

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

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



REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida : 2021-2025

Accélérer le Mouvement

LE SECRETARIAT PERMANENT

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

Email: cnlstogo@cnlstogo.org / Site Web: www.cnlstogo.org

Table des matières

Liste des tableaux et Figures	v
Préface	vi
Résumé Exécutif	vii
Introduction	1
Processus d'élaboration du PSN	2
Chapitre 1 : Contexte d'élaboration du PSN 2021-2025	3
1.1 Situation socio – économique	3
1.2 Situation sanitaire	3
1.3 Profil de l'épidémie du VIH	4
1.3.1 Profil pays de l'épidémie	4
1.3.2 Dynamique de l'épidémie du VIH	7
1.3.3 Situations des IST et des comorbidités	9
1.3.4 Facteurs de risque comportementaux et vulnérabilités	10
1.4. Situation de la riposte nationale contre le VIH	11
1.4 La situation de la riposte nationale	11
1.4.1 Résultats obtenus dans le domaine de la prévention	12
Chapitre 2 : Orientations du PSN 2021-2025	22
2.1 Vision de la riposte	22
2.2 But	22
2.3 Principes directeurs	22
2.4 Investissements Prioritaires	22
Chapitre 3 : Cadre des résultats	29
3.1 Cadre global de la chaîne des résultats	29
3.2 Description des résultats	29
Chapitre 4 : Cadre de mise en œuvre	33
4.1 Le Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST (CNLS-IST)	33
4.2 Partenariats pour la mise en œuvre du PSN	34
4.3. Cadre de suivi évaluation	35
Chapitre 5 : Financement du PSN	37
5.1 Coût du PSN 2021-2025	37
5.2 Analyse des gaps de financements du PSN	39
5.3 Analyse des efficiences	40
5.4 Stratégies de mobilisation de ressources	40
5.4.1 Maintenir de bons niveaux de performance pour la reconduction des financements en cours	40

5.4.2 Construire un partenariat intelligent pour accroître les ressources domestiques.....	41
5.5 Pérennisation de la riposte.....	41
5.6 Gestion des Risques	42
Chapitre 6 : Annexes	43
<i>Méthodologie d'estimation</i>	62
<i>Budget prévisionnel total</i>	62
<i>Budget prévisionnel par programme du PSN</i>	62
<i>Budget prévisionnel par impact</i>	63
<i>Budget disponible et gaps financiers</i>	64

Sigles et abréviations

ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCC	Communication pour le Changement de Comportements
CCM	Country Coordinating Mechanism
CDI	Consommateurs de Drogue Injectable
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CPLS	Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DHIS₂	District Health Information Software 2
DMM	Dispensation des ARV Multi Mois
EAWA	End AIDS in West Africa
EDST	Enquête Démographique et de Santé du Togo
EPOA	Approche améliorée de sensibilisation par les pairs
HSB	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
GRSE	Groupe de Recherche en Suivi Evaluation
IDH	Indice de Développement Humain
INSEED	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MASPFA	Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation
MATDCL	Ministère de l'Administration Territoriale, de la Décentralisation et des Collectivités Locales
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MDBAJ	Ministère du Développement à la Base, de l'Artisanat et de la Jeunesse
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
METFIP	Ministère de l'Enseignement Technique, de la Formation et de l'Insertion Professionnelles
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

NASA-RTT3	National AIDS Spending Assessment Resource Tracking Tool 3
ODD	Objectifs de Développement Durable
OPTIMA	Outils d'Optimisation et d'Analyse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida
OSC	Organisations de la Société civile
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PSN	Plan Stratégique National
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PrEP	Pre Exposure Prophylaxis
PS	Professionnels de sexe
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SP/CNLS	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSG	Surveillance de Seconde Génération du VIH
STEPS	Stepwise de l'OMS pour la Surveillance
TLD	Ténofovir Lamivudine Dolutégravir
UD/UDI	Usagers de drogues/ Usagers de drogues injectables
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
USP	Unité de Soins Périphériques
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux et Figures

Liste des tableaux

Tableau 1 : Processus d'élaboration du PSN 2021-2025	2
Tableau 2 : Evolution du nombre de PVVIH DE 2010 à 2020	5
Tableau 3 : Facteurs de vulnérabilité par type de population prioritaire.....	10
Tableau 4 : Populations prioritaires.....	23
Tableau 5 : Synergies et partenariats pour une gouvernance efficace et performante de la riposte nationale au VIH.....	27
Tableau 6 : Budget par Résultat d'impact et par an.....	38
Tableau 7 : Analyse des gaps de financement en Euro	40
Tableau 8 : Gestion des risques	44

Liste des figures

Figure 1 : Prévalence du VIH dans les régions (source EDST III 2013-2014.....	4
Figure 2 : Prévalence du VIH selon le sexe et selon l'âge (EDST III 2013-2014).....	5
Figure 3: Evolution du taux de prévalence chez les femmes vues en CPN de 2014 à 2019 (Surveillance sentinelle et données de programme).....	6
Figure 4 : Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (source Spectrum V 5.86).....	7
Figure 5 : Estimation des nouvelles infections (source Spectrum, V 5.86).....	8
Figure 6 : Décès dûs au Sida (source Spectrum).....	9
Figure 7 : Evolution du Taux de séropositivité des femmes vues en CPN.....	14
Figure 8 : Répartition des nouvelles infections chez les enfants nés de mères séropositives selon les raisons (sources ONUSIDA).....	15
Figure 9 : Evolution du nombre de PVVIH sous TARV (source SP/CNLS)	17
Figure 10 : Cascade des 3X90 (Données de programme).....	17
Figure 11 : Impact du PSN 2021-2025 sur la réduction des nouvelles infections du VIH (source Avenir Health)	27
Figure 12 : : Impact du PSN 2021-2025 sur la réduction des décès liés au VIH (source Avenir Health)	28
Figure 13 : : Budget prévisionnel en pourcentage par impact	38
Figure 14 : : Budget prévisionnel en valeur de 2021 à 2025	39
Figure 15 : Présentation des gaps de financement par année.....	39
Figure 16 : Coûts du TARV dans le scénario NSP 2025, avec variantes de transition de régimes ARV et/ou de mode de délivrance (Scénarii réalisé par Avenir Health)	40
Figure 17 : Budget prévisionnel en pourcentage de 2021 à 2025	62
Figure 18 : Budget total 2021-2025 en pourcentage en fonction des programmes	63

Préface

La pandémie du Sida est un grand défi de santé publique et fait partie des objectifs de de développement durables adoptés par la communauté internationale et le Togo. En effet, face à cette épidémie, les plus hautes autorités de notre pays se sont fermement engagées depuis plusieurs années à travers une riposte efficace sous le leadership du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles présidé par Chef de l'Etat, Président de la République. C'est grâce à ce leadership que le Togo a obtenu des résultats encourageants dans sa riposte aussi bien dans le domaine de la prévention que celui de la prise en charge.

L'un des soucis majeurs du gouvernement est de garantir à tous les citoyens un état de santé satisfaisant afin qu'ils participent pleinement au développement socio-économique du pays. C'est dans cette optique qu'en partant des objectifs de plan national de développement sanitaire et ceux de plan national de développement que, le cinquième plan stratégique national de lutte contre le Sida (PSN 2021-2025) a été élaboré. En effet, dans le domaine de la lutte contre le Sida, le Togo ambitionne de mettre fin à cette épidémie en 2030. Pour y arriver les objectifs de ce nouveau plan stratégique pour les cinq prochaines sont centrés sur les interventions à haut impact aussi bien de la domaine de prévention que dans celui de soins et traitement. Ainsi, c'est en conjuguant des interventions volontaristes et holistiques pour prévenir cette infection que notre pays peut espérer éliminer cette épidémie à moyen terme. Le PSN 2021-2025 a pris en compte des actions de renforcement du système de santé et contient et celles de pérennités qui rentrent dans la stratégie nationale de couverture sanitaire universelle de notre pays, gage de la pérennité des interventions. Espérons que la pandémie de COVID 19 annoncée en ce début de l'année 2020 ne sera pas un grand goulot d'étranglement socio-économique pour le pays et de fragilisation de notre de notre système de santé.

