique ;
- le suivi biologique de l'infection à VIH ;
- la référence et la contre-référence ;
- le suivi-évaluation des interventions.

La synergie d'action de différents partenaires techniques et financiers tels que le Fonds Mondial, USAID à travers les projets PACTE VIH, DINDJI et #EAWA, l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) a permis de mener des interventions innovantes auprès des HSH. Au rang de ces innovations, l'on peut noter le projet démonstratif de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) du VIH mis en œuvre par Espoir Vie Togo (EVT) en partenariat avec ANRS et Expertise France

L'ONG FAMME assure le leadership des interventions auprès des PS et s'appuie sur un réseau de pairs éducateurs issus de la communauté PS dont certains sont membres de l'association AFAZ.

Les UD bénéficient des interventions menées par les OSC RAPAA et CAFUDD dans des « ghettos », lieux de mobilisation et de consommation de drogues. Néanmoins, ces interventions sont restées très ponctuelles, discontinues et probablement d'un impact très réduit. Un projet pilote de traitement de substitution aux opioïdes est mis en œuvre par l'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (OCAL) depuis 2019 au sein de l'Unité d'Information de Kodjoviakopé.

Des interventions sont menées dans des prisons par des OSC autorisées par l'administration pénitentiaire à intervenir en milieu carcéral, de manière périodique et dans le cadre de campagnes de dépistage à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida (JMS). Les organisations ATFA, UCJG, ACS, JMAH, E2V interviennent également en prison mais leurs actions sont concentrées sur la prison civile de Lomé et restent ponctuelles. Les personnes vivant avec le VIH dépistées en prison sont référées par des agents de santé médiateurs vers les OSC pour l'initiation du traitement ARV. L'accès au traitement après initiation se fait dans les infirmeries des centres de détention.

### 3.4.2. Résultats

Les interventions menées ont permis d'atteindre les résultats suivants :

- **En ce qui concerne le 1er 90 :**
  - 65 912 personnes dépistées dont 11 608 HSH, 44 782 PS, 3551 UD et 6 171 détenus ;
  - 879 personnes dépistées positives au VIH dont 574 PS, 199 HSH, 19 UD et 87 détenus) ;
  - 39 409 HSH, 113 197 PS, 18 666 UD et 18 065 détenus sensibilisés en matière du VIH;
  - 38 045 HSH, 85 630 PS, 15 997 UD et 10 941 détenus sensibilisés sur les violences basées sur le genre dont 23 formés sur la question ;
  - 13 910 018 préservatifs distribués dont 4 931 9208 auprès des HSH, 8 927 385 auprès des TS, 50 713 auprès des UD ;

- 6 071 181 unités de gel lubrifiant distribuées dont 2 708 302 auprès des HSH et 3 362 879 auprès des PS ;
  - 29 264 cas d'IST diagnostiqués et traités dont 2 902 chez les HSH, 24 449 chez les PS, 141 chez les UD et 1 772 chez les détenus ;
- **En ce qui concerne le 2ème 90 :**
    - 580 PS et 335 HSH vivant avec le VIH sont mis sous TARV au 31 décembre 2018.
  - **En ce qui concerne le 3ème 90 :**
    - Pas d'information disponible sur les nombres de populations clés ayant une charge virale supprimée.

### 3.4.3. Analyse des résultats

#### 3.4.3.1. Analyse de la pertinence des programmes

##### 3.4.3.1.1. Spécificité des interventions

Les programmes ciblant les populations clés offrent des services communs à tous les groupes de populations clés et des services spécifiques aux personnes dépistées positives au VIH notamment le traitement antirétroviral et le soutien psychosocial. La PTME est offerte aux PS féminins vivant avec le VIH.

##### 3.4.3.1.2. Approches de mise en oeuvre

La **cartographie programmatique** des lieux d'activités et de résidence des populations clés est actualisée en 2017 et utilisée pour la planification et la mise en œuvre des interventions. L'élaboration de micro-cartographies apporte plus d'informations notamment sur les vulnérabilités des populations clés, les types d'activités dans le site, la présence de points de services à proximité et facilite le ciblage des individus par une offre de service adaptée.

Une approche de paire éducation est utilisée pour atteindre et sensibiliser les populations clés dans leurs lieux d'activités ou de résidence par des pairs éducateurs formés, capables de créer plus facilement une relation de confiance avec les clients et leur offrir des services.

L'approche Drop-in Center est utilisée dans les points de service appartenant aux OSC où les populations clés reçoivent sur place de manière anonyme, volontaire et gratuite un nombre défini de services (éducation au VIH et aux IST, conseil et test du VIH, diagnostic et traitement des IST, consultations générales, écoute psychologique et aide sociale).

Le **dépistage communautaire** du VIH est périodiquement organisé par des prestataires de services dans des lieux d'activité ou de vie des populations clés. L'approche améliorée de mobilisation par les pairs (Enhanced peer outreach approach, EPOA) et le dépistage des cas index reposant sur une participation plus importante des communautés de populations clés ont permis d'améliorer la performance des programmes.

L'**approche « Tester & Traiter »** permet de mettre systématiquement sous traitement ARV toute personne dépistée positive au VIH.

Une approche de **médiation** est utilisée afin de faciliter l'accès, l'utilisation et la rétention des individus dépistés positifs au VIH dans le continuum de services VIH par l'offre de services de soutien (soutien émotionnel, éducation thérapeutique et aide à l'observance, référence vers les services spécialisés etc.).

L'**Observatoire sur les droits humains et VIH** permet de documenter les cas de stigmatisation, discrimination et de violence basée sur le genre et d'offrir un accompagnement aux victimes.

La **réponse à la violence basée sur le genre** se fait avec l'implication des parties prenantes, notamment les forces de l'ordre et de sécurité et les magistrats, dans une approche de résolution des conflits entre victimes et auteurs ceci, grâce à un engagement fort de certaines autorités du niveau central et décentralisé.

#### **3.4.3.1.3. Plans, outils et guides élaborés**

La mise en œuvre des interventions auprès des populations clés dans le cadre du PSN 2016-2020 est guidée par les documents suivants :

- Les plans opérationnels de lutte contre le sida et les IST 2016-2018, 2019-2020 ;
- Les estimations de la taille des populations et les cartographies des sites et des besoins en offre de services des HSH, PS, UD/UDI 2015, 2017 ;
- L'étude biologique et comportementale intégrée réalisée auprès des détenus en 2011 ;
- Les études biologiques et comportementales intégrées réalisées auprès des HSH, les PS et des UD/UDI en 2015 puis 2017 ;
- La politique nationale de prévention et prise en charge du VIH et des IST auprès des populations clés élaborée en 2013 ;
- La politique, les normes et les procédures du conseil et dépistage du VIH au Togo élaboré en 2019 ;
- Le guide de prise en charge des IST élaboré en 2019 ;
- Le guide de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH élaboré en 2019 ;
- Le Plan d'action pour réduire les problèmes de genre et de droits humains dans la réponse nationale contre le VIH/sida au Togo 2016-2020 ;
- Plan de suivi/évaluation 2016-2020
- Le manuel de suivi et évaluation du CNLS 2016-2020 ;
- Le manuel de référence de formation en conseil dépistage élaboré en 2019 ;
- Le guide de formation en EPOA élaboré en 2019 ;
- Le guide de formation en dépistage des cas index élaboré en 2019.

#### **3.4.3.2. Efficacité des interventions**

##### **3.4.3.2.1. Couverture des programmes**

**En matière de dépistage du VIH**, 65 912 individus appartenant aux populations clés (11 608 HSH, 44 782 TS, 3551 UD et 6 171 détenus) ont été dépistés au VIH entre 2016 et 2018, ce qui représente 67,87 % de la cible définie par le PSN 2016-2020 (n= 97 110). Comparativement aux tailles des populations clés telles que estimées en 2017 et 2018 (n= 80 078, soit 61 000 HSH, 11 746 PS, 2 698 UD, 4 634 détenus), cela représente une couverture de 82,3% en matière de dépistage. Une analyse par groupe de population révèle des couvertures de 190% chez les

HSH, 390% chez les PS, 131% chez les UD et 133% chez les détenus comparativement aux tailles de populations estimées. Ces chiffres interrogent cependant sur l'exactitude de l'estimation des tailles de populations clés sinon sur les capacités des programmes à collecter et rapporter des données exactes (en minimisant les risques de doublons).

Au total, 879 individus ont été dépistés positifs au VIH dont 199 HSH, 574 PS, 19 UDI et 87 détenus. Ces résultats représentent un taux de séropositivité de 1,71% chez les HSH, 1,28% chez les PS, 0,53% chez les UD, 1,4% chez les détenus. Ces chiffres significativement inférieurs aux prévalences documentées dans chacun des groupes interpellent sur les capacités des programmes à cibler les individus vivant avec le VIH par des interventions de dépistage. Comparativement aux tailles de populations clés estimées vivant avec le VIH, les gaps à combler pour atteindre le premier 90 s'élèvent à 1 008 HSH+ (n=1206 HSH+), 811 PS+ (n=1385 PS+), 76 UDI+ (n=95 UDI+) et 100 détenus séropositifs (n=187 détenus+), soit un total de 1 995 individus dans tous les groupes de populations clés.

**En matière de traitement antirétroviral**, 335 HSH et 580 PS vivant avec le VIH ont été mis sous TARV. Ces chiffres sont supérieurs aux nombres de personnes dépistées positives et laissent croire que des personnes dépistées avant la période de rapportage ont été considérées. Par conséquent, ils nécessitent une désagrégation pour comprendre l'efficacité du lien au traitement des personnes nouvellement dépistées positives.

Comparativement aux tailles de populations clés et aux séroprévalences estimées en 2017, la couverture en traitement ARV est de 24,98% chez les HSH estimés vivant avec le VIH (n=1341) et de 36,68% chez les PS estimées vivant avec le VIH (n=1539). Le gap à combler pour atteindre le second 90 serait de 750 HSH vivant avec le VIH (n=1 086 HSH+) et 667 PS vivant avec le VIH (n=1247 PS+).

**En matière de charge virale**, les données disponibles ne sont pas désagrégées par type de population. Ceci ne permet pas de calculer la couverture ni le gap à combler pour les individus appartenant aux populations clés sous traitement qui ont réalisé une charge virale.

#### **3.4.3.2.2. Résultats et impacts des programmes**

Les programmes de prévention combinée du VIH auprès des populations clés contribuent à un effort national visant à mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici 2030 dont l'impact n'est pas encore mesuré.

#### **3.4.3.2.3. Forces et faiblesses**

La collecte de données en ce qui concerne les tailles de populations clés, les séroprévalences du VIH et les cartographies programmatiques, a constitué un atout majeur pour construire une réponse basée sur l'évidence scientifique qui permet de cibler les populations les plus à risque dans les districts les plus prioritaires. Cependant, les programmes continuent d'expérimenter des défis de plus en plus importants dans le dépistage des personnes vivant avec le VIH. Les données concernant la séroprévalence du VIH chez les détenus ne sont pas actualisées et aucune donnée n'est disponible sur les personnes transgenres.

La définition d'un paquet minimum d'activités a permis de standardiser l'offre de services de qualité à certains groupes de populations clés. Seulement, il ne prend pas suffisamment en

compte les besoins spécifiques des HSH et des PS féminins en matière de santé sexuelle et reproductive, de co-morbidités chez tous les groupes de populations clés, de réduction des risques chez les UD/UDI et les personnes transgenres.

L'utilisation d'approches communautaires avec la participation des populations clés dans l'offre des services a permis d'améliorer l'offre de services aux populations clés ainsi que l'utilisation du paquet minimum d'activités. Seulement, les couvertures de certaines interventions doivent être significativement améliorées dans la perspective de l'atteinte des cibles 95-95-95.

La forte volonté politique affichée par le pays en matière de prise en compte des populations clés s'est traduite dans l'élaboration de politiques de dépistage et prise en charge envers ces populations, de formations de prestataires de services de santé, d'avocats et de magistrats, de la police, des parlementaires sur les problématiques liées au genre, aux droits humains et au VIH. La formation d'un groupe consultatif « Genre et Droits Humains » coordonné par le SP/CNLS-IST a permis l'élaboration d'un Plan d'action pour réduire les problèmes de genre et de droits humains dans la réponse nationale contre le VIH/sida 2016-2020. Si toutes ces actions ont permis de donner un cadre institutionnel favorable à la mise en œuvre de programmes spécifiques, elles n'ont pas permis d'améliorer le cadre juridique. Le Plan d'action sur le genre et les droits humains n'a été mis en œuvre que partiellement. Les pratiques, activités et identités de nombreux groupes de populations clés restent pénalisées ; des mesures répressives ont même été plutôt durcies dans le nouveau code pénal de 2015. La stigmatisation et la discrimination dans l'ensemble de la société constituent encore des barrières importantes à l'accès et l'utilisation continue des services. La réponse de première ligne à la violence est très faible et les barrières sociales continuent encore de ralentir l'accès à la justice d'un plus grand nombre de victimes.

La réponse nationale est soutenue et financée par des partenaires techniques et financiers multilatéraux et bilatéraux, à l'exemple du Fonds Mondial et de USAID/PEPFAR. Seulement les financements sont limités voire diminuent d'année en année, ne permettant pas d'offrir un paquet complet de services aux bénéficiaires. Par ailleurs, la mobilisation de fonds domestiques reste encore faible dans le pays. Par conséquent, l'amélioration de l'environnement sociopolitique et juridique de la réponse et le renforcement des systèmes communautaires constituent les maillons faibles de la réponse, la priorité étant donnée à l'accès aux intrants et au traitement antirétroviral.

Les associations des populations clés sont représentées au sein des instances de prise de décision et dans l'élaboration des politiques, le suivi, l'évaluation et des directives sur les différents services de prévention, diagnostic, traitement et soins du VIH et des IST au niveau national. Néanmoins, leurs capacités à participer efficacement à ces instances restent limitées.

#### **3.4.4. Recommandations**

Les recommandations suivantes sont formulées pour améliorer la pertinence et l'efficacité des interventions ciblant les populations clés dans le cadre du PSN 2021-2025 :



- Améliorer la collecte et l'analyse des données en matière de dépistage, traitement, rétention et suppression de la charge virale pour une meilleure appréciation des interventions ciblant les populations clés.
- Renforcer l'utilisation de l'analyse de la cascade VIH à tous les niveaux pour identifier les goulots d'étranglement et prendre des mesures d'amélioration des performances.
- Actualiser les données de séroprévalence du VIH chez les détenus.
- Constituer une évidence scientifique sur les personnes transgenres à travers l'estimation de la taille de la population, la cartographie, une étude biologique et comportementale intégrée afin de développer des interventions ciblant ces personnes.
- Renforcer l'utilisation des micro-cartographies par les pairs éducateurs et développer un système de traçage des réseaux de populations clés pour identifier et cibler plus efficacement les réseaux à hauts risques de transmission du VIH.
- Opter pour des paquets complets de services pour prendre en compte les besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive (diagnostic et traitement des IST anales ; prévention, diagnostic et vaccination du cancer du col de l'utérus ou de l'anus ; planification familiale), de co-morbidités (prévention, diagnostic et traitement des hépatites B et C, de la tuberculose, des troubles de la santé mentale), et de réduction des risques.
- Capitaliser sur l'offre de services spécifiques comme portes d'entrée pour offrir le dépistage du VIH et améliorer les performances en matière de dépistage.
- Renforcer les performances en matière de dépistage par la formation et l'implication de pairs éducateurs dans l'offre du dépistage communautaire, de l'EPOA, de l'auto-dépistage et de la PrEP, ainsi que celle des médiateurs dans le dépistage des cas index.
- Renforcer les performances en matière de lien au traitement par la délégation des tâches en matière d'initiation au traitement ARV et le renforcement de lien entre les formations sanitaires et les centres de santé communautaires (y compris les DIC).
- Renforcer les performances en matière de traitement et rétention par la formation des médiateurs au suivi individualisé et l'implication des OSC (notamment de populations clés) dans la dispensation communautaire des ARV.
- Renforcer les performances en matière de suppression de la charge virale par le renforcement et l'implication des OSC (notamment les populations clés) dans la collecte et l'acheminement de spécimens pour la mesure de la charge virale et la mise en place d'un système efficace de rétrocommunication entre les laboratoires et les OSC.
- Définir, financer et mettre en œuvre une stratégie nationale d'élimination de la stigmatisation et la discrimination dans 5 domaines (la communauté, le milieu sanitaire, le milieu de la justice, le milieu de l'éducation et celui du travail), y compris par le renforcement des capacités des organisations de populations clés à éduquer leurs communautés aux droits humains, à documenter et reporter les violence et à mettre en place un système de réponse de première ligne à la violence.
- Renforcer les capacités des organisations de populations clés à participer efficacement dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions.

- Améliorer la mobilisation et l'utilisation de fonds domestiques pour l'offre de paquets complets de services aux populations clés.

## 4. POLITIQUE NATIONALE

### 4.1. But

La présente politique nationale a pour but de contribuer à l'accélération pour l'élimination de l'épidémie d'infection à VIH au Togo à travers l'amélioration de l'accessibilité, l'acceptabilité, la couverture, la qualité et l'utilisation d'interventions efficaces et adaptées de prévention, de diagnostic, de traitement et soins auprès des populations clés.

### 4.2. Objectifs

La politique nationale de prévention, diagnostic, traitement et soins du VIH et des IST auprès des populations clés au Togo a pour objectifs :

- Accroître le nombre et la proportion des populations clés vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique au VIH ;
- Réduire le nombre des nouvelles infections à VIH et les IST parmi les populations clés ;
- Accroître le nombre et la proportion des populations clés dépistées positives au VIH qui prennent un traitement antirétroviral ;
- Accroître le nombre et la proportion des populations clés sous traitement antirétroviral qui restent dans le continuum des soins ;
- Accroître le nombre et la proportion des populations clés sous traitement antirétroviral qui ont une charge virale supprimée ;
- Contribuer à l'élimination des barrières sociétales, politiques et juridiques liées au genre et aux droits humains pour l'accès aux services ;
- Renforcer le cadre et les mécanismes de coordination fonctionnels des acteurs et interventions en direction des populations clés.

### 4.3. Principes directeurs

La politique nationale de prévention, dépistage, traitement et soins du VIH auprès des populations clés au Togo s'articule, tant dans sa conception que dans les modalités de sa mise en œuvre, autour des sept 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 parmi les populations clés ;
- Le **principe d'universalité** : il garantit à toutes les personnes vivant sur le territoire togolais un accès facile à toutes les interventions essentielles, sans distinction de sexe, de genre, d'appartenance sociale et religieuse, de lieu de résidence, de comportement sexuel ;

- Le **principe de globalité** : il consiste à prendre en considération dans la mise en œuvre des interventions, non seulement les facteurs directs de risques qui conditionnent la transmission du virus d'une personne à une autre, mais aussi toutes les conditions sociétales qui favorisent l'expansion de l'épidémie de VIH au Togo parmi les populations clés ;
- Le **principe d'équité** : Il garantit à toutes les personnes vulnérables ou à risque, affectées ou infectées, quel que soit leur lieu de résidence ou leur statut socioéconomique, un accès égal aux services de prévention et de prise en charge du VIH ;
- Le **principe de qualité** : Il consiste à développer les interventions prévues avec l'assurance de qualité qu'autorisent le développement technologique et les ressources financières mobilisées. Il garantit à toutes les personnes affectées ou infectées, 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 ;
- Le **principe de solidarité** : Il consiste à offrir à 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 à l'endroit des populations clés ;
- Le **principe de pérennisation** : Il 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.

#### 4.4. Populations ciblées

Les populations ciblées par cette politique nationale comme bénéficiaires directs des interventions sont les populations clés :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ;
- les professionnels (les) de sexe (PS) ;
- les personnes transgenres (TG) ;
- les utilisateurs de drogues (UD) ;
- les détenus.

#### 4.5. Domaines programmatiques

Une combinaison d'interventions est mise en œuvre pour assurer une réponse efficace au VIH parmi les populations clés. Ces interventions liées à la fois au secteur santé et à d'autres secteurs, en ce qui concerne les facteurs déterminants de l'épidémie chez les populations clés, peuvent être regroupées en cinq domaines programmatiques :

- L'autonomisation des communautés ;
- La réponse à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence ;
- Les services de santé et de soutien ;
- Les approches d'offre des services notamment en ce qui concerne la participation des communautés ;
- La gestion des programmes.

#### **4.5.1. Autonomisation des communautés**

Des interventions d'autonomisation ciblent les organisations à base communautaire de populations clés afin de renforcer leurs capacités à éduquer les populations clés à leurs droits et devoirs, à créer des espaces sécurisés gérés par la communauté (centres communautaires intégrés, en anglais : drop-in centres, DIC), à définir les paquets de services offerts aux populations ciblées, à prévenir et répondre efficacement à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence à travers un dispositif de réponse de première ligne, et à mener des interventions de plaidoyer en matière de droits humains.

L'autonomisation des communautés ne se résume pas à un ensemble d'activités destinées à mobiliser les individus issus des populations clés afin de favoriser la prévention, les traitements et les soins ; elle s'inscrit dans un mouvement social plus large qui œuvre pour l'autodétermination de ces populations. Pour cela, les institutions et organisations gouvernementales, non gouvernementales, publiques, privées, politiques, culturelles, religieuses et sanitaires éradiquent l'exclusion sociale, à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence, dans la mesure où ces maux violent les droits de l'homme des populations clés et augmentent la vulnérabilité de ces derniers au VIH.

Ce processus doit entraîner un changement de paradigme : les populations clés ne sont plus des bénéficiaires de services mais forment des communautés capables de s'autonomiser. Les membres des communautés constituent des partenaires dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des services de santé.

#### **4.5.2. Réponse à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence**

La réponse à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence envers les populations clés au Togo est construite sur la base de l'évidence documentée à travers l'évaluation de l'environnement juridique, les rapports de l'observatoire des droits humains et VIH et des autres organisations de la société civile notamment celles des populations clés. Elle s'inscrit dans la logique du *partenariat mondial d'action pour l'élimination de toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH* et concerne les 7 domaines programmatiques des droits humains de l'ONUSIDA (document de référence à citer) :

- Réduire la stigmatisation et la discrimination :
- Augmenter l'accès aux services juridiques en lien avec le VIH :
- Assurer le suivi et réformer les lois, les politiques et les règlements :
- Améliorer la culture juridique :

- Sensibiliser les législateurs et les agents des forces de l'ordre :
- Former les prestataires de santé sur les droits humains et l'éthique médicale en lien avec le VIH :
- Réduire la discrimination des femmes dans le contexte du VIH.

Les interventions vont au-delà de la stigmatisation, la discrimination et la violence liées au VIH pour intégrer celles basées sur le genre et l'identité de genre, l'orientation sexuelle, le travail du sexe, l'utilisation des drogues et le statut de détenu. Elles ciblent à différents niveaux (individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire, des politiques publiques) la communauté comprise comme étant la famille et la société dans son ensemble, le milieu de l'éducation, celui du travail, celui de la santé et celui de la justice. L'autonomisation des communautés concernées à travers le renforcement des capacités des individus et des organisations les représentant à répondre à ces défis est une stratégie clé de la mise œuvre des interventions, décrite dans la section précédente.

Cette réponse consistera en la *réduction de la stigmatisation et la discrimination dans les milieux communautaire, de l'éducation, de travail, de la santé et de la justice* :

#### **4.5.2.1. Milieu communautaire**

La réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le domaine communautaire inclut, sans être limitée aux interventions ci-après:

**Tableau 1 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination en milieu communautaire**

<b>Niveau (populations)</b>	<b>Interventions</b>
Individuel (PVVIH et populations clés)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de soutien ; services de santé mentale</li> <li>• Éducation des populations clés aux droits et à l'accès à la justice</li> </ul>
Interpersonnel (Famille, pairs, partenaires)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation et éducation des membres des familles, des partenaires</li> </ul>
Organisationnel (OSC, associations et réseaux de populations clés et de PVVIH, formations sanitaires)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation des pairs</li> <li>• Renforcement des capacités et création de lieux sécurisés (« safe spaces »)</li> <li>• Mobilisation des communautés pour élaborer et mettre en oeuvre des stratégies de promotion de la santé et des droits</li> <li>• Offre de services de soutien de qualité aux personnes victimes de stigmatisation et discrimination</li> </ul>
Communautaire (Grand public, leaders d'opinion, famille)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre de programmes qui défient les facteurs qui alimentent la stigmatisation et la discrimination dans l'opinion publique et soutenir des communautés qui soutiennent les populations clés et les PVVIH</li> </ul>
Politique publique (Autorités locales et nationales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revue/révision des politiques et pratiques communautaires</li> <li>• Mesure routinière de la stigmatisation dans la communauté</li> <li>• Mise en place d'un système de surveillance au niveau national pour assurer du soutien et de la réparation au niveau communautaire</li> </ul>

#### **4.5.2.2. Milieu de l'éducation**

La réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de l'éducation inclut, sans être limitée aux interventions ci-après:

**Tableau 2 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le milieu de l'éducation**

<b>Niveau (populations)</b>	<b>Interventions</b>
Individuel (Elèves, étudiants, apprentis, PVVIH ou populations clés)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de programmes parascolaires de renforcement des capacités et de la confiance en soi</li> </ul>
Organisationnel (Milieux scolaire, universitaire et de formation professionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre de services VIH accueillants pour les jeunes pour assurer un environnement de confidentialité et un environnement sans stigmatisation</li> <li>• Éducation complète à la sexualité dans toutes les écoles à partir de l'éducation primaire</li> <li>• Utilisation de stratégies de contact dans les milieux scolaire, universitaire et de formation professionnelle</li> </ul>
Communautaire (Parents, leaders communautaires, organisations religieuses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de programmes communautaires pour soutenir les étudiants et les éducateurs vivant avec le VIH ou appartenant aux groupes de populations clés (ex : réseaux de soutien, etc.)</li> <li>• Implication des parents et de la communauté de manière plus large dans la réduction de la stigmatisation en abordant les facteurs qui alimentent la stigmatisation en milieu éducationnel.</li> </ul>
Politique publique (Autorités locales et nationales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration du VIH, du genre, des droits humains, de la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans les curricula de formation des écoles de formation des enseignants.</li> <li>• Formation pré-service des enseignants en matière d'éducation complète à la sexualité</li> <li>• Adaptation, adoption/application de lois qui assurent aux adolescents un accès libre au dépistage et aux services VIH en supprimant les restrictions d'âge</li> </ul>

#### **4.5.2.3. Milieu du travail**

La réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le domaine du travail inclut, sans être limitée aux interventions ci-après :



**Tableau 3 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le milieu du travail**

<b>Niveau (populations)</b>	<b>Interventions</b>
Individuel (Travailleurs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducation des employés aux droits et à l'accès à la justice</li> <li>• Formation de tous les employés sur le genre et les droits humains</li> </ul>
Organisationnel (Employeurs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration des politiques en milieu du travail sur la base des principes des droits humains</li> <li>• Dissémination de l'information sur les politiques en matière de VIH en milieu du travail à tous les employés</li> <li>• Revue/révision de politiques/pratiques pour protéger les populations clés et les PPVIH contre la discrimination</li> <li>• Formation en service sur le genre et la diversité sexuelle pour les responsables</li> </ul>
Communautaire (Travailleurs, familles, membres de la communauté)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducation, formation et sensibilisation des employés, leurs familles et les membres des communautés environnantes basées sur de l'information scientifique sur le VIH, les comorbidités et les droits</li> </ul>
Politique publique (Gouvernement, législateurs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissement d'un système de surveillance au niveau national pour assurer du soutien et de la réparation en milieu de travail</li> <li>• Establish a national-level monitoring system to enable support and redressal in the workplace</li> <li>• Soutien à l'élaboration de politiques protectrices et non-discriminatoires en milieu de travail par le renforcement des capacités des législateurs et autres décideurs à élaborer de telles politiques.</li> </ul>

#### **4.5.2.4. Milieu de la santé**

La réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la santé inclut, sans être limitée aux interventions ci-après:

**Tableau 4 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le milieu de la santé**

Niveau (populations)	Interventions
Individuel (PVVIH et populations clés)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration des parajuristes dans les formations sanitaires pour l'orientation et la sensibilisation des populations clés et la documentation des cas de stigmatisation et discrimination ;</li> <li>• soutien des parajuristes aux clients demandant réparation au besoin</li> </ul>
Organisationnel (Administrateurs de la santé, personnel de formation sanitaire, populations clés)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formations de routine en service sur le VIH, les droits humains, les populations clés, la réduction de la stigmatisation, la non-discrimination, la sensibilisation au genre et l'éthique médicale pour tout le personnel de la formation sanitaire</li> <li>• Assurance de stocks suffisants de manière permanente en intrants de première nécessité et de prophylaxie post-exposition</li> <li>• Développement et respect des politiques non-discriminatoires pour protéger les droits des populations clés qui travaillent en milieu de soins.</li> <li>• Établissement d'une surveillance au niveau de la formation sanitaire pour assurer du soutien et de la réparation.</li> </ul>
Politique publique (Ministères de l'Éducation et de la Santé, écoles de médecins et d'infirmiers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration de la sensibilisation sur le VIH et le genre, la réduction de la stigmatisation et la discrimination, la sensibilisation sur les droits humains dans les curricula des écoles de formation des prestataires de santé</li> <li>• Revue et révision régulière des politiques et des pratiques dans le secteur santé pour assurer qu'elles protègent contre la discrimination des populations clés et vulnérables.</li> </ul>