Je demande à l'ensemble des acteurs des secteurs public, privé, de la société civile et aux partenaires en développement de se mobiliser davantage dans la mise en œuvre des interventions de ce Plan Stratégique National afin d'amplifier les résultats pour un plus grand impact de notre réponse nationale à moyen terme.

Professeur Moustafa MJIYAWA
Ministre de la Santé et de la Protection Sociale
2^e Vice-Président du CNLS-IST

Résumé Exécutif

Les dernières performances obtenues par le PSN 2016-2020 montrent que le Togo est bien en course vers l'élimination de l'épidémie du VIH en tant que problème de santé publique à l'horizon 2030. L'élaboration du nouveau Plan stratégique 2021-2025 qui s'est appuyée sur des évidences scientifiques, programmatiques et sur les priorités de la politique nationale de lutte contre le Sida vision 2030, a tenu compte des résultats et défis actuels de la riposte nationale, ainsi que des dernières recommandations sur la riposte au VIH au niveau international.

L'épidémie du VIH/Sida au Togo est de type généralisé avec une prévalence moyenne de 2,5% dans la population générale âgée de 15 – 49 ans selon les données de l'enquête EDST 2013-2014. Elle est beaucoup plus concentrée en milieu urbain, chez les femmes de tout âge et au sein des populations clés (HSH, PS, Détenus et UD). Au sein de ce dernier groupe, la prévalence du VIH atteint 13,1% chez les PS, 21,9% chez les HSH, 4,3% chez les détenus et 3,6% chez les UD selon les enquêtes de surveillance de seconde génération réalisées dans ces groupes en 2017. L'épidémie a cependant amorcé une baisse régulière caractérisée par une réduction des nouvelles infections de 31,4% et une réduction des décès liés au VIH de 33,8% entre 2010 et 2018. La région Maritime porte le poids de l'épidémie dans le pays avec 48% des nouvelles infections et 50% des décès liés au VIH selon les données issues de Spectrum 2019. La transmission mère enfant du VIH pèse encore lourdement dans le décompte des nouvelles infections (24,4%), de même que les jeunes de 15-24 ans (23,9%) alors que ces derniers ont des lacunes importantes en matière de comportement à moindre risque.

En matière de réponse nationale, la riposte au VIH est bien organisée. Le dispositif de soins est bien structuré avec une approche de délégation de tâches opérationnelle surtout pour la PTME. L'analyse des 3X90 montre que les efforts importants restent à faire pour l'atteinte du 1er 90 surtout dans les régions Maritime, Plateaux et Centrale. Le diagnostic précoce des enfants exposés et la prise en charge pédiatrique sont à la traîne. Le taux d'attrition n'est pas bien documenté et les données n'offrent pas un aperçu précis des perdus de vue. La qualité globale des données a besoin d'être améliorée malgré l'opérationnalisation du DHIS 2.

Au niveau de la gouvernance, les efforts pour prendre en compte le genre et les droits humains doivent être maintenus et renforcés et la mobilisation des ressources domestiques doit être renforcée par un plaidoyer stratégique.

Sur la base des résultats de l'analyse de la situation de l'épidémie et de la réponse nationale, ainsi que des connaissances produites autour du retour sur investissement de certaines interventions, le nouveau PSN 2021-2025 va permettre au pays d'atteindre en priorité **quatre résultats d'impact**.

Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 75% dans la population générale d'ici 2025

L'enjeu autour de la réduction des nouvelles infections est majeur au Togo et le nouveau PSN permettra de mettre un accent particulier sur les populations les plus à risques et agir sur l'ensemble des facteurs qui permettront une réduction substantielle des risques liés aux nouvelles infections à VIH. Au centre des interventions, il y aura l'offre de services de prévention combinée pour les populations clés et pour les populations vulnérables notamment en ce qui concerne l'adoption de comportements

à moindre risque, l'accès et l'utilisation des préservatifs, la connaissance de son statut sérologique, la prise en charge correcte des cas d'IST. La réduction des nouvelles infections chez les jeunes et adolescents(e)s sera renforcée à travers la redynamisation de l'éducation sexuelle à l'école et en agissant sur les facteurs de basculement des jeunes filles dans la prostitution et les prises de risque. L'offre de ces services sera développée à travers des stratégies appropriées pour chaque type de population (éducation par les paires, stratégies ciblées de dépistage, disponibilité de préservatifs, gels et lubrifiants, diagnostic et traitement des IST, Prophylaxie pré exposition...). Pour se faire, le plan prévoit **5 résultats d'effets et 17 résultats de produits**.

Résultat d'impact 2 : La mortalité des PVVIH (adultes, adolescents, enfants) est réduite de 80% d'ici 2025

Le présent PSN va permettre de poursuivre et de renforcer la capacité de mise sous traitement du pays et de développer des synergies avec le secteur privé et le secteur communautaire pour une offre de service centrée sur le patient. La question du dépistage et de la prise en charge correcte des comorbidités deviendra une question prioritaire pour réduire le taux de décès chez les PVVIH ainsi que la poursuite du soutien social et communautaire. Ainsi 5 résultats d'effet et 14 résultats de produits ont été retenus pour garantir l'atteinte de ce résultat.

Résultat d'impact 3 : L'environnement social, politique et juridique est favorable à l'accès et à l'utilisation continue des services VIH pour les populations clés et les PVVIH

En consacrant un axe entier à la question de genre et droits humains dans son PSN, le Togo s'engage fortement à lever les dernières barrières et créer un environnement social et juridique favorable pour tous, sans discrimination. De ce fait, l'ensemble des acteurs seront amenés à s'engager fortement contre les actes de stigmatisation/discrimination et contre les violences qui éloignent certains groupes de population des services de santé. Pour atteindre cet impact, le nouveau PSN propose 4 résultats d'effets et 12 résultats de produits.

Résultat d'impact 4 : La gouvernance de la riposte au VIH et au Sida est performante d'ici 2025

L'accent sera mis sur une remobilisation de l'ensemble des acteurs clés en travaillant sur les partenariats et les synergies afin de mieux profiter des opportunités qu'offrent les initiatives de développement à la riposte contre le VIH. Des partenariats seront développés avec les grandes villes du pays qui portent une grande part du fardeau de l'épidémie du VIH ainsi qu'avec d'autres secteurs du développement pour agir ensemble sur les vulnérabilités qui sont communes au VIH et à d'autres secteurs du développement. Aussi la qualité du système national d'information sanitaire sera-t-elle au centre des interventions afin de créer au sein du ministère de la santé, un système unifié autour du DHIS2 qui prend en compte l'ensemble des besoins en informations du secteur de la santé. La mise en œuvre du PSN 2021 – 2025 nécessitera la mobilisation des ressources financières estimées à **87 Milliards de FCFA (133 millions d'euros)**. **53%** des ressources seront consacrés aux soins et traitement, **32%** à la prévention, **12 %** à la gouvernance et **2%** au genre et droits humains.

Introduction

Selon l'ONUSIDA, la prochaine décennie représente une fenêtre d'opportunité unique pour mettre fin à l'épidémie du VIH en tant que problème de santé publique si les investissements conséquents sont consentis pour accélérer la riposte. L'engagement politique pris en 2016 par l'ensemble des Etats Membres de l'Assemblée Générale des Nations Unies pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030, reste toujours la principale ligne directrice de la riposte mondiale contre le VIH. Il constitue également un des engagements clés dans l'agenda défini pour l'atteinte de l'ODD (Objectif de Développement Durable) N 3 en 2030. Les résultats conséquents obtenus lors de la dernière reconstitution des ressources du Fonds Mondial ainsi que le maintien des financements de PEPFAR confirment la vitalité de l'engagement au niveau mondial pour accroître les ressources nécessaires à la lutte contre le VIH. L'accroissement des ressources domestiques consacrées aux ripostes nationales confirme également le renouvellement de l'engagement des états à investir davantage dans la lutte contre le VIH.