#### **4.5.2.5. Milieu de la justice**

La réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la justice inclut, sans être limitée aux interventions ci-après :

**Tableau 5 : Interventions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans le milieu judiciaire**

Niveau (populations)	Interventions
<b>Individuel</b> (populations clés et vulnérables)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomisation des populations clés à travers l'éducation aux droits et les connaissances des voies de recours à la justice pour la réparation de leurs droits</li> <li>• Extension du réseau de parajuristes aux prisons</li> </ul>
<b>Organisationnel</b> (Administrateurs de la police et de la prison, système judiciaire, populations clés, OSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formations périodique sur les textes juridiques portant sur le VIH et les populations clés, la réduction de la stigmatisation, la non-discrimination, la pratique policière responsable</li> <li>• Inclusion de l'information sur la prévention du VIH, les besoins de santé et les droits humains des détenus dans la formation du personnel pénitentiaire</li> <li>• Soutien juridique pour s'assurer que les organisations de populations clés et les OSC travaillant avec les populations clés ont accès aux avocats volontaires ou bénévoles</li> </ul>
<b>Communautaire</b> (Grand public, organisations de populations clés, OSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil juridique et campagnes d'éducation aux droits</li> <li>• Évaluations de routine de l'accès à la justice pour les populations clés et les PVVIH</li> <li>• Plaidoyer pour la mise en oeuvre des politiques et lois protectrices</li> <li>• Plaidoyer pour la réforme des politiques et lois non protectrices des droits humains</li> </ul>
<b>Politique publique</b> (Gouvernement ministères, Parlementaires)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration du VIH, du genre, des droits humains, de la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans les curricula de formation de la police et des écoles de droit.</li> <li>• Information et sensibilisation de routine des décideurs</li> <li>• Revue régulière des lois, règlements, politiques en lien avec le VIH dans le contexte des engagements internationaux pris par le pays..</li> </ul>

#### 4.5.3. Services de santé et de soutien

Les interventions prioritaires pour atteindre les cibles en matière de dépistage, traitement et suppression de la charge virale chez les populations clés au Togo d'ici 2025 sont présentées conformément au 3X95 de l'ONUSIDA :

**En ce qui concerne le 1er 95 (95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique :**

- Le dépistage du VIH ;
- La promotion de l'utilisation adéquate et systématique du préservatif et du gel lubrifiant compatible;
- La prévention de proximité ;
- La prophylaxie pré-exposition ;
- La prophylaxie post-exposition ;
- Le diagnostic et le traitement correct des IST ;
- La réduction des risques ;
- Les services de santé sexuelle et reproductive ;
- La prévention et la gestion des co-infections et comorbidités.

**En ce qui concerne le 2ème 95 (95% des personnes qui sont séropositives au VIH sont mises sous ARV) :**

- Le traitement antirétroviral (ARV).

**En ce qui concerne le 3ème 95 (95% des personnes qui sont sous ARV ont la charge virale supprimée) :**

- Les services de soins et soutien
- Accès à la charge virale

**En ce qui concerne la réduction de la stigmatisation, la discrimination et la violence :**

- La prévention des VBG
- La réponse de 1ère ligne à la violence.

#### **4.5.4. Stratégies d'offre des services**

Elles reposent essentiellement sur *l'intégration des services, la décentralisation des services, la délégation des tâches et l'approche communautaire*

##### **4.5.4.1. Intégration des services**

L'offre de services aux populations clés se fait à travers l'intégration des services VIH dans une palette d'autres services cliniques pertinents, comme ceux de réduction des risques, de la santé mentale, de la santé sexuelle et reproductive, de la santé maternelle et infantile, de tuberculose, des hépatites, etc. C'est dans cette perspective que des paquets de services complets sont définis pour les populations clés (Tableau 6 : Paquet complet de services auprès des populations clés)

Parce que ces populations rencontrent des difficultés dans l'accès et l'utilisation des services et dans la rétention dans le continuum de soins, l'intégration des services permet de prendre en considération divers besoins en santé au même moment et dans un même lieu. Les centres communautaires intégrés ou Drop-in-centers (DIC) existants dédiés aux HSH et aux PS servent de cadre pour l'offre de services. Des systèmes de référence sont mis en place auprès d'autres formations sanitaires pour faciliter l'accès à des services qui ne sont pas disponibles sur place. Des services adaptés sont aménagés dans le secteur public santé pour assurer la même qualité de services dans les zones géographiques non couvertes par les DIC et pour répondre aux besoins des clients qui ne souhaitent pas fréquenter les DIC.

##### **4.5.4.2. Décentralisation des services**

Le coût du transport et les longues heures d'attente dans les formations sanitaires étant souvent cités par les populations clés comme étant des obstacles à l'accès aux services et la rétention dans les soins, la décentralisation de certains services VIH les rend plus accessibles à proximité des clients.

La décentralisation des services de prévention est déjà effective grâce aux interventions de prévention de proximité menées grâce à la paire éducation. Elle permet un meilleur accès à l'information et aux outils de prévention, en particulier au préservatif et au gel lubrifiant compatible. Elle est également cruciale dans la création de la demande pour assurer l'accélération de la couverture en prophylaxie pré-exposition (PrEP).

La décentralisation des services de dépistage est également réalisée par le biais des stratégies mobiles et avancées des équipes de soins à proximité des lieux de rencontres, de commercialisation du sexe, de consommation des drogues, d'habitation des populations clés ou d'autres natures. Ces interventions ont permis de pallier les insuffisances des stratégies fixes mais présentent aussi des limites du fait que leur fréquence ne permet pas toujours de couvrir les besoins et que leur coût-efficacité peut être remise en cause lorsque la mobilisation des clients est faible. Le dépistage par les pairs à travers l'implication de pairs éducateurs formés au dépistage rapide permet d'améliorer la performance des programmes. L'administration de l'auto-test à travers une approche assistée représente une opportunité supplémentaire pour renforcer le rôle des pairs éducateurs dans le dépistage en communauté.

La décentralisation des services de traitement ARV auprès des centres de santé de certaines organisations de la société civile est effective et permet de faciliter l'accès au traitement et d'offrir un soutien multidisciplinaire aux clients vivant avec le VIH. Le renforcement de la décentralisation de ces services par la dispensation communautaire des ARV au sein des DIC et des services adaptés permet d'améliorer l'accès au traitement et la rétention dans le continuum de soins des populations clés qui en sont bénéficiaires. La mise en place des DIC et services adaptés sous la tutelle des formations sanitaires publiques ou des centres communautaires des OSC permet de relier les interventions communautaires aux établissements de soins et d'assurer ainsi une qualité optimale des services et du rapportage.

#### **4.5.4.3. Délégation des tâches**

La délégation des tâches en ce qui concerne l'initiation du traitement ARV et le suivi des clients vivant avec le VIH permet au personnel médical, grâce à la mise en réseau des DIC et services adaptés (SA) avec les formations sanitaires publiques, d'assurer une continuité des services. Ainsi un médecin ou un infirmier formé à l'initiation et au suivi pourra être affecté de manière permanente ou se déplacer régulièrement pour offrir des services aux clients d'un DIC ou SA. La délégation des tâches permet ainsi d'améliorer le lien au traitement des personnes dépistées positives et de renforcer la mise en œuvre de l'approche « Tester & Traiter ». Elle permet également d'offrir une gamme de services (santé sexuelle et reproductive, santé mentale, réduction des risques etc.) comme porte d'entrée pour offrir le dépistage du VIH.

#### **4.5.4.4. Approche communautaire**

Les services de prévention, dépistage, dispensation communautaire des ARV et soutien par les communautés de populations clés ont fait la preuve de leur efficacité dans l'atteinte des cibles de la réponse au VIH. Ils permettent aux populations clés de lever les obstacles structurels à l'application de leurs droits et renforcent leur capacité à changer les normes sociales, ceci dans une perspective de réduction d'une vulnérabilité qui dépasse largement l'infection potentielle au VIH.

Les stratégies d'intégration et de décentralisation des services et, dans une certaine mesure, la délégation des tâches permettent de renforcer la participation des communautés à la

réponse nationale. Les services offerts par les communautés sont conçus, mis en œuvre et suivis par les populations clés et :

- Améliorent de façon durable et fiable l'accès aux services cliniques et au matériel de prévention.
- Assurent la riposte à la violence à l'encontre des populations clés par la mise en place d'un système de réponse de première ligne à la violence et la mise en œuvre d'autres interventions structurelles.
- Adoptent une approche progressive aux changements de comportements et sociétaux, qui renforce non seulement les connaissances, mais également les compétences et les dispositifs de prévention, de soins et de traitement viables et durables.
- Utilisent des systèmes formels et informels de rétroaction communautaire, à l'exemple de l'observatoire des droits humains, qui permettent d'améliorer la qualité des prestations médicales et de faire un lien avec les services sociaux et juridiques.

L'implication des populations clés à l'échelle individuelle et communautaire permet d'assurer une assise solide aux interventions liées au VIH, de créer un environnement favorable et d'encourager l'autonomisation des communautés. Elle rend également les programmes plus efficaces et plus efficaces.

#### **4.5.5. Gestion des programmes**

Les interventions de prévention, dépistage, traitement et soins du VIH et des IST auprès des populations clés sont complexes à mettre en œuvre. Elles doivent résoudre simultanément des problèmes d'ordre comportemental, biomédical et structurel et exigent de maintenir un contact régulier avec les populations concernées.

Le contexte togolais présentant généralement des obstacles sociaux, culturels et juridiques, l'établissement et la gestion des programmes se font dans l'assurance que les interventions ne portent pas préjudice aux populations clés. Pour ce faire, les populations clés sont impliquées à tous les stades de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes. Les programmes comportent un volet consacré au renforcement des capacités des organisations des populations clés à offrir des services, mobiliser, à gérer des financements importants et étendre la couverture de leurs activités.

#### **4.6. Paquets complets de services**

Les structures offrant des services 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 en matière de prévention, dépistage, traitement et soins du VIH : « le paquet complet de services ». Il s'agit d'un ensemble d'interventions défini sur la base des directives de l'OMS en la matière et destiné à répondre de manière efficace aux besoins de santé des populations concernées. Certaines interventions sont communes à toutes les populations clés, d'autres services plus spécifiques à chaque groupe ou aux PVVIH.

**Tableau 7 : Paquet complet de services auprès des populations clés**

	<b>PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH</b>	<b>PERSONNES SÉRONÉGATIVES</b>
<b>Dépistage</b>	Dépistage des cas index	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individus à faibles risques : dépistage tous les 12 mois</li> <li>• Individus à hauts risques : dépistage tous les 3 mois</li> </ul>
<b>Prévention</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PrEP pour individus à hauts risques</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPE après exposition présumée au VIH</li> </ul>
	Promotion de l'utilisation adéquate et systématique du préservatif et du gel lubrifiant compatible	
	Prévention de proximité	
	Diagnostic et traitement des IST	
	Réduction des risques auprès des CD et distribution de matériel stérile d'injection d'hormone ou de silicone auprès des personnes transgenres	
<b>Santé sexuelle et reproductive</b>	Counseling en matière de sexualité	
	Dépistage du cancer de l'anus chez les HSH et TS féminins, du cancer de la prostate chez les HSH, du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein chez les TS féminins	
	Planification familiale et conseil sur la contraception des TS féminins	
<b>Prévention et gestion des co-infections et co-morbidités</b>	Évaluation et vaccination contre le VHA des détenus	
	Évaluation et vaccination contre le VHB	
	Dépistage et traitement du VHB et du VHC	
	Services de santé mentale	
<b>Traitement</b>	Traitement antirétroviral	
<b>Soins et soutien</b>	Chimioprophylaxie au cotrimoxazole	
	Intensification du dépistage et référence pour le traitement de la tuberculose	
	Charge virale des PVVIH sous ARV	
	Conseil, soutien et traitement psychosocial et conseils relatifs à l'observance du traitement	

	PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	PERSONNES SÉRONÉGATIVES
	Aide au partage du statut et à la notification du partenaire	
Réduction de la stigmatisation, la discrimination et la violence	Réponse de 1ère ligne à la violence	

#### 4.6.1. Dépistage du VIH

Le dépistage de l'infection à VIH chez les populations clés se fait à travers une combinaison stratégique d'approches afin de faciliter le diagnostic du plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, d'optimiser le rendement, l'efficacité, le rapport coût-efficacité et l'équité. En outre, l'offre de services de dépistage inclut un lien rapide avec les services de traitement, de soins et de soutien pour les personnes dont le test VIH est positif. Les clients dont le test est négatif, en particulier dont l'évaluation des risques révèle un risque élevé sont mis en relation avec les services de prévention pour un suivi régulier et accès plus fréquent au dépistage.

Les services de dépistage du VIH accordent une place importante aux 5 C (Conseil/Counseling, Consentement éclairé, Confidentialité, résultat Correct, Connexion au service) de l'OMS. En d'autres termes, toutes les personnes soumises à un dépistage du VIH doivent donner leur consentement éclairé verbal et être informées de leur droit de refuser le test. Le dépistage n'est ni obligatoire, ni coercitif. Les services de dépistage du VIH sont dispensés de façon respectueuse, non-discriminatoire et éthique, en reflétant l'intégrité professionnelle du prestataire et en respectant les droits fondamentaux de la personne testée. Tous les sites qui dispensent des services de dépistage du VIH disposent de procédures opératoires standardisées (POS) et de codes de conduite éthique. Ils protègent les données des clients et la confidentialité et emploient des agents de santé formés et supervisés (y compris des prestataires de soins non professionnels).

Les stratégies suivantes sont utilisées pour le dépistage de l'infection à VIH chez les populations clés :

- Le dépistage au sein d'un établissement de soins (« stratégie fixe ») ;
- Le dépistage à base communautaire (« stratégie mobile » ou « avancée ») ;
- Le RNR (Risk Network Reference/Référence du réseau à risque)
- L'approche améliorée de mobilisation par les pairs (« Enhanced Peer Outreach Approach, EPOA ») ;
- Le test à des fins de triage (« dépistage par les pairs ») ;
- L'auto-dépistage ;
- Le dépistage des cas index (« index testing ») ;
- Le lien avec des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.