Au Togo, l'exercice de planification stratégique dans le domaine de la lutte contre le VIH est devenu un exercice familier pour le pays qui engage pour la 5^{ème} fois cet exercice. Ce processus est parfaitement aligné sur le Plan National de Développement (PND 2018-2022) et sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2017-2022).

Il intervient à une période où le pays a réaffirmé dans le cadre du PND 2018-2022, son intérêt d'investir dans les secteurs sociaux notamment en faveur des couches sociales les plus défavorisées et les groupes les plus vulnérables pour assurer plus d'équité sociale.

Le PNDS 2017-2022 quant à lui, confirme les orientations du PND en faisant de la lutte contre les maladies transmissibles dont le VIH, un de ses axes prioritaires. De plus l'approche transversale visant à inscrire l'ensemble des priorités du PNDS dans une démarche de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) consolide la vision du Togo de faire de la CSU, la stratégie qui permettra l'atteinte de l'ODD3 d'ici 2030. Toutes les conditions sont donc réunies pour faire du nouveau PSN 2021-2025, un plan parfaitement aligné sur les enjeux nationaux en matière de CSU.

L'élaboration d'un document de politique Nationale sur la lutte contre le VIH 2021-2030 affirmant clairement la vision du Togo de mettre fin à l'épidémie du sida en tant que menace de santé publique définit la trajectoire dans laquelle ce nouveau PSN doit s'inscrire.

Pour y parvenir, le SP/CNLS a initié une démarche participative et inclusive qui a mobilisé pendant plusieurs semaines l'ensemble des acteurs engagés dans la riposte contre le VIH afin de conduire une revue complète du plan stratégique finissant, tirer les principaux enseignements et définir ensemble les nouvelles priorités du nouveau PSN.

Le nouveau PSN est donc le produit d'un consensus obtenu à chaque étape de son élaboration et devrait permettre au Togo de réduire de façon substantielle les nouvelles infections VIH ainsi que le nombre de décès liés au sida.

Il confirme la volonté du pays d'accélérer la riposte et de respecter ses engagements pris au niveau international.

Processus d'élaboration du PSN

Le Togo a démarré un nouveau processus de planification stratégique 2021-2025 en prévision de la fin du PSN 2016-2020 en cours. Ce nouveau processus de planification initié depuis septembre 2019 s'est voulu un processus participatif et inclusif associant l'ensemble des acteurs engagés dans la riposte nationale au VIH : acteurs du secteur gouvernemental, acteurs de la société civile et des organisations des populations bénéficiaires, partenaires techniques et financiers (PTF).

Ce processus a connu trois grandes étapes telles que résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Processus d'élaboration du PSN 2021-2025

Etapes et Actions clés du processus	Acteurs concernées	Période couverte
Etape 1 : Revue du PSN 2016-2020	Processus participatif conduit par un consultant national et validation par l'ensemble des acteurs clés de la riposte	Septembre à Décembre 2019
<ul style="list-style-type: none"> Analyse de la situation la plus récente de l'épidémie 		
<ul style="list-style-type: none"> Analyse du niveau actuel de la riposte 		
<ul style="list-style-type: none"> Atelier de validation de la revue 		
Etape 2 : Elaboration du nouveau PSN 2021-2025	Cette étape a connu la participation de consultants nationaux et internationaux et chaque étape a été validée par un comité de pilotage mis en place	Janvier-Février 2020
<ul style="list-style-type: none"> Atelier de définition des priorités du nouveau PSN 	Cet atelier a réuni environ 50 personnes représentant toutes les parties engagées dans la riposte	26-31 Janvier 2020
<ul style="list-style-type: none"> Atelier de rédaction du nouveau PSN 	Une équipe de 15 personnes issues du SP/CNLS, PNLs, des ONGs et des PTFs appuyée par les consultants	03-14 Février 2020
Etape 3 : Adoption du PSN 2021-2025	Validation nationale après une diffusion du draft du PSN à l'ensemble des parties concernées pour leurs dernières observations	Mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Atelier de validation du PSN 	Les différents acteurs de la riposte ont validé la version actuelle du PSN lors d'un atelier national organisé le 13 Mars 2020	Mars 2020
<ul style="list-style-type: none"> Elaboration des documents opérationnels du PSN 	Recours à des consultants nationaux pour l'élaboration des plans opérationnels et plan de suivi évaluation	Mars- Juin 2020

1.1 Situation socio – économique

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest avec une superficie de 56 600 Km² et une population estimée à 7,4 millions en 2018 (sources INSEED). Le taux d'accroissement annuel de la population est de 2,8% et la population est constituée en majorité de femmes (51,4%) et de jeunes de moins de 25 ans (60%).

Sur le plan social, l'Indice de Développement Humain (IDH) est évalué à 0,513 et l'indice d'inégalité de genre estimé à 0,566 classant le Togo au 140^{ème} rang sur 189 (Rapport mondial sur le développement humain, 2019).

Les secteurs de l'éducation et de la santé représentent une part conséquente des dépenses publiques mais en deçà des normes internationales ou africaines, notamment en ce qui concerne l'éducation (14,2 % du budget en moyenne entre 2009 et 2014 contre une norme de 20 % selon l'engagement de Dakar), la Santé (6,8% contre une norme de 15 % d'après l'engagement d'Abuja).

Entre 2011-2015, **l'incidence de la pauvreté** a diminué de 3,6 points de pourcentage (passant respectivement de 58,7% à 55,1%) mais reste encore pesante principalement en zone rurale (environ 68,9%) et parmi les ménages dirigés par une femme (57,5%). L'emploi a connu des progrès notables et l'indice de développement humain s'est amélioré. La mise en œuvre des différentes politiques de développement a permis au Togo d'obtenir des avancées dans la relance de l'économie par une croissance annuelle régulière du PIB réel de 5,0% en moyenne sur la période 2013-2017 essentiellement portée par les gains de productivité dans le secteur agricole et par l'investissement public dans les infrastructures.

Le **système éducatif togolais** est reconnu comme l'un des plus performants de la sous-région. Le taux de scolarisation est passé de 82,9% en 2012 à 93,8% en 2017 selon le site d'information Togo First. Le taux d'achèvement au niveau primaire s'est également amélioré passant de 84,4% en 2014 à 91% en 2017 et une réduction du taux de redoublement de 9,5% à 7,14% sur la même période. Ce système éducatif offre une tribune idéale pour faire émerger des comportements à moindre risque auprès des enfants et adolescents et aboutir à une génération sans sida.

1.2 Situation sanitaire

Le ministère de la santé au Togo est organisé autour d'un système pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et opérationnel et le système de soins suit la même logique organisationnelle avec les niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

L'offre des soins de santé aux populations est diversifiée et se fait dans des structures publiques et privées libérales et confessionnelles.

Les soins du niveau primaire sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agent de Santé Communautaire (ASC); (ii) l'Unité de Soins Périphériques (USP) et (iii) l'Hôpital de district qui constitue le premier niveau de référence. Le niveau secondaire de référence et de recours est animé par les Hôpitaux de région (CHR) et le niveau tertiaire par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ainsi que par les hôpitaux spécialisés de référence.

Selon les résultats de la carte sanitaire 2015, les soins de santé sont fournis par le secteur public (59%) et privé (41%). Ce dernier toutefois peu régulé, est surtout libéral, dynamique et concentré dans les grands pôles urbains, principalement à Lomé. A cette offre, il faut ajouter, la présence d'un secteur traditionnel assez influent surtout en milieu rural mais mal connu au niveau des services de soins offerts à la population. Environ 365 organisations non gouvernementales et associations participent de manière formelle au développement des activités de la santé mais, elles restent surtout concentrées dans les régions Lomé Commune, Maritime et des Plateaux.

Les infrastructures disponibles en 2015, permettaient d'assurer une accessibilité géographique à 66,8% des populations avec des inégalités géographiques et sociales de santé selon le rapport sur le profil de pauvreté. Les inégalités sociales de santé montrent que le système de santé du Togo peine à apporter une réponse équitable aux besoins de santé des populations en situation de vulnérabilité sociale. Pour y remédier, différentes mesures ont été prises par l'Etat togolais ces dernières années en vue d'améliorer l'accès aux services et soins essentiels de santé des populations, en particulier les populations démunies et vulnérables. Des efforts supplémentaires s'avèrent cependant nécessaires pour réduire les barrières financières aux soins et progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Le processus d'élaboration d'une Stratégie Nationale de Financement de la Santé vers la CSU (SNFS-CSU) en cours s'inscrit dans ce cadre.

L'analyse du système de santé ressort : i) une pénurie en ressources humaines qualifiés avec une inégale répartition de l'existant. ii) la faiblesse du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) iii) l'insuffisance dans la gestion des achats et stocks iv) l'insuffisance du financement du système de santé (6% du budget national en 2014).

1.3 Profil de l'épidémie du VIH

1.3.1 Profil pays de l'épidémie

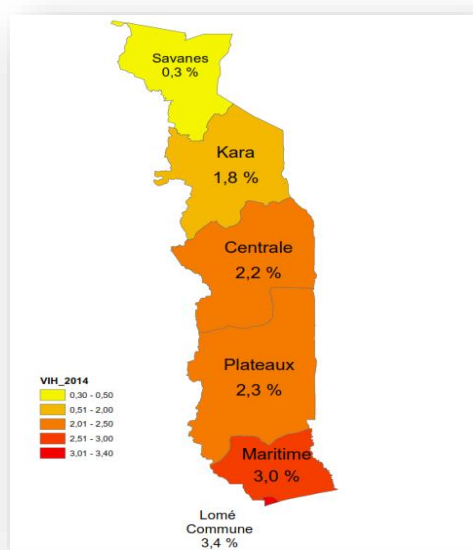


Figure 1 : Prévalence du VIH dans les régions (source EDST III 2013-2014)

❖ Prévalence du VIH au sein de la population générale

Le Togo fait face à une épidémie de type généralisée avec une prévalence du VIH au sein de la population générale (15-49 ans) de 2,5% selon l'enquête EDST (2013-2014). On note cependant d'importantes variations de la prévalence en fonction des zones géographiques, du sexe et au sein des populations clés. La prévalence est dix 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 plus marquée en milieu urbain en comparaison avec le milieu rural (3,6 vs 1,6%).

Selon toujours l'EDST (2013-2014), la prévalence du VIH est beaucoup plus importante chez les femmes de 15-49 ans (3,2%) que chez les hommes du même âge (1,7%). Cette variation est beaucoup plus accentuée entre les deux sexes dans les tranches d'âge de 15-19 ans et 30-34 ans telle que décrite dans la figure ci-dessous.

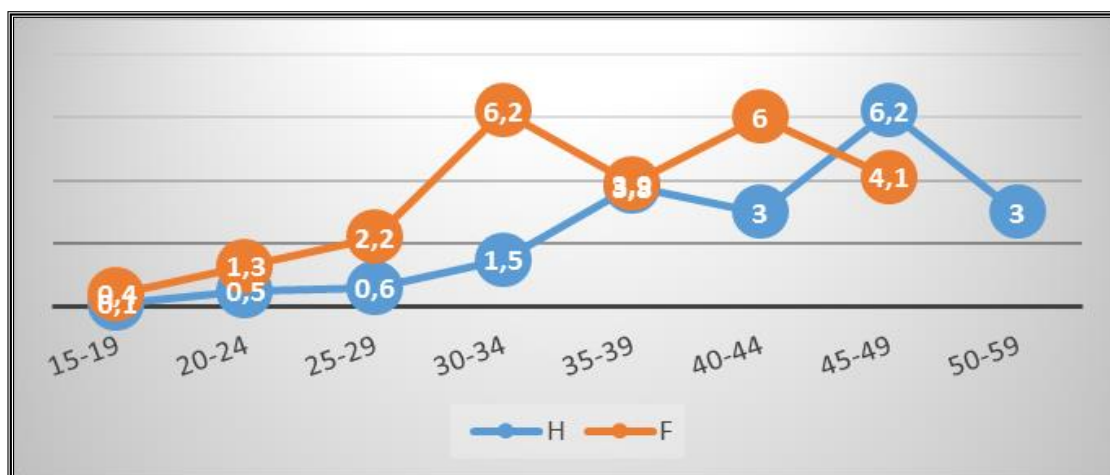


Figure 2 : Prévalence du VIH selon le sexe et selon l'âge (EDST III 2013-2014)

Selon les données de Spectrum 2019, le nombre de PVVIH est estimé à 113 000, parmi lesquelles 65 000 sont des femmes et 10 000 sont des enfants de moins de 15 ans.

Tableau 2 : Evolution du nombre de PVVIH de 2010 à 2020

	Tous	Enfants 0–14)	Femmes de 15+)
2010	113 338	16 914	56 874
2011	113 817	16 250	57 525
2012	114 379	15 456	58 322
2013	114 852	14 602	59 265
2014	115 157	13 871	60 278
2015	115 004	13 044	61 242
2016	114 661	12 249	62 139
2017	114 377	11 562	62 973
2018	113 937	10 772	63 776
2019	113 873	10 036	64 588
2020	113 798	9 283	65 228

❖ Prévalence du VIH au sein des populations clés

Chez les Professionnels de sexe (PS)

Selon les données de l'étude de Surveillance de Seconde Génération (enquête SSG 2017), la prévalence du VIH était de 13,1% chez les PS et est largement supérieure à la prévalence au sein des femmes issues de la population générale (13,1% vs 2,1% ; Spectrum 2017). Cette prévalence semble se maintenir, voir progresser entre 2015 et 2017 au sein de ce groupe (**11,7% vs 13,1%**). De même, la prévalence parmi les clients des PS est passée de 1,8% en 2015 à 4,5% en 2017. Toujours selon la même source, 3 villes concentrent une prévalence chez les PS supérieure à la moyenne nationale, il s'agit de **Kara (26,8%)**, Lomé (14,9%) et Kpalimé 13,6%.

Chez les hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH)

Les enquêtes SSG de 2015 et 2017 montrent une **progression importante de la prévalence** entre ces deux années. Celle-ci est passée de **13% en 2015 à 21,9% en 2017**, représentant près de **10 fois** la prévalence nationale au sein de la population générale. La **ville de Lomé** concentre la plus forte prévalence avec **29,8%**. Il est à noter une **coinfection VIH / Hépatite B** de 7%

Chez les Usagers de drogue (UD)

La prévalence du VIH chez les CD a connu une baisse au fil des années, passant de 5,5% en 2011 à 3,6% en 2017. En 2017, elle était estimée à 3,9% chez les CDI dont le nombre exact n'est pas bien connu à ce jour.

Chez les détenus

La dernière étude de surveillance de l'épidémie dans ce groupe remonte à 2011 et avait estimé une prévalence de 4,3% avec une différence marquée entre les détenues de sexe féminin (**14,3%**) contre 4,0% chez les détenus hommes.

❖ Prévalence du VIH au sein des populations vulnérables

Les données de prévalence sont rares au sein des populations vulnérables.

Chez les femmes enceintes

Les données de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes de 2016, donnent une prévalence de 2,9% pour le VIH avec des prévalences plus élevées dans les régions centrale (3,9%) et Maritime (4,5%) et une prévalence de 0,6% pour la syphilis au niveau national.