#### **4.6.1.1. Dépistage du VIH au sein d'un établissement de soins**

Les services de dépistage du VIH au sein des établissements de soins font référence aux services dispensés dans ces établissements (y compris les centres communautaires) ou dans un laboratoire. Ils sont offerts selon deux approches :

- Le conseil dépistage volontaire est initié par le client qui arrive dans un établissement de soins pour demander à connaître son statut.
- Le conseil dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) implique que le prestataire de santé propose systématiquement des services de dépistage du VIH aux clients, quelles que soient les raisons qui les amènent dans la formation sanitaire. Des services spécifiques peuvent servir de porte d'entrée pour proposer le dépistage, notamment les services de santé sexuelle et reproductive (ex : la consultation gynécologique, proctologique, la planification familiale, la consultation IST) chez les HSH et les PS ou de réduction des risques chez les UDI. Seulement, le CDIP ne doit pas devenir un dépistage obligatoire ou un dépistage effectué sans informer la personne au préalable qu'elle peut le refuser.

#### **4.6.1.2. Services de dépistage du VIH à base communautaire**

Du fait de la faiblesse de l'accès et de l'utilisation des services de dépistage du VIH par les populations clés, les services de dépistage du VIH à base communautaire sont essentiels pour accroître le diagnostic précoce, atteindre les personnes qui ne se sont jamais fait dépister et les personnes qui ont rarement recours aux services cliniques. Ces services incluent diverses approches, notamment :

- Le dépistage du VIH à domicile proposé : 1) au porte-à-porte et à l'ensemble des personnes, couples ou familles consentants, dans une zone géographique et 2) aux foyers comptant une personne dont la séropositivité est connue (client index) ou une personne avec une tuberculose présumée ou active, avec consentement préalable du client index.
- Le dépistage sur les lieux ou à proximité des lieux de rencontres, de commercialisation du sexe ou de consommation de drogues.
- Les campagnes mobiles à portée communautaire réalisées à travers le déplacement d'une unité mobile. Cette approche en termes de coût-efficacité est de moins en moins utilisée au bénéfice des deux précédentes.

#### **4.6.1.3. Le RNR (Risk Network Reference / Référence du réseau à risque)**

L'approche de référence du réseau de risque (RNR) est une stratégie de dépistage qui consiste à permettre le dépistage du réseau de risque du pair VIH par référence de ce dernier. Elle engage les PVVIH dans la référence volontaire des partenaires au niveau clinique, communautaire, etc... Les pairs PS, HSH et les UDI vivant avec le VIH sont invités à référer vers les centres accrédités les personnes de leur réseau social et / ou professionnel. Cette approche permet d'étendre les avantages potentiels de l'index testing parmi les populations clés (PC) en :

- fournissant un ensemble élargi d'options de référence auto initié en fonction des préférences des PC vivant avec le VIH ;

- ET élargir les références aux autres membres du réseau au-delà des partenaires sexuels, des partenaires pour les injections de drogue les enfants biologiques, par le biais des coupons et de la référence en ligne.

La RNR, contrairement à l'index testing, n'exige pas que les membres des PC vivant avec le VIH nomment, ou même connaissent le nom de ces contacts pour effectuer des références. Grâce à cette approche, les membres des PC vivant avec le VIH distribuent des coupons aux membres de leurs réseaux sociaux et sexuels. Ces derniers acceptent ces coupons et se rendent dans les structures de leur choix pour le dépistage.

#### **4.6.1.4. Approche améliorée de mobilisation par les pairs**

Cette approche couramment appelée EPOA (en anglais, Enhanced Peer Outreach Approach) est une approche hybride qui combine des stratégies fixes et mobiles dans l'offre de services. Dirigée par des pairs éducateurs (PE) qui incitent les membres de leurs communautés (encore appelés pairs mobilisateurs ou PM) normalement ce sont des personnes issues du groupe de populations clés ciblées, ayant de grands réseaux sociaux et de bonnes aptitudes de communication et de persuasion) à persuader les membres de leurs propres réseaux sociaux et sexuels à se faire dépister pour le VIH en leur remettant des coupons, l'EPOA permet d'atteindre des personnes qui ne sont pas atteints par les actions habituelles des pairs éducateurs. Ces individus jusque là non identifiés comme appartenant aux populations clés ne fréquentent généralement pas les points chauds traditionnels et n'utilisent pas sinon utilisent peu les services proposés par les organisations à base communautaire.

De manière classique, les programmes de prévention définissent les profils des PM () auxquels les PE remettent une quantité définie de coupons à remettre à des personnes de leurs réseaux sociaux ou sexuels. Ces clients ciblés parce qu'ils n'ont jamais fait de dépistage du VIH ou alors ne l'ont pas fait au cours des 3 derniers mois recevront un coupon de référence pour se rendre à un point de dépistage qui sera défini en fonction de la préférence du client (au DIC/SA en stratégie fixe ou en communauté en stratégie mobile ou avancée).

L'EPOA a pour but de pallier des défis relevés par les approches classiques de mobilisation pour le dépistage telles que la couverture géographique des actions des pairs mobilisateurs, la réticence des leaders communautaires à laisser les équipes pénétrer leurs communautés, l'insécurité liée aux déplacements nocturnes dans des localités difficiles d'accès ou à haute dangerosité. Elle permet également d'améliorer l'utilisation des services de prévention, dépistage et traitement du VIH en atteignant les individus les plus difficiles d'accès, en améliorant le ciblage des personnes à dépister et, par conséquent, en améliorant les taux de séropositivité.

#### **4.6.1.5. Test à des fins de triage**

Le test à des fins de triage (encore appelé « **dépistage par les pairs** ») vise à renforcer les services de dépistage du VIH à base communautaire dispensés par des prestataires communautaires et l'EPOA. Les prestataires communautaires qui peuvent être des pairs éducateurs ou des médiateurs ou des pairs navigateurs formés et supervisés effectuent un seul test de diagnostic rapide (TDR) pour le VIH. Si ce TDR unique est réactif, la personne est immédiatement mise en relation avec un établissement pour subir un autre test, où l'algorithme de dépistage validé au niveau national est effectué. Si le résultat réactif est

confirmé et donc la personne diagnostiquée VIH-positive, celle-ci commence un traitement ARV. Lorsque le résultat est non réactif, la personne est diagnostiquée séronégative pour le VIH, orientée vers des services adaptés de prévention du VIH et invitée à effectuer un nouveau test au bout d'une période de trois mois en cas de risque récent ou persistant d'exposition à l'infection par le VIH.

Le dépistage par les pairs permet de réduire la complexité des procédures de dépistage dans les activités à portée communautaire ou à domicile. Ainsi, il peut être particulièrement adapté pour les zones géographiques n'ayant pas d'infrastructure permettant aux organisations communautaires d'effectuer un dépistage du VIH. En outre, cette approche permet d'accroître l'accès à d'autres services de santé tels que le screening de la consommation des drogues, de la violence, des IST, de la tuberculose, et l'orientation vers des services appropriés.

#### **4.6.1.6. Auto-dépistage de l'infection à VIH**

L'auto-dépistage du VIH est un processus par lequel une personne qui veut connaître son statut VIH prélève son propre échantillon, effectue un test puis interprète elle-même le résultat, souvent dans un cadre privé. En donnant aux personnes l'occasion de se tester facilement et en toute discrétion, l'auto-test permet d'augmenter le recours au test VIH chez les personnes non couvertes par d'autres services de dépistage, et qui pour beaucoup se font dépister pour la première fois. Au vu des profils des clients potentiellement intéressés par l'auto-dépistage, l'implication des pairs éducateurs, médiateurs, pairs navigateurs et autres travailleurs communautaires dans la distribution et la supervision de l'administration des auto-tests est d'une grande importance pour optimiser la performance des programmes d'auto-dépistage.

L'auto-dépistage est réservé aux populations clés et le kit est distribué à la demande. L'accès aux kits auto-test est semi-restreint dans la mesure où ils sont distribués par les prestataires de services des organisations de populations clés, OSC ou formations sanitaires publiques. L'administration de l'auto-test est faite avec ou sans la supervision du prestataire de services, à la préférence du client. Par conséquent, le prestataire qui distribue les kits d'auto-test du VIH doit informer tout client que l'auto-test ne délivre pas un diagnostic définitif ; il s'agit comme dans l'approche de « test à des fins de triage » d'un test initial. Tout auto-test donnant un résultat positif doit être suivi d'un test supplémentaire effectué selon l'algorithme de dépistage validé au niveau national.

#### **4.6.1.7. Dépistage des cas index**

Le dépistage des cas index (encore appelé « **index testing** ») est un processus volontaire durant lequel un prestataire de santé demande à une personne séropositive considérée comme client index dans le cadre de cette stratégie, de lister tous ses partenaires sexuels ou d'injection de drogues pendant les 12 derniers mois et ses enfants biologiques. Si le client index accepte, chaque partenaire et enfant listé : (1) est contacté, (2) est informé qu'il a été exposé au VIH, et (3) bénéficie d'une offre de dépistage volontaire du VIH.

Le but du dépistage des cas index est de rompre la chaîne de transmission du VIH par l'offre de dépistage VIH aux personnes qui ont été exposées et les lier aux services de traitement

ARV si elles sont séropositives au VIH ou aux services de prévention (ex : PrEP, condoms), si elles sont séronégatives au VIH.

Le dépistage des cas index concerne tous les partenaires sexuels et partenaires d'injection de drogues durant les 12 derniers mois. Les contacts sexuels doivent inclure toutes les personnes avec lesquelles ils ont eu des rapports sexuels (même si ce n'était qu'une fois et même s'ils ont toujours utilisé le préservatif avec le partenaire). Les contacts par échange de seringues incluent toutes les personnes avec lesquelles ils ont échangé des seringues ou des dispositifs injectables (même s'il s'est agi juste d'une fois et même s'ils avaient nettoyé la seringue avant de la partager). En ce qui concerne le dépistage familial des cas index, tous les enfants (âgés de moins de 15 ans) sont concernés si la mère est séropositive au VIH ; le père est séropositif au VIH et déclare que la mère de l'enfant est séropositive au VIH, décédée, ou de statut sérologique VIH inconnu ; les frères et sœurs biologiques sont séropositifs (si le client index est un enfant).

Le dépistage des cas index se fait selon deux principales approches :

- L'approche traditionnelle de dépistage des partenaires encore appelée référence par le Client : dans cette approche, le client index prend la responsabilité de partager son statut sérologique VIH avec son (ses) partenaire(s) et les encourage à aller faire leur dépistage VIH. Ceci est souvent fait en utilisant des lettres d'invitation ou des coupons de référence.
- Les « approches innovantes et assistées » de dépistage des partenaires :
  - o La référence par contrat : le client index rentre en contrat avec le prestataire de santé et accepte de partager son statut sérologique VIH avec son (ses) partenaire(s) et de les référer pour le dépistage VIH dans un délai précis. Si le(s) partenaire(s) ne se font pas dépister dans ce délai, le conseiller/agent de santé contactera directement le(s) partenaire(s) et leur proposera les services de dépistage volontaire du VIH.
  - o La référence par le prestataire de santé : avec le consentement du client index, le prestataire de santé contacte directement le(s) partenaire(s) du cas index et leur offre les services de dépistage VIH tout en maintenant confidentielles les informations concernant le client index.
  - o La référence couplée : Un prestataire de santé formé assiste le client index à annoncer son statut sérologique VIH à son partenaire, ou encore il offre le dépistage VIH aux deux partenaires et les assiste dans le partage de leurs statuts sérologiques respectifs.

#### **4.6.1.8. Lien avec des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien**

Quelle que soit la stratégie de dépistage utilisée, une évaluation des risques du client sera faite au counseling pré-test et le client mis en lien avec un service de prévention, traitement, soins ou soutien en fonction du statut sérologique et du niveau de risque :

- Les clients dépistés positifs seront appariés à un médiateur ou pair navigateur pour du soutien émotionnel et la facilitation du lien au traitement.
- Les clients dépistés négatifs à haut risque d'exposition au VIH seront introduits auprès d'un pair éducateur pour un suivi de cohorte incluant un renforcement des messages de

prévention, un accès régulier au préservatif et gel lubrifiant compatible, la prophylaxie pré-exposition, le dépistage du VIH tous les 3 mois et le diagnostic et traitement des IST et des hépatites B et C.

- Les clients dépistés négatifs à faible risque d'exposition au VIH seront référés vers un programme classique de paire éducation pour un accès régulier aux messages de prévention ainsi qu'au préservatif et gel lubrifiant compatible et le dépistage du VIH tous les 12 mois.

#### **4.6.2. Promotion de l'utilisation adéquate et systématique du préservatif et du gel lubrifiant compatible**

La promotion de l'utilisation adéquate et systématique du préservatif et du gel lubrifiant compatible auprès des populations clés se fait à travers les actions de sensibilisation sur les bénéfices de l'utilisation de ces outils par les prestataires de santé dans les formations sanitaires, par des pairs éducateurs en communauté, dans les sites de rencontres, de commercialisation du sexe et de consommation des drogues, en ligne dans les réseaux sociaux et les sites virtuels de rencontres. Afin d'éradiquer la stigmatisation sociale du préservatif et du gel lubrifiant compatible et créer un environnement propice à leur utilisation, des actions de sensibilisation grand public sont également menées à travers les médias. Des actions plus spécifiques ciblent les agents des forces de l'ordre pour éviter que le préservatif et le gel lubrifiant compatible soient perçus comme évidence de l'homosexualité ou du travail du sexe et servent de prétexte pour l'arrestation des populations clés et des acteurs de prévention.

Le préservatif et le gel lubrifiant compatible sont rendus disponibles auprès des populations clés par les prestataires de santé dans les DIC et autres centres communautaires et les formations sanitaires, en communauté à travers la distribution par les pairs éducateurs dans les domiciles, les sites de rencontres, de commercialisation du sexe et de consommation des drogues et tous les autres sites de distribution au public (supermarché, station d'essence, distributeur automatique..etc). Un système de référence vers des points d'offre de services ou de distribution est proposé lors des actions de sensibilisation en ligne, dans les réseaux sociaux et les sites virtuels de rencontres pour assurer l'accès des utilisateurs à ces outils.

#### **4.6.3. Prévention de proximité**

De la prévention de proximité est assurée auprès des populations clés à travers diverses approches : la permanence de prévention, la sensibilisation en communauté, le suivi individuel des clients à hauts risques d'exposition au VIH et la médiation et/ou la paire navigation. Ces approches permettent d'assurer l'accès à l'information et aux outils de prévention et d'accroître l'accès à d'autres services tels que le screening de la consommation des drogues, de la violence, des IST, de la tuberculose, et l'orientation vers des services appropriés en cas de besoin.

##### **4.6.3.1. Permanence de prévention**

Une permanence de prévention est assurée par des pairs éducateurs au sein des établissements de santé (DIC, SA, formations sanitaires publiques) et intégrée dans le

circuit du client pour s'assurer que tout client fréquentant ces points de services a accès aux messages et outils de prévention.

#### **4.6.3.2. Sensibilisation en communauté**

Des actions sont menées par des pairs éducateurs à domicile ou à proximité des lieux de rencontres, de commercialisation du sexe ou de consommation de drogues pour assurer l'accès des personnes difficiles d'atteinte aux messages et outils de prévention.

#### **4.6.3.3. Sensibilisation en ligne**

Des actions de sensibilisation sont menées en ligne par des pairs éducateurs formés à cette activité dans les réseaux sociaux et les sites virtuels de rencontres. Un système de référence vers des points d'offre de services est mis en place pour assurer l'accès des utilisateurs aux outils de prévention et aux services.

#### **4.6.3.4. Suivi individuel des clients à haut risque d'exposition au VIH**

Une attention particulière est portée aux clients à haut risque d'exposition au VIH dont les pairs éducateurs effectueront un suivi individuel pour renforcer les messages de prévention et assurer un accès mensuel aux outils de prévention, notamment la PrEP, un accès trimestriel au dépistage du VIH, au diagnostic, au traitement et à la prévention des IST et des hépatites B et C.

#### **4.6.3.5. Médiation et pair navigation**

L'accès aux messages et outils de prévention des personnes vivant avec le VIH est assuré par des médiateurs et des pairs navigateurs dans le cadre des activités de soutien et suivi de leur infection à VIH ou dans le cadre d'un programme de prévention positive.

### **4.6.4. Prophylaxie pré-exposition**

La prophylaxie pré-exposition (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) consiste à l'utilisation de médicaments ARV par des personnes non-infectées par le VIH afin de bloquer la transmission du VIH en cas d'exposition. Au Togo, la PrEP est réservée à des personnes appartenant au groupe HSH ou PS courant un risque important de contracter le VIH comme choix supplémentaire de prévention et offerte en combinaison avec d'autres stratégies de prévention. L'approche de mise en oeuvre est la suivante :

#### **4.6.4.1. Sensibilisation et mobilisation**

La sensibilisation sur la compréhension des bénéfices et de l'utilisation de la PrEP est cruciale pour créer la demande et assurer une bonne performance de l'intervention. Les communautés de populations clés sont sensibilisées à travers des activités de prévention de proximité menées par des pairs éducateurs formés. Du matériel d'information, éducation et communication est distribué à l'occasion de ces activités et les clients intéressés sont référés vers les points de services.

#### **4.6.4.2. Recrutement de potentiels candidats**

Les individus intéressés sont évalués quant à leur pré-éligibilité à la PrEP par des pairs éducateurs ou des prestataires de santé en communauté. De l'information est généralement

collectée sur les comportements à risques des clients lors des actions en communauté. Cette intervention sert à effectuer une évaluation initiale du risque-bénéfice de la PrEP. Les individus répondant aux critères de pré-éligibilité sont informés de leur possible éligibilité et référés vers des points de services pour une évaluation et une information plus détaillée. Les critères pré-éligibilité sont les suivants :

- o Être séronégatif au VIH, et
- o Être un HSH ou un PS, et
- o Être âgé de plus de 18 ans, et
- o Avoir eu des rapports sexuels sans préservatif dans les six derniers mois, ou entretenir une relation sexuelle avec une personne vivant avec le VIH, ou avoir eu un épisode récent d'IST, ou demander la PrEP.

#### 4.6.4.3. Évaluation de l'éligibilité

L'éligibilité des clients arrivés à un établissement de santé offrant la PrEP est évaluée par un prestataire de santé (infirmier ou travailleur psychosocial) avec l'aide d'un outil standard d'évaluation. Le prestataire de santé vérifie les critères de pré-éligibilité basés sur les antécédents comportementaux (voir section précédente). Ensuite, une évaluation des critères biologiques est effectuée à travers la réalisation du dépistage du VIH, à moins que le client ait réalisé un test dans les 7 jours précédents. Une évaluation clinique est faite pour recherche des éventuels symptômes d'une infection aiguë du VIH (syndrome pseudo-grippal, lymphadénopathies, etc.). En cas de suspicion de primo-infection, un rendez-vous est donné au client pour refaire un test de dépistage après 4 semaines. Le diagnostic et le traitement des IST (en particulier celui de la syphilis) sont réalisés, ainsi que la mesure de la créatininémie. Les critères d'éligibilités sont les suivants :

**Tableau 8 : Critères d'éligibilité à la PrEP**

PS féminins	HSH
Séronégatif au VIH	
18 ans d'âge et plus	
Sexe féminin	Sexe masculin
Rapports sexuels en échange de l'argent ou des biens dans les <b>6 derniers mois</b>	Rapports sexuels anaux avec un autre homme dans les <b>6 derniers mois</b>
Comportements à risques d'acquisition du VIH dans les <b>6 derniers mois</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport sexuel vaginal ou anal sans préservatif</li> <li>• Diagnostic ou antécédents d'IST</li> <li>• Relation sexuelle en cours avec une PVVIH qui n'est pas sous traitement ARV ou dont la charge virale n'est pas supprimée</li> </ul>	Comportements à risques d'acquisition du VIH dans les <b>6 derniers mois</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport sexuel anal (insertif ou réceptif) sans préservatif</li> <li>• Diagnostic ou antécédents d'IST</li> <li>• Rapports sexuels en échange de l'argent</li> <li>• Relation sexuelle en cours avec une PVVIH qui n'est pas sous traitement ARV ou dont la charge virale n'est pas supprimée</li> </ul>
Pas de suspicion d'infection aiguë du VIH	

Pas de contre-indications à la prise de la PrEP	
après 6 mois	Acceptation de se faire une mesure initiale de la créatininémie puis
Volonté d'utiliser la PrEP telle que prescrite, de faire un dépistage régulier et des visites mensuelles de suivi et de partager ses coordonnées téléphoniques	

Les clients éligibles à la PrEP reçoivent un counseling initial en matière d'éducation thérapeutique et sont référés vers un médecin pour l'initiation du traitement.

#### **4.6.4.4. Initiation de la PrEP**

L'initiation de la PrEP est faite par un médecin sur la base des résultats de l'évaluation de l'éligibilité qui inclut une évaluation des risques, une évaluation biologique et une évaluation clinique. Chez le client jugé éligible à prendre la PrEP, l'éducation thérapeutique est renforcée en abordant la posologie, la gestion des effets indésirables et l'observance. D'autres sujets tels que la santé sexuelle et reproductive, l'utilisation des drogues et la consommation de l'alcool, le screening et la réponse à la violence sont également abordés dans le cadre du counseling par le médecin. Sur la base d'une confirmation verbale du client de sa volonté de prendre la PrEP, une ordonnance initiale de Ténofovir Disoproxyl Fumarate (TDF) par voie orale est délivrée pour une période de 6 mois et maintenue dans le dossier client. Une première dispensation de TDF est faite pour une période d'un mois.

#### **4.6.4.5. Suivi clinique**

Dix jours après l'initiation de la PrEP, le client est contacté par téléphone par un prestataire de santé (infirmier, travailleur psychosocial) pour évaluer et renforcer l'observance. Au cas où le client n'est pas joignable, une visite à domicile est organisée par un pair avec les mêmes objectifs. Une première évaluation clinique est effectuée un mois après l'initiation par un médecin afin d'exclure une primo-infection, évaluer et renforcer l'observance. La dispensation se fera tous les mois, des préservatifs et du gel lubrifiant compatible seront offerts à cette occasion au client.

#### **4.6.4.6. Aide à l'observance**

Des activités d'aide à l'observance seront menées en communauté au bénéfice des utilisateurs de PrEP par des pairs ou des médiateurs :

- Counseling centré sur le client en matière d'observance
- Réunions de groupe de paroles pour échange d'expériences
- Echanges dans des groupes WhatsApp et Facebook
- Rappels par appels téléphoniques et/ou SMS 7, 3 et 1 jour avant le rendez-vous.

#### **4.6.5. Prophylaxie post-exposition**

La Prophylaxie post-exposition (PPE) est administrée pour réduire la probabilité d'infection à VIH après une possible exposition. Elle est prescrite suite à l'exposition au VIH en milieu de travail, à des situations en dehors du milieu de travail, notamment



l'agression sexuelle, les expositions liées au partage du matériel d'injection chez les UDI et l'exposition à travers une activité sexuelle consensuelle.

Les mesures à prendre doivent l'être en urgence afin d'assurer, après une évaluation du risque et un dépistage négatif du VIH chez le client exposé, l'initiation d'un traitement ARV dans un délai de 72 heures après exposition. La durée de la PPE est de 28 jours, le traitement prescrit est préférentiellement un protocole à base de Ténofovir Disoproxil Fumarate (TDF), Lamivudine (3TC) et Dolutégravir (DTG). Dans tous les cas, il faut suivre le protocole en vigueur dans le pays.

La prescription de la PPE est accompagnée de conseils de prévention primaire et de prévention de risques dans le milieu d'exposition au VIH. Offrir une PrEP après la fin de la PPE de 28 jours peut être envisagé pour les personnes qui présentent des comportements à risques élevés répétés ou qui ont suivi des traitements répétés de PPE.

Devant tout accident d'exposition au sang (AES), les mesures à prendre doivent l'être aussi en urgence, de façon à permettre après évaluation du risque, la mise sous ARV dans les 24 à 48 heures suivant l'accident, si possible dans les quatre heures qui suivent.

#### **4.6.6. Diagnostic et traitement des IST**

Le diagnostic et le traitement des IST est syndromique conformément aux directives nationales. Un examen clinique complet comportant un interrogatoire et un examen physique est offert à tout client reçu. Les informations récoltées à l'interrogatoire et les signes observés pendant l'examen physique permettent de formuler un diagnostic en l'absence de tests de laboratoire. Les syndromes recherchés et présentés ci-après sont des ensembles de signes qui sont des manifestations de différentes IST. Le diagnostic et le traitement des IST se feront conformément aux recommandations nationales (*cf. Guide de prise en charge des IST*).

#### **4.6.7. Réduction des risques**

Un paquet complet de services de réduction des risques est offert aux utilisateurs de drogues injectables comprenant les interventions suivantes :

- Le programme d'échange d'aiguilles et de seringues ;
- La thérapie de substitution aux opiacés et d'autres traitements basés sur l'évidence de la dépendance aux drogues ;
- Le dépistage du VIH ;
- Le traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH ;
- La prévention et le traitement des IST ;
- La promotion de l'utilisation du préservatif et du gel lubrifiant compatible y compris pour les partenaires sexuels ;
- L'information, éducation et communication ciblée ;
- La prévention, la vaccination, le diagnostic et le traitement des hépatites B et C ;
- La prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose ;

- La distribution communautaire de la naloxone pour la prévention et le traitement de l'overdose aux opiacés.

Les interventions de dépistage du VIH, de traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH, de prévention et traitement des IST, de promotion de l'utilisation du préservatif et gel lubrifiant compatible, d'information, éducation et communication ciblée, de prévention, la vaccination, le diagnostic et le traitement des hépatites B et C, et la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont décrites dans le guide de prise en charge globale des PVVIH. Leur mise en œuvre se faisant selon les mêmes approches chez tous les groupes de populations clés, seules les interventions suivantes seront abordées de manière détaillée dans cette section :

- o Le programme d'échange d'aiguilles et de seringues
- o La thérapie de substitution aux opiacés et d'autres traitements basés sur l'évidence de la dépendance aux drogues
- o La distribution communautaire de la naloxone pour la prévention et le traitement de l'overdose aux opiacés.

#### **4.6.7.1. Programme d'échange d'aiguilles et de seringues**

Le programme d'échange d'aiguilles et de seringues est mené auprès des UDI afin de faciliter l'utilisation d'aiguilles et seringues stériles et réduire ainsi la transmission du VIH et des hépatites B et C.

La promotion de l'échange d'aiguilles et de seringues se fait à travers des actions de sensibilisation sur les bénéfices de l'échange d'aiguilles et de seringues par les prestataires de santé dans les formations sanitaires, par des pairs éducateurs en communauté, dans les sites de consommation des drogues. Afin d'éradiquer la stigmatisation sociale liée à l'utilisation des drogues et créer un environnement propice à l'échange des aiguilles et seringues, des actions de sensibilisation grand public sont également menées à travers les médias. Des actions plus spécifiques ciblent les agents des forces de l'ordre pour éviter que la possession d'aiguilles et seringues en une quantité limitée à un usage personnel soit utilisée comme évidence de l'utilisation des drogues injectables et de prétexte pour l'arrestation des UDI et des acteurs de prévention.

Les aiguilles et seringues sont distribuées sous forme de kit de prévention comprenant également des préservatifs et du gel lubrifiant compatible, un filtre, de l'eau stérile, deux tampons d'alcool, des cotons-tiges, une cuillère, un récipient étanche, un acidifiant et un garrot. Ce kit est rendu disponible auprès des UDI par les prestataires de santé dans les DIC et autres centres communautaires, les formations sanitaires et les centres de traitement de l'addiction, en communauté à travers la distribution par les pairs éducateurs dans les domiciles et sites de consommation de drogues. Un système de référence vers des points d'offre de services ou de distribution est proposé lors des actions de sensibilisation en ligne, dans les réseaux sociaux, pour assurer l'accès des utilisateurs aux kits de prévention.

Un dispositif de collecte des aiguilles et seringues usées est déployé par la mise en place de récipients appropriés dans les sites où les kits de prévention sont distribués (DIC et autres centres communautaires, formations sanitaires et centres de traitement de l'addiction, sites de consommation des drogues en communauté). Les UDI sont encouragés à ramener les aiguilles et seringues usées sans que cela ne soit une obligation pour recevoir de nouveaux

; la préférence étant donnée au dépôt du matériel utilisé dans les dispositifs de collecte en communauté plutôt que le transport qui expose les UDI aux arrestations.

#### **4.6.7.2. Thérapie de substitution aux opiacés**

La thérapie de substitution aux opiacés (TSO) est un traitement médical efficace, sécurisé en termes de coût-efficacité de la dépendance à la drogue car il réduit l'utilisation de la fréquence d'injection de l'héroïne et d'autres substances injectables, limitant ainsi les risques d'overdose associés et la transmission du VIH et des hépatites B et C. En outre, la TSO est efficace dans l'amélioration de l'observance des traitements ARV et de la tuberculose et la réduction de la criminalité. L'approche de mise en œuvre est la suivante :

- **Sensibilisation et mobilisation :** La sensibilisation sur la compréhension des bénéfices et de l'utilisation de la TSO est faite pour créer la demande et assurer une bonne performance de l'intervention. Les communautés de populations clés sont sensibilisées à travers des activités de prévention de proximité menées par des pairs éducateurs formés. Du matériel d'information, éducation et communication est distribué à l'occasion de ces activités et les clients intéressés sont référés vers un centre de traitement de l'addiction.
- **Accueil :** Les clients à leur arrivée à un centre de traitement d'addiction sont accueillis par un infirmier qui recueille leurs informations personnelles et vérifie s'ils remplissent les critères pour une consultation.
- **Consultation médicale:** Le médecin réalise une évaluation de la dépendance aux opiacés à travers un entretien personnel pour recueillir les antécédents, un examen physique et une évaluation de la dépendance.
- **Plan de traitement :** Chez les clients éligibles à la TSO, la dose initiale est calculée par le médecin et administrée. Le client est maintenu sous observation pour quelques heures pour vérifier si la dose initiale est correcte, la période d'observation pouvant être prolongée pour obtenir une stabilisation de la dose. Une éducation thérapeutique est réalisée pour donner des informations détaillées sur le traitement et les risques liés aux interactions médicamenteuses. Un lien est fait avec d'autres services en cas de comorbidités.