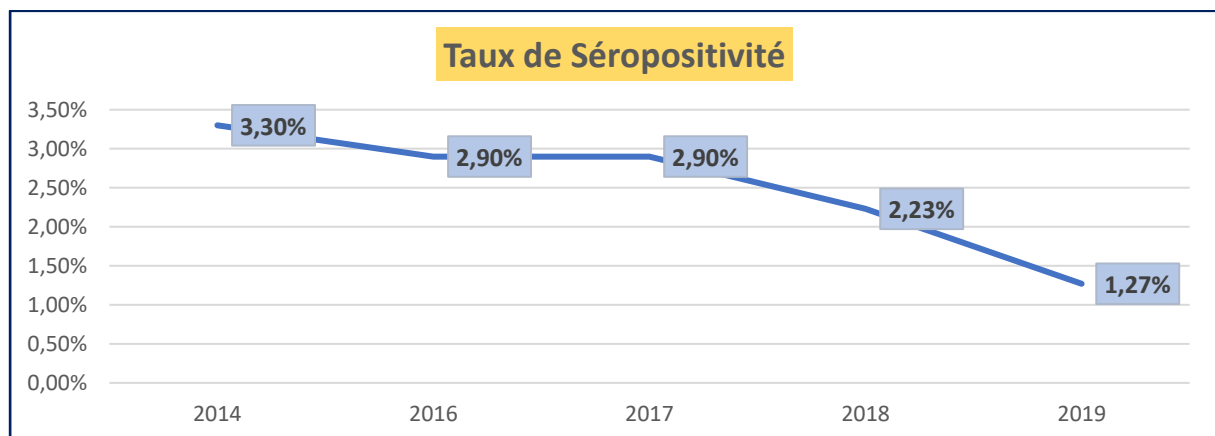


Figure 3: Evolution du taux de prévalence chez les femmes vues en CPN de 2014 à 2019 (Surveillance sentinelle et données de programme)

Chez les hommes en uniforme

La prévalence du VIH a été estimée à 3,8% en 2014 avec une baisse régulière constatée depuis 2002 : 13,8% en 2002, 7,7% en 2009 et 3,8% en 2014. La prévalence au sein des autres corps habillés en dehors de l'armée (police, sapeur- pompiers, douaniers etc...) n'est pas connue.

Chez les adolescent(e)s et jeunes,

La prévalence chez les adolescent(e)s de 15-19 ans est **de 0,1% chez les garçons et 0,4% chez les filles** du même âge selon l'enquête EDST (2013-2014) tandis que chez les jeunes 20-24 ans, elle est de **1,3% et 0,5%** respectivement chez les filles et chez les garçons. Au niveau des comportements à risque, 25,2% des jeunes filles et 16,8% de jeunes garçons sexuellement actifs avaient fait un test de dépistage du VIH et en connaissaient les résultats dans les 12 mois ayant précédé l'enquête.

Il n'existe aucune information sur les prévalences du VIH parmi les autres groupes identifiés comme groupes vulnérables (pêcheurs, portefaix, transporteurs routiers, populations réfugiées, transgenre). Cependant, les données de programme ainsi que les vulnérabilités spécifiques reconnues au sein de ces groupes, montrent l'importance de les prendre en compte dans la riposte au VIH.

1.3.2 Dynamique de l'épidémie du VIH

L'épidémie a amorcé une baisse à partir de 2002 dans la population sexuellement active de 15-49 ans. La courbe de cette baisse est très douce à partir de 2010.

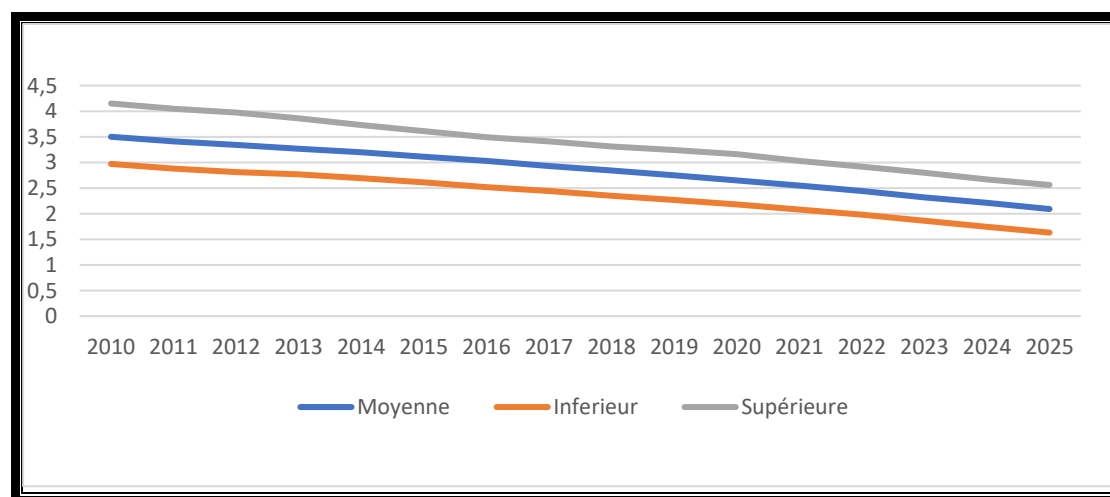


Figure 4 : Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (source Spectrum V 5.86)

Il faut cependant noter qu'aucune baisse de la courbe de l'épidémie n'est constatée chez certaines populations clés comme les PS et les HSH où malgré les efforts importants consentis ces dernières années, on ne constate pas encore une inflexion de la courbe de l'épidémie dans ces groupes.

❖ Les nouvelles infections à VIH

On observe une **réduction sensible de 31,4%** des nouvelles infections entre 2010 et 2018 selon les données issues de Spectrum 2019. Selon les mêmes projections, cette tendance va se maintenir jusqu'en 2025 si les hypothèses de projection sont réalisées.

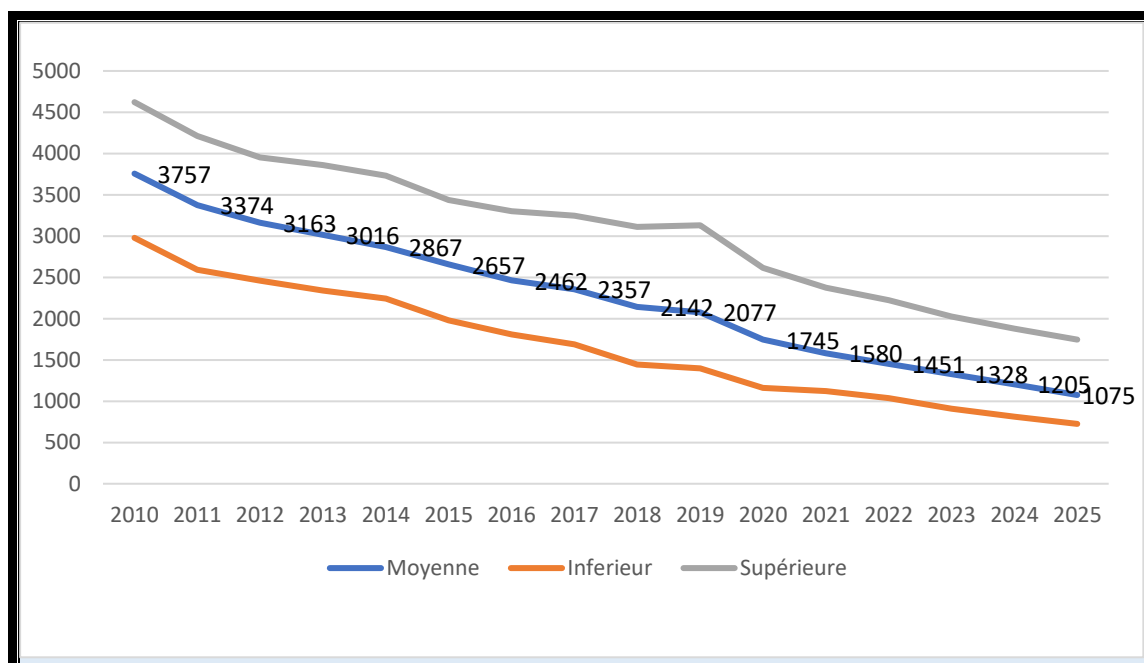


Figure 5 : Estimation des nouvelles infections (source Spectrum, V 5.86)

L'analyse détaillée de ces données montre que l'épidémie ne se comporte pas de la même façon dans toutes les régions : les nouvelles infections surviennent essentiellement dans les régions Maritime (47,6% des cas), Centrale (17,5%) et Plateaux (17,5% des cas). Au Total, 72% des nouvelles infections surviennent dans les trois régions méridionales du pays. L'incidence du VIH diminue depuis 2015 et s'établit à 0,5 en 2018. Les régions Maritime et Centrale sont celles où la plupart des nouvelles infections se produisent. Les données Spectrum de 2018 montrent également que **24% des nouvelles infections** se produisent chez les jeunes de 15-24 ans parmi lesquels **73,3%** sont des adolescentes et jeunes filles.

❖ **Les décès liés au Sida**

Au niveau des décès, on enregistre également une **réduction des décès liés au sida de 33,8%** entre 2010 et 2018 selon les estimations de Spectrum.

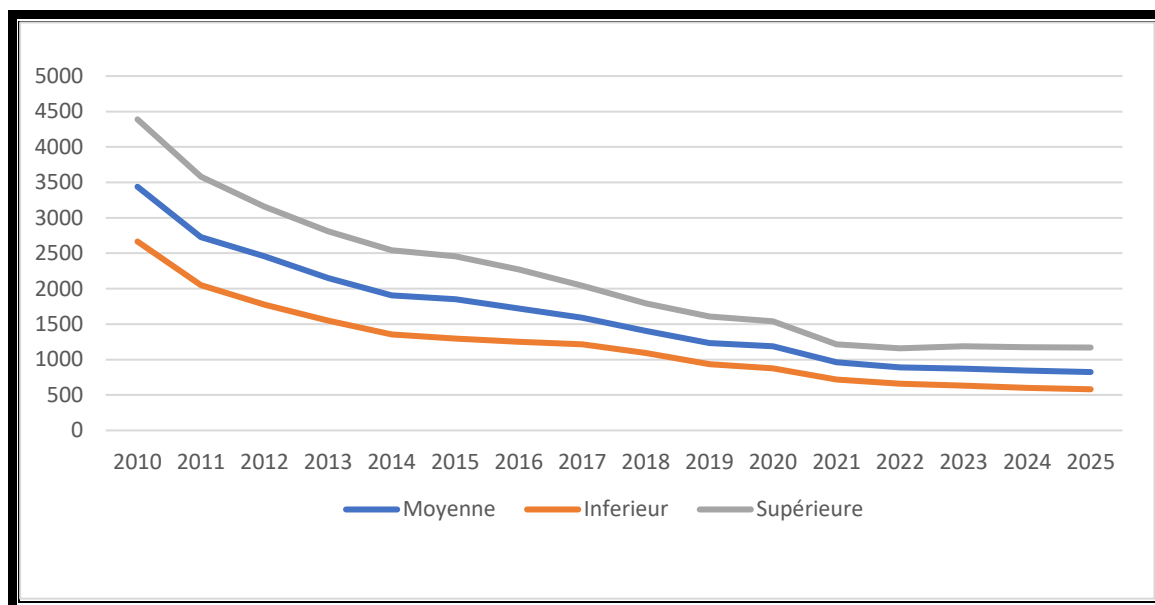


Figure 6 : Décès dûs au Sida (source Spectrum)

Environ 48,5% de ces décès surviennent dans la région Maritime, 19,6% dans la région des Plateaux et 75% des décès liés au VIH surviennent dans les trois régions méridionales du pays (Lomé Commune, Maritime et Plateaux).

1.3.3 Situations des IST et des comorbidités

❖ *Situation des IST*

Selon le bilan du PSN 2016-2020 en cours de mise en œuvre, **17 976** cas d'IST ont été diagnostiqués et traités chez les hommes et de femmes en uniforme et les populations mobiles, contre **31 231** cas prévus pour tout le PSN, soit un taux de réalisation de **66,74%**. De même **29 264 Cas d'IST** ont été diagnostiqués et traités chez les populations clés (TS : 24 449, UDI : 141, HSH : 2 902 et Détenus : 1 772), soit **37,52 %** de réalisation par rapport à l'objectif du PSN 2016-2020. En absence d'une étude au niveau national, il n'est pas possible d'apprécier les tendances d'évolution des IST dans le pays.

❖ *Situation de la comorbidité TB/VIH*

Selon le rapport OMS de 2019 sur la tuberculose (global report tuberculosis 2019), l'incidence de la tuberculose au Togo est de **2,8** pour 1000 habitants. Selon la même source, la prévalence du VIH est de **6,2%** chez les patients tuberculeux et le nombre estimé de patients co-infectés tuberculose / VIH est de **4900** personnes.

❖ *Situation des autres comorbidités*

La situation au niveau des autres comorbidités n'est pas bien connue. Il n'existe pas de données de prévalence nationale sur l'hépatite virale B ou C, et par conséquent, aucune donnée n'est disponible au niveau national sur les comorbidités hépatites virales et VIH.

Les informations sur VIH et maladies métaboliques (diabète et hypertension artérielle) sont également inexistantes au niveau national. Les seules informations disponibles sur ces maladies sont tirées de l'enquête STEPS de 2010 qui révèle une prévalence de l'hypertension à 19% et du diabète à 2,6%.

1.3.4 Facteurs de risque comportementaux et vulnérabilités

❖ **Facteurs de risque comportementaux**

La proportion de premiers rapports sexuels avant 15 ans est de 10,1% chez la fille et 9% chez le garçon (MICS VI).

La précocité des relations sexuelles constitue un facteur de risque qui peut affecter le niveau de prévalence du VIH et des IST. L'âge des premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans est un déterminant important du risque d'infection à VIH chez les jeunes. L'enquête MICS VI réalisée en 2017 montre que seulement 25,7% des adolescentes et jeunes filles de 15-24 ans versus 34,8% des garçons du même âge avaient des connaissances approfondies sur le VIH. De même selon la même source, parmi ceux qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête, 48,6% des jeunes filles et 53,7 % des jeunes garçons ont utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel.

❖ **Facteurs de vulnérabilité**

Le tableau ci-dessous résume les facteurs de vulnérabilité en fonction des types de populations.

Tableau 3 : Facteurs de vulnérabilité par type de population prioritaire

Populations cibles	Facteurs de vulnérabilité
TS	<ul style="list-style-type: none">○ Multi partenariat avec des rapports sexuels non protégés avec les clients stables○ Faible capacité de négociation des rapports sexuels protégés○ Faible niveau d'instruction et absence de cadre de prise en charge pour les TS clandestines○ Stigmatisation et violences sociales et sexuelles
HSH	<ul style="list-style-type: none">○ Marginalisation sociale et stigmatisation, faible accès aux services de prévention et de prise en charge○ Auto-stigmatisation○ Faible connaissance du statut sérologique○ Partenaires multiples, rapports non protégés chez les jeunes, travail du sexe, pauvreté
UD /UDI	<ul style="list-style-type: none">○ Marginalisation et stigmatisation○ Faible accès aux services○ Travail du sexe○ Faible connaissance du statut sérologique VIH/VHB et le VHC○ Faible connaissance des facteurs de risque
Détenus	<ul style="list-style-type: none">○ Surpopulation carcérale○ Faible accès aux services de prévention○ Vulnérabilité souvent antérieure à la détention

Populations cibles	Facteurs de vulnérabilité
Jeunes adolescents et	<ul style="list-style-type: none"> ○ Partenaires multiples, faible connaissance sur le VIH ○ Mariages précoces, travail du sexe, pauvreté, drogue, tourisme sexuel ○ Faible perception du risque sur le VIH/sida. Certaines filles analysent le risque sous l'angle des grossesses non désirées ○ Sexualité précoce ○ Mobilité des jeunes et pratiques sexuelles en échange de services et biens
Transporteurs routiers et populations mobiles, Hommes et Femmes en Uniformes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilité de la cible ○ Faible perception des risques liés au VIH/sida ○ Faible niveau d'utilisation du préservatif

En résumé le pays présente une **épidémie plurielle et généralisée**, beaucoup plus concentrée en milieu urbain, chez les femmes de tout âge et au sein des populations clés (HSH, TS, Détenus et CD). Les disparités régionales sont importantes. **L'épidémie a cependant amorcé une baisse régulière** caractérisée par une réduction des nouvelles infections de **31,4%** et une réduction des décès liés au sida de **33,8%** entre 2010 et 2018. La **région Maritime** porte le poids de l'épidémie dans le pays avec **48% des nouvelles infections et 50% des décès liés au sida**. La **région Centrale** est à surveiller de très près car elle enregistre la plus **forte incidence dans le pays**. La **transmission mère enfant du VIH** pèse encore lourdement dans le décompte des **nouvelles infections (24,4%)**, de même que les **jeunes de 15-24 ans (23,9%)** alors que ces derniers ont des lacunes importantes en matière de comportement à moindre risque.