#### **4.6.7.3. Prévention et traitement de l'overdose aux opiacés**

L'overdose aux opiacés est la première cause dans le monde des décès évitables liés à l'utilisation des drogues. Par conséquent, il est important de pouvoir inclure la prévention et le traitement de l'overdose dans la stratégie nationale.

La prévention de l'overdose aux opiacés se fait à travers :

- l'éducation sur les causes de l'overdose et les stratégies pratiques pour minimiser le risque de l'overdose ;
- la formation à la réponse à l'overdose, y compris l'éducation à la reconnaissance des symptômes, à l'administration de la naloxone et aux premiers secours ;
- l'offre et l'administration de la naloxone pour gérer l'overdose ;
- le renforcement du monitoring communautaire de la pureté et de la qualité des drogues.

#### **4.6.8. Services de santé sexuelle et de la reproduction**

Ces services consistent essentiellement en l'offre de counseling en matière de sexualité, dépistage des cancers de l'anus et de la prostate, dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, planification familiale et conseil sur la contraception.

##### **4.6.8.1. Counseling en matière de sexualité**

Le conseil individuel en matière de sexualité est offert aux adolescents appartenant aux groupes de populations clés par le personnel formé des centres de santé communautaires. Ce conseil est effectué dans la perspective de l'éducation complète à la sexualité comprise comme un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur le programme d'études qui porte sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les adolescents appartenant aux groupes de populations clés des connaissances factuelles, des aptitudes, des attitudes et des valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité ; d'établir des relations sociales et sexuelles respectueuses ; de réfléchir à l'incidence de leur choix sur leur bien-être personnel et celui des autres ; et de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie. L'éducation complète à la sexualité est également préconisée comme un moyen d'aborder les normes sociales et la stigmatisation concernant la sexualité, l'identité de genre et l'orientation sexuelle.

Le contenu du conseil inclura dans un ordre logique sans être limité à celles-ci les thématiques suivantes :

- Le consentement et les compétences pour la vie courante ;
- L'information scientifiquement exacte sur le VIH, les hépatites B et C et les autres IST, la prévention des grossesses, les grossesses précoces et non désirées, et l'efficacité et la disponibilité des différentes méthodes de protection ;
- L'incidence des expériences biologiques et des normes culturelles et de genre sur la manière dont les jeunes et adolescents vivent leur sexualité, et leur santé sexuelle et reproductive en général ;
- Les facteurs spécifiques de risque et de protection qui ont une influence sur des comportements sexuels particuliers : prévention du VIH, des hépatites B et C et d'autres IST, prévention des grossesses, prévention de la violence et de la discrimination basées sur le genre ;
- Les stratégies à employer pour faire face à des situations spécifiques pouvant conduire à une infection à VIH ou à d'autres IST, à des rapports sexuels non désirés ou non protégés ou à des violences sexuelles ;
- Les attitudes individuelles des pairs et les normes concernant le préservatif et l'ensemble des moyens de contraception ;
- Des informations sur les services disponibles pour répondre aux besoins de santé des jeunes et adolescents, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive.

#### **4.6.8.2. Dépistage des cancers de l'anus et de la prostate**

Le dépistage des cancers de l'anus et de la prostate se fait à travers un examen proctologique dans le cadre de visites de routine. A l'occasion de ces visites, les professionnels de la santé recueillent les antécédents des clients et procèdent à un examen physique complet. Les prestataires de santé abordent lors de ces visites les thématiques suivantes liées à la santé anale :

- l'utilisation correcte et régulière de préservatifs et de lubrifiant compatibles adaptés ;
- les dangers potentiels de douches rectales ou de lavements ;
- l'utilisation d'objets étrangers et d'autres pratiques pénétrantes (ex.: godes<sup>7</sup>, plugs<sup>8</sup>, fisting<sup>9</sup>, etc.) ;
- les antécédents de problèmes de santé anorectale ;
- l'utilisation de médicaments et d'autres substances lors de relations anales.

L'examen proctologique permet de déceler les pathologies telles que :

- des blessures ou des signes de traumatisme, y compris des saignements de la marge anale ou de la muqueuse anale ;
- de fortes douleurs près de l'anus ;
- des sécrétions dans et autour de l'anus ou du rectum ;
- des hémorroïdes ;
- des fissures anales ou des fistules ;
- des verrues anales ;
- des ulcères dans et autour de l'anus ou du rectum ;
- la présence d'objets étrangers au niveau de l'anus ou du rectum ;
- des lésions laissant présager l'apparition de conditions précancéreuses ou de cancers de l'anus ou du rectum ;
- des blessures intestinales ;
- une incontinence anorectale.

Le dépistage du cancer de l'anus causé par le virus du papillome humain (VPH) se fait à travers :

- une inspection visuelle : le personnel médical doit examiner la région anogénitale pour évaluer les lésions infectées par le VPH lors de la première consultation et dans le cadre d'un examen physique annuel complet ;
- la cytologie anale : le personnel de santé doit pratiquer un test de Papanicolaou à partir des cellules de la marge anale (PAP) lors de la première consultation puis chaque année chez les HSH et chez tous les clients ayant des antécédents de verrues anales.

---

<sup>7</sup> Gode :

<sup>8</sup> Plugs :

<sup>9</sup> Fisting :

Le dépistage du cancer de la prostate est indiqué chez les HSH comme chez tous les hommes âgés de plus de 50 ans et se fait à travers :

- Le toucher rectal (examen de la prostate en introduisant un doigt ganté dans le rectum) permet au médecin de vérifier le volume, la consistance et la texture de la surface de la prostate. Cet examen est inconfortable mais indolore.
- Le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) permet, via une prise de sang, de mesurer son taux dans le sang. Le PSA est une protéine produite par la prostate, présente normalement en faible quantité dans le sang.
- Face à une augmentation du PSA, des examens complémentaires dont une biopsie sont prescrits pour vérifier la présence d'un cancer.

#### **4.6.8.3. Dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein**

Le virus du papillome humain (VPH) est l'une des causes du cancer du col de l'utérus. Le dépistage permet la détection précoce de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col utérin et par conséquent la diminution de la morbidité et de la mortalité importantes qui en découlent. Les travailleurs de sexe féminin ont accès aux informations, aux services de dépistage du cancer du col de l'utérus et sont référés vers les services appropriés pour les traitements nécessaires.

Le dépistage est réalisé chez les PS féminins comme chez toutes les femmes âgées de 30 à 49 ans au moins une fois au cours de leur vie. Les femmes séropositives font l'objet de dépistage du cancer du col utérin, quel que soit leur âge. Il prend la forme d'un examen visuel à l'aide d'acide acétique (vinaigre), d'un test PAP conventionnel ou encore d'un test de dépistage du VPH. Les clientes présentant des lésions précancéreuses et cancéreuses sont référées vers des services spécialisés pour être traitées immédiatement.

Le dépistage du cancer du sein fait partie des examens de routine chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. Les PS féminins de cette tranche d'âge bénéficient d'un examen clinique des seins et d'une mammographie de dépistage tous les 2 ans. Les clientes avec un diagnostic de cancer sont référées vers des services spécialisés pour un traitement approprié.

#### **4.6.8.4. Planification familiale et conseil sur la contraception**

La planification familiale efficace et le conseil sur la contraception auprès des PS féminins se font à travers les étapes essentielles suivantes :

- Discussion des méthodes de contraception disponibles, incluant les méthodes de double protection ;
- Fourniture d'un appui-conseil qui permet de connaître les intentions d'une travailleuse du sexe enceinte ;
- Détermination de l'éligibilité médicale de la méthode de planification familiale retenue ;
- Fourniture ou prescription d'une méthode de planification familiale ;
- Promotion et distribution des préservatifs ;

Les informations suivantes sont fournies afin que les PS féminins puissent adopter une méthode contraceptive de façon volontaire et en toute connaissance de cause :

- L'efficacité relative de chaque méthode.
- L'utilisation correcte de la méthode.
- Son mode de fonctionnement.
- Les effets secondaires potentiels.
- Les risques à la santé et les avantages.
- Les signes et symptômes qui demandent une nouvelle consultation médicale.
- Le retour à la fertilité après l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Comme toute femme non enceinte et n'utilisant pas de méthode de contraception qui a eu un rapport sexuel vaginal non protégé, la PS féminin a accès à une contraception d'urgence administrée aussitôt que possible, idéalement dans les 72 heures et au plus tard dans les 120 heures suivant le rapport sexuel. La fréquence de son utilisation fait l'objet d'un suivi.

#### **4.6.9. Prévention et gestion des co-infections et co-morbidités**

##### **4.6.9.1. Dépistage et traitement du VHB et du VHC**

Le **diagnostic de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB)** se fait par la recherche de l'antigène de surface (Ag HBs) chez les groupes à risques tels que les UDI, les HSH, les PS, les partenaires sexuels des PVVIH et les détenus. Toute personne porteuse de l'Ag HBs est invitée à participer à :

1) une évaluation du profil évolutif de l'infection par :

- La recherche de signes cliniques d'hépatite B chronique ;
- La recherche d'autres marqueurs de l'hépatite B (Ac anti-HBc ; AgHBe)
- La quantification de l'ADN du VHB ;
- Le dosage répété des transaminases ;
- La recherche du virus des hépatites C (VHC) et D (VHD).

2) Une évaluation de l'atteinte hépatique dont le but est d'apprécier l'existence de complications ou les risques d'évolution vers ces complications, et d'aider à la décision thérapeutique:

- Le taux de Prothrombine pour apprécier le degré d'atteinte hépatocellulaire ;
- L'électrophorèse des protéines sériques ;
- L'échographie abdominale ;
- Le dosage de l'alpha-foetoprotéine ;
- La quantification de la charge virale du VHB.

Compte tenu des difficultés à poser le diagnostic de certitude des hépatites virales évolutives, sera considéré comme porteur d'une hépatite B active, tout client qui

présente un Antigène Hbs positif et des taux de transaminases (ALAT/SGPT) supérieurs ou égaux à 4 fois la normale. Ces personnes seront référées vers un service spécialisé pour un traitement et des soins appropriés.

Le **diagnostic de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC)** se fait par la recherche des anticorps anti-VHC. Sera considéré porteur d'une Hépatite C active tout client qui présente des anticorps anti-VHC positifs et des taux de transaminases (ALAT/SGPT) supérieurs ou égaux à 4 fois la normale. Ces personnes seront référées vers un service spécialisé pour un traitement et des soins appropriés.

#### **4.6.9.2. Évaluation et vaccination contre le VHB**

Les personnes ciblées par la vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) sont les clients qui présentent un Antigène Hbs négatif. Sont particulièrement concernés les adolescents appartenant aux populations clés, âgés de moins de 16 ans et non antérieurement vaccinés. Dans ce contexte, un schéma simplifié à 2 injections séparées de 6 mois est utilisé. Chez les adultes et en cas d'utilisation d'un vaccin associant la vaccination de l'hépatite A à celle de l'hépatite B, un schéma complet correspondant à trois doses est nécessaire : les deux premières à un mois d'intervalle, la troisième six mois plus tard. Pour certains cas particuliers où l'obtention très rapide d'une protection vaccinale est souhaitable (personnes détenues), un schéma accéléré peut être proposé comportant l'administration en primo-vaccination de 3 doses en 21 jours, suivies d'un rappel 12 mois après.

#### **4.6.9.3. Services de santé mentale**

L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel l'individu peut s'épanouir, surmonter les tensions normales de la vie, travailler de façon productive et contribuer à la vie de sa communauté.

Un dépistage de routine et une gestion des troubles de santé mentale sont proposés aux personnes issues des populations clés. Dans ce cadre, le développement de l'identité (sexuelle), la dépression, le stress et le traumatisme associés au statut de population clé, et le lien de ces facteurs avec le risque sexuel associé au VIH, l'utilisation des services VIH et l'observance du traitement ARV sont recherchés. Un suivi est effectué auprès des clients présentant des troubles afin, d'une part, d'améliorer leur état de bien-être individuel, et d'autre part, d'optimiser l'utilisation des services VIH, promouvoir l'observance des traitements ARV et améliorer ainsi la performance des programmes.

#### **4.6.10. Traitement antirétroviral**

Le traitement antirétroviral est initié selon les directives nationales chez toute personne adulte vivant avec le VIH, quel que soit le stade clinique de l'OMS et le taux de cellules CD4.

#### **4.6.11. Soins et soutien**

##### **4.6.11.1. Chimio prophylaxie au cotrimoxazole**

Une chimio prophylaxie au cotrimoxazole est offerte aux personnes vivant avec le VIH afin de prévenir l'apparition de nouvelles infections opportunistes notamment les infections à *Pneumocystis jiroveci*, *Toxoplasma gondii*, *Isospora belli*, *Plasmodium falciparum* et autres plasmodies, *Streptococcus pneumoniae*, les salmonelloses et les autres infections bactériennes sensibles (*Shigella*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*).



Les personnes concernées sont des sujets symptomatiques au stade II, III ou IV de l’OMS, des sujets asymptomatiques avec un taux de CD4 < 350 / mm<sup>3</sup>, les femmes enceintes à partir du début du 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse. La posologie recommandée pour les personnes pesant plus de 30 kg est de 960 mg/jour. La chimioprophylaxie au cotrimoxazole est continue jusqu’à la restauration immunitaire mesurée par une augmentation du taux des CD4 à plus de 350 / mm<sup>3</sup> à 2 reprises et à 6 mois d’intervalle.

#### **4.6.11.2. Intensification du dépistage et référence pour le traitement de la tuberculose**

L’intensification du dépistage de la tuberculose se fait à travers l’implication dans le screening des médiateurs et des pairs navigateurs, qui recherchent auprès de chaque client les principaux signes d’appel : une toux évoluant depuis plus de 2 semaines, une fièvre ou des sueurs nocturnes. Les personnes présentant l’un des symptômes susmentionnés sont référées vers une formation sanitaire pour un diagnostic.