1.4 La situation de la riposte nationale

Le Togo a enregistré des résultats importants dans la riposte nationale au VIH ces dernières décennies. Ces résultats sont la résultante d'un processus continu de planification stratégique et opérationnelle amorcé depuis les années 2005 et qui a eu un impact positif sur la mise en œuvre des programmes et projets de lutte contre le sida ainsi que sur la gouvernance de la réponse.

1.4.1 Résultats obtenus dans le domaine de la prévention

La prévention du VIH fait partie des interventions prioritaires du PSN 2016-2020 dont l'objectif était de contribuer à la réduction de 50% des nouvelles infections auprès de certains groupes jugés prioritaires.

1.4.1.1 Au niveau des populations clés

Résultats clés

Le PSN 2016-2020 a permis de développer de nombreuses initiatives en faveur des populations clés, notamment pour les TS et les HSH. Certains projets, en l'occurrence le projet PACTE VIH et plus récemment le projet EAWA, le projet régional corridor à travers le projet Dindji, ainsi que de nombreuses initiatives soutenues par le système des Nations Unies au Togo (ONUSIDA, PNUD, UNFPA, OMS) ou par le Financement du Fonds Mondial ont permis : (i) de réaliser des enquêtes de surveillance de seconde génération (SSG) et des cartographies programmatiques au niveau des TS, HSH et CD; (ii) de définir des services et des stratégies appropriés pour délivrer les services de prévention, soins et traitements et (iii) de renforcer la participation et le leadership au sein de ces groupes et contribuer ainsi à la mise en place d'un environnement socioculturel et légal plus favorable à l'offre de services liés au VIH pour ces groupes. De nouvelles approches développées sur le terrain depuis 2018 avec l'appui de PEPFAR (EPOA, index testing) suscitent beaucoup d'espoir sur l'opportunité d'accélération pour l'atteinte du 1^{er} 90 d'ici fin 2020.

Cependant, en termes d'accès aux services de prévention, traitement et soins, le dispositif de suivi évaluation mis en place au niveau national, ne permet pas une estimation précise du niveau d'atteinte des indicateurs en termes de couverture de services aux populations clés. Les informations disponibles dans le bilan du PSN 2016-2020 en cours permettent cependant de noter que 65 912 tests de dépistage ont été offerts aux populations clés (44 782 pour les TS, 11608 pour les HSH, 3551 tests pour les CD et UDI et 6 17 1 pour les Détenus), 13 millions de préservatifs et 6 millions de lubrifiants leur ont été distribués. Parmi les PVVIH sous traitement ARV, Au niveau de la prise en charge 580 sont des TS et 335 sont des HSH.

Forces

Parmi les forces identifiées dans la riposte au VIH auprès des populations clés, on peut noter :

- L'existence de cartographies programmatiques récentes réalisées en 2017 permettant à la fois une estimation de la taille des populations clés et une identification de leurs sites de rencontres ou de localisation.
- Le dispositif d'offre de services aux différentes populations clés déjà existant avec **52** services adaptés pour les TS dont une **vingtaine** fonctionne bien, **1**

« **drop in center** » pour les HSH à Lomé et un **centre de traitement de substitution à la méthadone** et de programme de distribution de seringues stériles à Lomé.

- Les revues récentes des documents de normes et politiques sur le dépistage et sur la prise en charge du VIH, la revue du document de politique sur les populations clés en cours, qui ont permis d'aligner les politiques de prévention et de soins du Togo sur les dernières recommandations internationales
- L'existence de réseaux et associations issues des populations clés et leur connexion avec la communauté des OSC de lutte contre le sida au Togo

Faiblesses

De façon globale, les approches de prévention combinée en direction des populations clés ne semblent pas avoir totalement été envisagées dans l'offre de service aux populations clés et il demeure impossible d'évaluer la couverture des services essentiels au niveau des populations clés. Le dispositif opérationnel permettant de mesurer l'offre de prévention combinée et de traquer la spécificité des populations clés dans la cascade des soins n'est pas en place. L'offre de service envers ce groupe reste fragilisée par les ruptures de médicaments ou de moyens diagnostics surtout pour les IST.

Les interventions en faveur des UD et des détenus ne semblent pas avoir atteint un niveau de couverture satisfaisant. Les difficultés d'accès aux détenus ainsi que les obstacles réels d'offre de certains services (distribution de préservatifs) et l'absence de données sur la prévalence du VIH depuis 2011 constituent autant de difficultés qu'il faudra corriger.

Les obstacles pour l'accès des populations clés aux principaux services persistent du fait de la forte stigmatisation, des risques réels de violences lorsque ces groupes sont identifiés et de l'existence des lois punitives à l'encontre de certains de ces groupes.

1.4.1.2 Au niveau des adolescents et jeunes

Résultats clés

On note une bonne couverture des interventions de communication pour un changement de comportement (CCC) estimée à **90% auprès des jeunes et adolescents**. Les approches de prévention en direction de ce groupe se sont basées essentiellement sur la promotion du dépistage du VIH organisée dans les établissements scolaires souvent à l'occasion de campagnes de dépistage du VIH et qui sont de plus en plus remises en question par le monde de l'éducation. Le bilan du PSN 2016-2020 en cours fait ressortir que **763 499 jeunes de 15 à 24 ans** ont bénéficié du conseil et de dépistage au VIH sur les 4 premières années de mise en œuvre du PSN et **18 millions de préservatifs** ont été distribués aux jeunes de 15-24 ans.

Forces

On note une forte mobilisation des OSC sur l'offre de services de prévention auprès de ce groupe sur toute l'étendue du territoire.

Faiblesses

L'introduction de l'enseignement du VIH dans les établissements scolaires initiée dans le PSN 2012-2015 avec l'appui de l'UNFPA et du PNUD n'a pas bénéficié d'un suivi

approprié dans le PSN 2016-2020. Il est donc impossible de faire le point sur le programme d'éducation sexuelle en milieu scolaire et extrascolaire. De même, la fonctionnalité et la portée des services adaptés pour jeunes en termes de couverture nécessitent d'être questionnées sur leur efficacité en tant que dispositif.

Malgré une bonne couverture des interventions de CCC, on constate que plus de **24% des nouvelles infections de VIH** surviennent chez les jeunes de 15-24 ans selon les données de Spectrum 2019.

Alors que les vulnérabilités des jeunes au VIH, celles des jeunes filles en particulier, sont de mieux en mieux documentées (cf. nouvelles infections), les actions envers cette cible ne sont pas structurées et donc peuvent manquer de pertinence. Il manque des informations pertinentes sur le profil de vulnérabilité des jeunes, sur les sous-groupes les plus à risque et sur la nature des interventions adaptées à leurs besoins.

1.4.2.3 Au niveau de la PTME

Résultats clés

Grâce à un soutien financier de l'UNICEF, du Fonds Mondial et de l'Etat du Togo, le programme PTME a une couverture géographique de l'ordre de **90% en fin 2019** avec une couverture ARV pour les femmes enceintes séropositives de **77% (rapport PNLs 2019)**. Des disparités régionales importantes existent entre les régions avec une couverture ARV variant entre 100% à Lomé et **53% dans la région maritime**. De même, seuls 46% des enfants nés de mères séropositives ont accès à un examen avec la PCR1 et 35% des nouveaux-nés de mères séropositives éligibles ont été mis sous ARV

Le taux de transmission final du VIH de la mère à l'enfant incluant la période d'allaitement a été estimée à **15,97%** au plan national selon les dernières estimations de Spectrum 2020 V.5.86.