Le protocole national de traitement antituberculeux chez les nouveaux cas au Togo est : 2 mois de Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol (RHZE) et 4 mois de Rifampicine et Isoniazide (RH). Pendant toute la durée du traitement, le contrôle de la prise effective des médicaments par un soignant peut être effectué selon le principe DOT (Directly Observed Treatment). La survenue d’effets indésirables est étroitement surveillée (notamment hépatitiques, allergiques ou digestifs), en raison d’un risque plus élevé chez le patient immunodéprimé. Un contrôle des crachats avec recherche de BK<sup>10</sup> est effectué à la fin des 2<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois.

#### **4.6.11.3. Fourniture de thérapie préventive à l’Isoniazide**

Toute PvVIH chez qui le traitement ARV est initié et qui ne présente pas de signe d’une tuberculose active est mise sous Isoniazide durant une période de six (6) mois quel que soit le taux de CD4. La posologie pour des sujets de plus de 25 kg et les adultes est de 300 mg (soit 1 comprimé) par jour).

#### **4.6.11.4. Conseil, soutien et traitement psychosocial et conseils relatifs à l’observance du traitement**

Le conseil, le soutien et le traitement psychosocial ainsi que les conseils relatifs à l’observance du traitement sont offerts aux PVVIH afin de les amener à surmonter le stress et prendre des décisions personnelles concernant le VIH. Regroupés sous le terme « prise en charge psychosociale », ces services sont offerts en conformité avec les directives nationales (Cf. Guide de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, 2019).

#### **4.6.11.5. Aide au partage du statut et à la notification du partenaire**

L’identification et le dépistage des partenaires ne constituent pas un évènement ponctuel mais sont offerts continuellement ; immédiatement après le diagnostic de l’infection à VIH, au moins une fois par an comme faisant partie du suivi de la PVVIH, après un changement de partenaire ou de statut matrimonial.

---

<sup>10</sup> BK : bacille de Kock

Quelle que soit l'approche de dépistage des partenaires adoptée en accord avec le client, traditionnelle ou « innovante et assistée » (référence par contrat ou référence couplée en particulier), le prestataire de santé peut être amené à assister le client index dans l'annonce de son statut sérologique VIH à son partenaire, ou à offrir le dépistage VIH aux deux partenaires en les assistant dans le partage de leurs statuts sérologiques respectifs.

#### **4.6.12. Réponse de première ligne à la violence**

La réponse de première ligne à la violence basée sur le genre et la violence du partenaire intime (VPI) permet de répondre aux besoins émotionnels, physiques, sécuritaires et de soutien du survivant et de lui apporter des soins sans porter atteinte à sa vie privée.

La réponse de première ligne à la violence revêt une importance cruciale au vu de la situation de détresse dans laquelle le survivant peut se retrouver après la survenue de la violence. Elle est apportée par un pair (éducateur, navigateur), un médiateur ou tout autre personnel psychosocial formé et s'articule autour des cinq points du L.I.V.E.S. de l'OMS suivants :

- **Listen** : L'écoute active qui sert à offrir du réconfort au survivant et à l'aider à gérer ses sentiments et réduire l'anxiété, notamment en livrant des messages clés.
- **Inquire about needs and concerns** : L'évaluation des besoins permet d'apprécier les besoins émotionnels, physiques, sociaux et sécuritaires et de fournir des informations sur les droits de la personne et les services disponibles.
- **Validate** : Montrer au survivant qu'on le croit et on le comprend
- **Ensure safety** : Le renforcement de la sécurité se fait en aidant le survivant à identifier des stratégies de sécurité pour se mettre à l'abri du danger et éviter de vivre de nouveaux épisodes de violence.
- **Support** : La référence du survivant vers des services cliniques, juridiques et sociaux est indispensable pour faciliter l'accès aux services et aux ressources et lui permettre d'obtenir les premiers secours en cas de violence physique ou sexuelle, déclarer et documenter les préjudices subis pour demander réparation, obtenir du soutien afin de répondre aux divers besoins (hébergement, alimentation, sécurité etc.).
- Le suivi auprès du survivant se fait 2 semaines, 1 mois, 3 mois et 6 mois après la survenue de la violence dans le but de :
  - ✓ vérifier que les blessures guérissent correctement ;
  - ✓ que le traitement des IST ou de PEP est respecté ;
  - ✓ réaliser un test de grossesse en cas de risque ;
  - ✓ évaluer l'état émotionnel, la prise de l'alcool ou des drogues, continuer d'apporter du soutien ou référer en cas de désordre lié au stress post-traumatique ;
  - ✓ s'assurer que la vaccination contre l'hépatite B est effective ;
  - ✓ évaluer les besoins en soutien juridique et social et y répondre.

# 5. CADRE NORMATIF DE L'OFFRE DE SERVICES

## 5.1. Cadre physique

### 5.1.1. 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 grand nombre de personnes, les services en stratégie avancée et mobile sont également utilisés, 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 ou Service Adapté (SA)** 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. C'est un centre de santé préexistant et qui utilise le personnel de santé y travaillant déjà pour offrir un ensemble de service spécifique aux populations clés. En dehors des heures normales de service, le centre peut aussi choisir de créer des horaires spécifiques pour les populations clés.

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 9 ci-dessous, selon la pyramide sanitaire du pays.

**Tableau 9 : 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 privés*	X	X	X	X	X	X
Centre médico-social	X	X	X	X	X	x

Dispensaire	X	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)*

### 5.1.2. 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 disposer des mêmes infrastructures 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 avancée ou mobile, 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.

### 5.1.3. 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 nécessaires, le détail figure dans le tableau 10 ci-dessous.

Tableau 10 : Description des équipements nécessaires pour offrir des services VIH/IST aux populations clés

<p><b>Salle d'accueil / d'attente</b></p>	<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 à 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  Gels hydro alcooliques  Masques  Brasseur ou climatiseur  préservatifs masculins et féminins</p>
<p><b>Salle de conseil dépistage</b></p>	<p>1 Bureau  1 Fauteuil de bureau  3 Chaises visiteurs  1 Armoires et/ou étagères,  1 boîte à 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  Gels hydro alcooliques  Masques  Ventilateurs ou climatiseur  préservatifs masculins et féminins</p>
<p><b>Salle de consultation</b></p>	<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  Anuscope ou bistouri  Dispositif de lave main  Gels hydro alcooliques  Masques  Pèse personne  Tensiomètre  Thermomètre  Ordinateur de bureau</p>

	Ventilateurs ou climatiseur préservatifs masculins et féminins
<b>Salle de repos ou de soins journaliers</b>	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 Dispositif de lave main Brasseurs ou climatiseur
<b>Salle de pharmacie</b>	1 Bureau ; 1. Fauteuil du bureau ; 2. Chaises visiteurs ; 1 Armoires 3 Etagères ; 1 Réfrigérateur Gels hydro alcooliques Masques Ordinateur de bureau climatiseur
<b>Bureau du responsable de la structure</b>	1 Bureau ; 1 Fauteuil de bureau ; 3 Chaises visiteurs ; 1 Armoires; 1 Canapé trois places 4 Fauteuils 1 boîte à 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 Gels hydro alcooliques Ventilateurs ou climatiseur Masques poste téléviseur ordinateurs (bureau et portatif) préservatifs masculins et féminins

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.

Les équipements de laboratoires, les médicaments et consommables doivent être disponibles et conformes aux normes nationales y compris les activités de conseil dépistage.

Toutefois les équipements pour la réalisation de sérologies VIH en ELISA et Western Blot sont réservés aux CHU, éventuellement aux CHR et 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 accréditées pour la prescription et le suivi des traitements ARV.

## 5.2. Ressources humaines

### 5.2.1. 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
- 1 comptable
- 1 RAF
- 1 gestionnaire des données
- 1 chargé de suivi évaluation

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

**Tableau 11 : Description des tâches et responsabilités des personnels des services offrant des prestations VIH/IST aux populations clés**

POSTES	TACHES
<b>Responsable du centre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veille au bon fonctionnement de la structure</li> <li>- Passe en revue et contrôle toutes les fiches des clients</li> <li>- Programme et tient des réunions hebdomadaires avec le personnel</li> <li>- Contrôle le livre de caisse (dans les structures où les prestations sont payantes)</li> <li>- Facilite et coordonne la supervision interne du personnel</li> <li>- Rédige les rapports techniques</li> <li>- Apporte un accompagnement psychosocial au besoin</li> <li>- Fait la promotion des relations avec les structures offrant des services complémentaires</li> </ul>
<b>Agent de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assure les consultations des clients ;</li> <li>- Offre les soins aux clients ;</li> <li>- Anime des séances de sensibilisation dans les structures et en stratégie mobile - Fait les prélèvements</li> <li>- Assure le conseil pré et post test</li> <li>- Fait le suivi des clients</li> <li>- Fait les visites à domicile au besoin (soins à domicile)</li> <li>- Fait l'accompagnement psychosocial au besoin</li> <li>- Réfère les clients au besoin</li> <li>- Produit un rapport hebdomadaire, mensuel et trimestriel</li> </ul>
<b>Réceptionniste ou agent d'accueil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assure un accueil convivial à tout client,</li> <li>- Oriente les clients vers les services appropriés,</li> <li>- Détermine l'éligibilité du client,</li> <li>- Explique les procédures de la structure aux clients,</li> <li>- Veille à la confidentialité du service,</li> <li>- Enregistre tous les clients dans le registre de la structure,</li> <li>- Remet au client son numéro d'ordre d'arrivée,</li> <li>- Remplit la fiche d'identification du client,</li> <li>- Collecte les fiches des clients au niveau des conseillers et de la salle de consultation -</li> <li>- Vérifie la complétude des fiches remplies</li> <li>- Classe les fiches dans un échéancier (selon les rendez-vous ou par ordre alphabétique)</li> <li>- Note dans le registre le nombre total de clients reçus par jour, selon le motif de la visite</li> <li>- Produit un rapport hebdomadaire, mensuel et trimestriel</li> </ul>
<b>Conseillers/médiateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donne des informations claires, précises et actualisées sur l'infection à VIH, le sida et les IST,</li> <li>- Discute du caractère volontaire et confidentiel du service avec le client,</li> <li>- Obtient le consentement éclairé du client</li> <li>- Remplit la fiche avec le client, - Conduit le conseil pré test,</li> <li>- Fait la démonstration de l'utilisation correcte du port des préservatifs (masculins et féminins),</li> <li>- Propose des préservatifs et des gels lubrifiants aux clients qui en ont besoin</li> <li>- Fait les tests de dépistage sur le sang total,</li> </ul>



POSTES	TACHES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fait le counseling post test,</li> <li>- Remplit le bulletin et demande les tests de confirmation du VIH en cas du premier test positif</li> <li>- Confie le client aux infirmiers/Technicien de laboratoire pour le prélèvement de sang à la fin du conseil pré-test</li> <li>- Ne transmet le résultat du test qu'à la personne concernée</li> <li>- Participe régulièrement à la supervision individuelle et à la supervision par les pairs</li> <li>- - Assure le suivi psychologique de ses clients</li> <li>- Produit un rapport hebdomadaire, mensuel et trimestriel</li> </ul>
<b>Agent de mobilisation communautaire (PE, Médiateurs)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilise la communauté sur les comportements à haut risque,</li> <li>- Suscite la demande pour les services de prévention et de prise en charge des populations à haut risque</li> <li>- 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)</li> <li>- Crée des liens avec les acteurs de la communauté,</li> <li>- Fournit le soutien nécessaire aux clients,</li> <li>- Sensibilise la communauté sur les droits humains et contre la stigmatisation et la discrimination, estime de soi</li> <li>- Réfère les clients vers les structures de prise en charge</li> <li>- Offre les gels lubrifiants et préservatifs aux pairs</li> <li>- Fait le suivi des PVVIH (VAD, Appui Psychosocial, ETP recherche des PDV)</li> <li>- Sert de lien entre les prestataires de soins et les clients</li> <li>- Produit un rapport hebdomadaire, mensuel et trimestriel</li> </ul>
<b>Technicien de laboratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participe aux prélèvements selon les normes nationales,</li> <li>- S'assure que les prélèvements sanguins des clients sont bien étiquetés et portent le numéro du client,</li> <li>- Enregistre les prélèvements dans les outils de gestion du laboratoire, -</li> <li>- Conditionne les prélèvements et sérum selon les normes nationales</li> <li>- Gère le stock des intrants</li> <li>- Assure la gestion des déchets</li> <li>- Produit un rapport hebdomadaire, mensuel et trimestriel Transmet les résultats des tests et prélèvements selon le circuit défini par la structure</li> <li>- Réalise l'analyse des échantillons de sang conditionnés selon les procédures nationales ou les achemine au laboratoire de référence</li> <li>- 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 jour.</li> </ul>
<b>Agent de sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assure la sécurité du centre (personnel et matériel)</li> <li>- Oriente les clients vers le réceptionniste</li> <li>- Fait le compte rendu à son supérieur</li> </ul>
<b>Agent d'entretien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assure la propreté des locaux et du matériel du centre</li> <li>- Range le matériel dans les endroits appropriés</li> <li>- Fait le compte rendu à son supérieur</li> </ul>

### **5.2.2. 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 de capacité et ou d'un appui en ressources humaines.

### **5.2.3. 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 encouragées à postuler pour les postes de prestataires et de conseillers. Toutefois en pratique, certaines tâches sont spécifiques au profil de prestataires médicaux.

### **5.2.4. Conditions pour l'offre de service en stratégie mobile**

#### ***5.2.4.1. 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).

#### ***5.2.4.2. 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 12 : Récapitulatif des attributions des différentes tâches techniques des structures de prise en charge des populations clés en fonction du profil des prestataires (mettre ce tableau en paysage)**

PROFIL DES PRESTATAIRES	DIFFERENTS 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	PEC IST	Traitement IO	Prise en charge ARV	PEC Psychosociale	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	X
Infirmier/ère d'état	X	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

X = qualifié pour offrir le service après une formation adéquate

### 5.2.5. 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 :

- Engagées,
- disponibles,
- patientes,
- discrètes,
- compréhensives,
- respectueuses des droits et des choix des clients
- sincères.

### 5.2.6. 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 les droits humains (VBG, environnement Favorable).

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

Des plans de formation doivent être mis en place (par les responsables ou coordonnateurs des centres, en collaboration avec le PNLS-HV/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.

### 5.2.7. 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 5<sup>ème</sup> si possible) ;
  - être membre d'une organisation identitaire 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 remise à niveau régulière (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.

*Une formation est nécessaire dans le sens du renforcement des capacités des acteurs de la prévention et de soins qui travaillent auprès des populations clés. Des modules de formations spécifiques à chaque population clé doivent être développés pour relever le niveau des pairs-éducateurs travaillant auprès des populations clés.*

### **5.2.8. Conditions de prestation des services**

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

## **5.3. Suivi-évaluation et Gestion**

### **5.3.1. Suivi et évaluation**

**Le système de suivi évaluation devra s'appuyer sur un système d'information fiable.** Le DHIS communautaire devra inclure les données pour la gestion de la réponse nationale de la lutte contre les IST et le VIH chez les populations clés. Le **système d'information** découlant du DHIS2 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. A cet effet, la collecte des données devra se faire régulièrement afin d'alimenter la base de données.

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

**Une première Evaluation** des interventions est prévue pour la période 2021-2025 se fera au troisième trimestre de 2023.

**Une autre évaluation des interventions** se fera au quatrième trimestre de 2025 et servira à préparer le Plan d'intervention 2026-2030.

**L'unité de suivi-évaluation** mise en place au niveau du PNLs-HV/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.

### **5.3.2. Indicateurs de performances**

Les indicateurs liés aux interventions ciblant les populations clés sont les suivants :

#### **5.3.2.1. Indicateurs d'impact**

- ☞ Les populations clés ont un accès facile aux services de qualité
- ☞ La prévalence du VIH au sein des populations clés est réduite de 75%
- ☞ L'environnement social, politique et juridique est favorable à l'accès et l'utilisation continue des services VIH pour les populations clés et les PVVIH

#### **5.3.2.2. Indicateurs d'effet et de résultats**

- ☞ Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes vivant avec le VIH ;
- ☞ Pourcentage de Professionnelles du sexe vivant avec le VIH ;
- ☞ Pourcentage de personnes transgenres vivant avec le VIH ;
- ☞ Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH ;
- ☞ Pourcentage de détenus vivant avec le VIH.
- ☞ Pourcentage de HSH qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel ;
- ☞ Pourcentage de personnes transgenres qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire occasionnel masculin ;
- ☞ Pourcentage de Professionnels du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client ;
- ☞ Pourcentage d'usagers de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection ;
- ☞ Pourcentage d'usagers de drogues qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ;
- ☞ Pourcentage de détenus qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ;

- ☞ Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique à la fin de la période de rapportage ; (Population générale, HSH, PS, Transgenres, Détenus, UD/UDI).
- ☞ Pourcentage des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique et qui sont sous traitement antirétroviral à la fin de la période de rapportage (Population générale, HSH, PS, Transgenres, Détenus, UD/UDI).
- ☞ Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont une charge virale indétectable (Population générale, HSH, PS, Transgenres, Détenus, UD/UDI)
- ☞ Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui font état d'attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH ;
- ☞ Pourcentage de personnes vivant avec le VIH déclarant avoir été victimes de discrimination liée au VIH dans les services de soins de santé (Population générale, HSH, PS, Transgenres, Détenus, UD/UDI)
- ☞ Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes évitant d'avoir recours aux services de soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination encourues ;
- ☞ Pourcentage de professionnels du sexe évitant d'avoir recours aux services de soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination encourues ;
- ☞ Pourcentage de personnes transgenres évitant d'avoir recours aux services de soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination encourues ;
- ☞ Pourcentage d'usagers de drogues/usagers de drogues injectables évitant d'avoir recours aux services de soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination encourues ;
- ☞ Pourcentage de personnes vivant avec le VIH déclarant avoir exercé un recours judiciaire à la suite de la violation de leurs droits ;

### **5.3.2.3. Indicateurs relatifs aux interventions**

Le regroupement des différents indicateurs selon chaque catégorie de populations clés est résumé dans le tableau 13 ci-après.

**Tableau 13 : Indicateurs de suivi-évaluation des interventions dans les populations clés**

<b>Populations clés</b>	<b>Indicateurs</b>
<b>HSH</b>	Pourcentage de HSH ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis) Nombre de HSH touché par les sensibilisations de proximité (IEC/CCC...)
	Nombre de HSH mis sous traitement antirétroviral oral par PrEP durant la période de rapportage
	Nombre de HSH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat
	nombre de HSH victimes de violence durant la période de rapportage
	nombre de HSH victimes de violence ayant reçu des services de réponse de première ligne à la violence
<b>TS</b>	Nombre de TS touché par les sensibilisations de proximité (IEC/CCC...)
	nombre de TS mis sous traitement antirétroviral oral par PrEP durant la période de rapportage
	Nombre de TS ayant bénéficié d'un dépistage du VIH durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat
	Nombre de TS victimes de violence durant la période de rapportage
	Nombre de TS victimes de violence ayant reçu des services de réponse de première ligne à la violence
<b>Personnes TG</b>	Pourcentage de personnes transgenres ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis)
	Pourcentage de personnes transgenres éligibles ayant commencé un traitement antirétroviral oral par PrEP durant la période de rapportage
	Pourcentage de personnes transgenres chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat
	Pourcentage de personnes transgenres victimes de violence ayant reçu des services de réponse de première ligne à la violence
<b>UD/UDI</b>	nombre d'UD/UDI touché par les sensibilisations de proximité (IEC/CCC...) (paquet de services définis)
	Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées aux UDI, par an et lors de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues
	nombre d'individus recevant un traitement de substitution aux opioïdes depuis au moins 6 mois
	nombre des UD/UDI ayant bénéficié d'un dépistage du VIH durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat
<b>Détenus</b>	nombre de détenus touché par les sensibilisations de proximité (IEC/CCC...) (paquet de services définis)



Populations clés	Indicateurs
	Nombre de détenus ayant bénéficié d'un dépistage du VIH durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat
	nombre cas positifs au VIH au cours de la période de rapportage
	nombre cas positifs au VIH mis sous traitement au cours de la période de rapportage
<b>Toutes les personnes vivant avec le VIH</b>	nombre de PVVIH mis sous TARV parmi toutes les personnes vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage
	Nombre de PVVIH ayant une charge virale indétectable à la fin de la période de rapportage

### 5.3.3. Gestion d'une structure adaptée aux populations clés

#### 5.3.3.1. Rôle du responsable

Le coordonnateur de la structure de prévention et de prise en charge des populations 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.

#### 5.3.3.2. 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.

#### 5.3.3.3. 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.

#### 5.3.3.4. 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.

## 5.4. Coordination

## 5.4.1. Coordination nationale

### 5.4.1.2. 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 en fin d'année les informations stratégiques en provenance de tous les secteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions en faveur des populations clés principalement la santé, la justice, la sécurité, le tourisme, le transport, de la société civile, des confessions religieuses.

Une table ronde sur la problématique des populations clés sera organisée chaque année lors de la revue annuelle des interventions VIH. Au cours de cette table ronde, un point sera fait sur les interventions de l'année écoulée, les projections d'intervention pour la nouvelle année et les arbitrages seront faits afin d'optimiser les résultats. Cette table ronde permettra d'analyser les investissements dans le domaine, les GAPs seront aussi discutés afin d'identifier les stratégies de financement au besoin.

Cette table ronde rassemblera les autorités nationales du SP/CNLS-IST, PNLS-HV/IST, Ministère de la santé, Ministère de la sécurité, de la justice des droits humains, du transport, du tourisme, l'enseignement supérieur. 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.

Le groupe technique droits humains et genre apportera son soutien technique à travers des recommandations stratégiques au SP/CNLS dans la mise en oeuvre des interventions.

Pour marquer l'importance de la thématique, le chargé du réseau communautaire du SP/CNLS-IST sera le point focal. Cette personne sera responsable du suivi des projets au quotidien et rendra régulièrement compte au coordonnateur afin que des décisions nécessaires soient prises à temps.

### 5.4.1.2. Coordination technique

**La coordination technique** de la mise en œuvre de la présente politique au niveau national sera du ressort du PNLS-HV/IST à travers le comité technique thématique IST et interventions ciblées. Ce comité technique regroupera le PNLS-HV/IST, des représentants des PTF, des représentants des OSC intervenant auprès des populations clés, des représentants de chaque population bénéficiaire (associations de HSH, PS et UD/UDI), 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. 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 PNLS-HV/IST. Chaque réunion sera sanctionnée par un

rapport qui fera l'état des lieux, lequel rapport sera adressé au SP/CNLS-IST et à l'ensemble des parties prenantes.

#### **5.4.2. 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-HV/IST).

#### **5.4.3. Coordination au niveau district**

**La coordination au niveau des districts sanitaires** sera assurée par les Directions de District Sanitaire. Le point focal district VIH assurera le secrétariat de district des interventions en direction des populations à haut risque. Les questions liées aux populations clés seront insérées à l'ordre du jour des réunions de l'équipes cadre du district.

Ceci permettra 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.** Cette mise en œuvre passera par des projets/programmes d'actions inspirés de la présente politique. Les rapports seront envoyés vers les directions des districts sanitaires.

Les données liées aux populations clés seront prises en compte dans le système national d'information sanitaire, notamment dans le DHIS2.

## ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE

- Afrobaromètre | Ekoutiamé A. Ahlin, Moussa P. Blimpo, et Ezéchiél A. Djallo ; 2015. Les Togolais acceptent les différences sociales à l'exception de celles d'orientation sexuelle. Afrobaromètre/Dépêche No. 34, [https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ab\\_r6\\_dispatch\\_no34.pdf](https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ab_r6_dispatch_no34.pdf)
- Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; 2016. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés.
- Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST-TOGO) ; 2015. Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida : 2016-2020.
- Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST-TOGO) ; 2019. Revue du Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida 2016-2020. Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse au VIH du Togo.
- Duvall, S., J. Agounke, S. Anato, A. Hodo, Y. Kugbe, G. Chaold et B. Nibogora ; 2013. « Analyse de politiques pour les populations clés qui risquent de contracter le VIH au Togo ». Accra, Ghana: Futures Group, Projet de Politique Sanitaire.
- Fonds des Nations Unies pour la population ; 2015. Mettre en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH et les IST auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: Approches pratiques pour des interventions collaboratives.
- Gouvernement des Etats Unis d'Amérique ; 2019. Rapport 2018 sur les droits de l'homme - Togo. <https://tg.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/220/TOGO-HRR-2018.pdf>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) ; 2019. Rights-based monitoring and evaluation of national HIV responses.
- Journal Officiel de la République Togolaise 64e année n 11 ter ; 2019. Loi n° 2019-003 du 15 mai 2019 portant modification des dispositions des articles de la Constitution du 14 octobre 1992.
- Observatoire des droits humains et VIH. Réseau des Associations de Personnes Vivant avec le VIH au Togo (RAS+ Togo) ; 2019. Rapport 2018.
- Organisation des Nations Unies ; 2016. Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ; 2018. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle.
- Organisation Mondiale de la Santé ; 2015. Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives.
- Organisation Mondiale de la Santé ; 2017. Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés.
- Organisation Mondiale de la Santé ; 2018. Considérations techniques et opérationnelles pour la mise en œuvre de la mesure de la charge virale du VIH : mise à jour technique provisoire.

- Organisation Mondiale de la Santé ; 2018. Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires: supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2015. Accélérer la prévention combinée afin de réduire les nouvelles infections par le VIH à moins de 500 000 d'ici à 2020.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2015. Comprendre l'accélération : Passer à la vitesse supérieure pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2017. Feuille de Route de la Prévention du VIH pour 2020 : Accélérer la prévention du VIH en vue de réduire les nouvelles infections de 75%.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2018. Partenariat mondial pour l'élimination la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2019. Guide de terminologie de l'Onusida.
- Programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (PNLS-IST) ; 2017. Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo en 2017.
- Programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (PNLS-IST) ; 2017. Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les professionnelles du sexe et leurs clients au Togo en 2017.
- Programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (PNLS-IST) ; 2017. Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les usagers de drogues au Togo en 2017.
- Programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (PNLS-IST) ; 2017. Étude sur la cartographie programmatique chez les populations clés du Togo (PS, HSH, UDI et détenus).
- République Togolaise. Loi n° 2010-018 du 31 décembre 2010 portant protection des personnes en matière de VIH/SIDA.
- République Togolaise. Loi n° 2015-10 du 24 novembre 2015 portant nouveau Code Pénal.
- République Togolaise. Loi n° 98 - 008 portant contrôle des drogues du 18 mars 1998.
- Stahlman S, Liestman B, Ketende S, Kouanda S, Ky-Zerbo O, Lougue M, Diouf D, Anato S, Tchalla J, Bamba A, Dramé FM. Characterizing the HIV risks and potential pathways to HIV infection among transgender women in Cote d'Ivoire, Togo and Burkina Faso. *Journal of the International AIDS Society*. 2016 Jul;19:20774. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949310/>
- United Nations Development Programme ; 2016. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions.
- United Nations Office on Drugs and Crime, International Labour Organization, United Nations Development Programme, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Policy brief. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions.
- United Nations Office on Drugs and Crime ; 2017. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions.

- World Health Organization ; 2015. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.
- World Health Organization ; 2016. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2nd ed.

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

N°	Nom et Prénoms	Fonction/Structure
1	FAGNON Abla	Chargée de S&E/RAS+Togo
2	TCHALLA Jules	Responsable S&E/EVT
3	TCHANGAI Mawaba V.	Chargée des Réseaux Communautaires/SP/CNLS-IST
4	BITCHATOU A. Valery	Responsable S&E/Club des 7 Jours
5	ADADJISSO Togbé M.C	Directeur Exécutif/Réseau Cupidon
6	THACKEY Ali Farabe	Assistant S&E/Plateforme OSC-VIH
7	GNASSINGBE Amah Dondinaa	Gestionnaire de Base de données /SP/CNLS-IST
8	AFELI Abra Jeanne	Chargé de Programme/UNFPA
9	KPESSSE Koffi Biova	Chargé des activités Communautaires/AAEC
10	TCHA-TAGBA Saibou	Chargé de Programme/SP/CNLS-IST
11	TOHON épouse AYANOU Dorcas	Technical Officer KPIF/EAWA/FHI 360
12	AZANLEDJI-AHADZI Justine Mawulawè	Magistrate /Point Focal VIH/Ministère de la Justice
13	AKINDES Abiolan B.	Président /MEN'S
14	AZIAMADO Idia Kekelia	Assistante S&E/SP/CNLS-IST
15	WITA Akpéné	Chargé de S&E/AFAZ
16	GNASSE Atinédi	Responsable Service Communication et Relations Publiques/SP/CNLS-IST
17	AMOUSSOU Kégnidé Damien	Coordonnateur National Adjoint/SP/CNLS-IST
18	LIMAZIE Abalo	Responsable Service S&E/SP/CNLS-IST
19	AZIAKOU Christophe	Président UNITY
20	COLE Blanche	Présidente Ladies Voice
21	M'BA Daakom	Responsable Administratif et Financier/SP/CNLS-IST
22	MOUKPE Essozimna	Assistante en Communication

23	N'BIYOU E. Rita	Comptable/SP/CNLS-IST
24	Prof. Vincent PITCHE	Coordonnateur National CNLS