Avec les interventions de PTME, on constate une réduction du taux de séropositivité chez les femmes enceintes vues en CPN. Ce taux est passé de 3,3% en 2014 à 1,27% en 2019

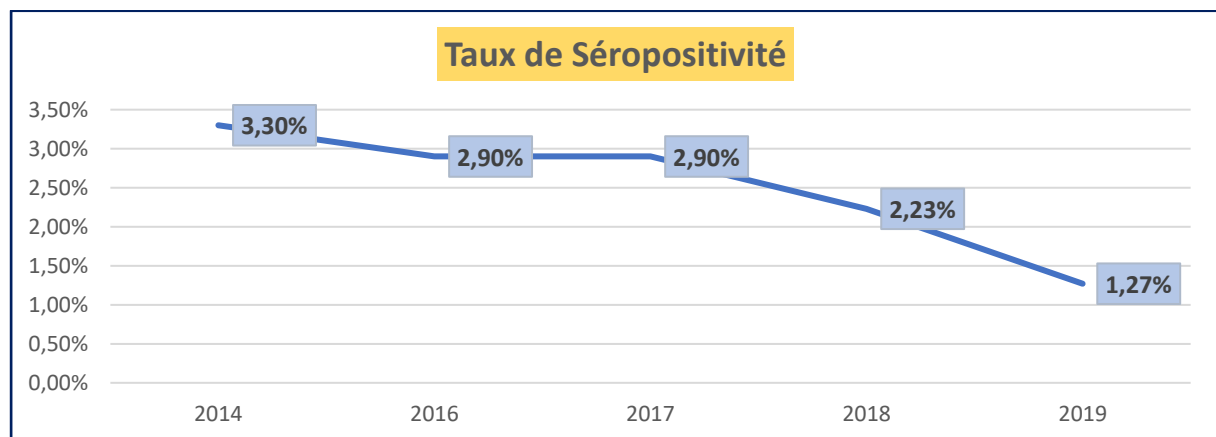


Figure 7 : Evolution du Taux de séropositivité des femmes vues en CPN

Cependant, en 2018 comme l'indique la figure 7, sur les **2 546 nouvelles infections à VIH** chez les enfants nées de mère séropositives,

- 51% des nouvelles infections à VIH proviennent de femmes qui n'étaient pas sous ARV pendant la grossesse (30%) et pendant l'allaitement (21%).
- 19% proviennent de femmes infectées pendant la grossesse (4%) et pendant l'allaitement (15%).

- Et 23% de ces nouvelles infections à VIH proviennent de femmes qui ont arrêté le traitement ART pendant la grossesse (11%) et pendant l'allaitement (12%).



Figure 8 : Répartition des nouvelles infections chez les enfants nés de mères séropositives selon les raisons (sources ONUSIDA)

Forces

Globalement la couverture géographique des sites PTME est bonne et certaines régions telle que Lomé Commune ont des couvertures ARV de 100% pour les femmes enceintes séropositives.

Faiblesses

Parmi les faiblesses constatées au niveau de la PTME figure en bonne place : (i) le problème de la rétention du couple mère enfant dans le circuit des soins conduisant à un nombre important de perdu de vue, (ii) le faible nombre d'enfants exposés diagnostiqués et pris en charge (iii), la faiblesse de la qualité des données PTME, (iv) la faible mobilisation communautaire en faveur de la PTME. De façon plus large la question du diagnostic et de la prise en charge des enfants infectés au VIH reste un véritable goulot d'étranglement pour le pays.

1.4.2.4 Au niveau de sécurité transfusionnelle

Les produits sanguins sont testés à 100% pour le VIH et la plupart des maladies transmissibles par voie sanguine. Cependant la collecte des quantités de sang nécessaires aux besoins du pays reste insuffisante laissant apparaître le risque de recourir à des situations de transfusion avec du sang immédiatement collectés qui ne donnent pas toutes les garanties de sécurité transfusionnelles (possibilité de séroconversion).

1.4.3 Résultats obtenus au niveau du dépistage, traitement et soins des PVVIH

1.4.3.1 Dépistage des personnes infectées par le VIH

Des progrès importants ont été réalisés dans le dépistage des personnes séropositives passant de **56 600 PVVIH** qui connaissaient leur statut sérologique en 2015 à **78 985** PVVIH en 2019 selon les données de programme. Les services de dépistage ont davantage été orientés vers les populations les plus exposées et les meilleurs ciblage intervenus auprès des populations clés associé à la poursuite du dépistage à l'initiative du prestataire pour certaines populations (malades tuberculeux, femmes enceintes...) ont permis une certaine accélération.

Faiblesses

- (i) Le recours aux nouvelles stratégies de dépistage (dépistage des cas index, autotest, dépistage à partir du réseau social de risque, dépistage à l'initiative du prestataire de soins) est assez limité. Ce recours à un meilleur ciblage impose des contraintes importantes y compris des changements profonds dans les approches et les mentalités pour arriver à identifier les personnes séropositives dans les communautés. Il exige également de la synergie et un partenariat très dynamique entre structures de santé et structures communautaires auquel aucune de ces deux parties n'est préparé pour y faire face.
- (ii) La question de la disponibilité permanente en quantité suffisante des intrants pour le test de dépistage reste posée.

1.4.3.2 Accès aux soins et traitement ARV

Résultats

La couverture ARV a connu des progrès significatifs et s'établit à **65% des PVVIH en 2019**. Le nombre de personnes sous traitement ARV est passé de **38750 en 2015 à 76 230 en 2019**. La **cascade des 3X90** montre que **70%** des PVVIH connaissent leur statut sérologique VIH, parmi lesquels **96,5%** sont sous traitement ARV, **83.31%** des PVVIH sous traitement ARV ont une charge virale supprimée. Cependant, il faut remarquer que seuls **17%** des PVVIH sous ARV avaient eu un accès à une charge virale en 2019.

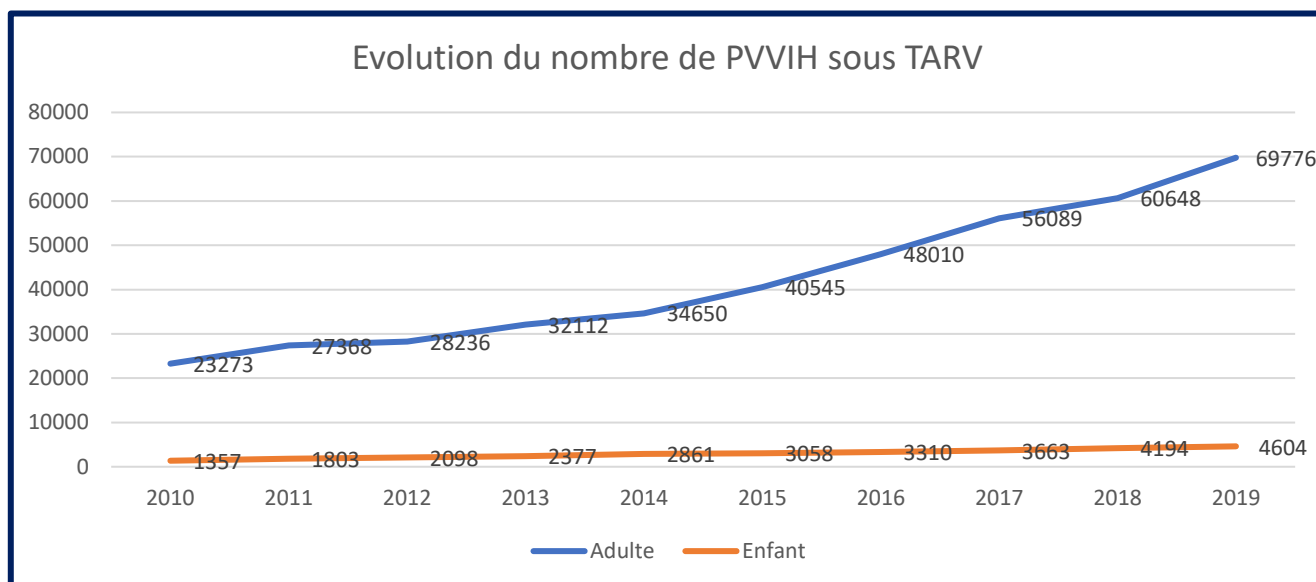


Figure 9 : Evolution du nombre de PVVIH sous TARV (source SP/CNLS)

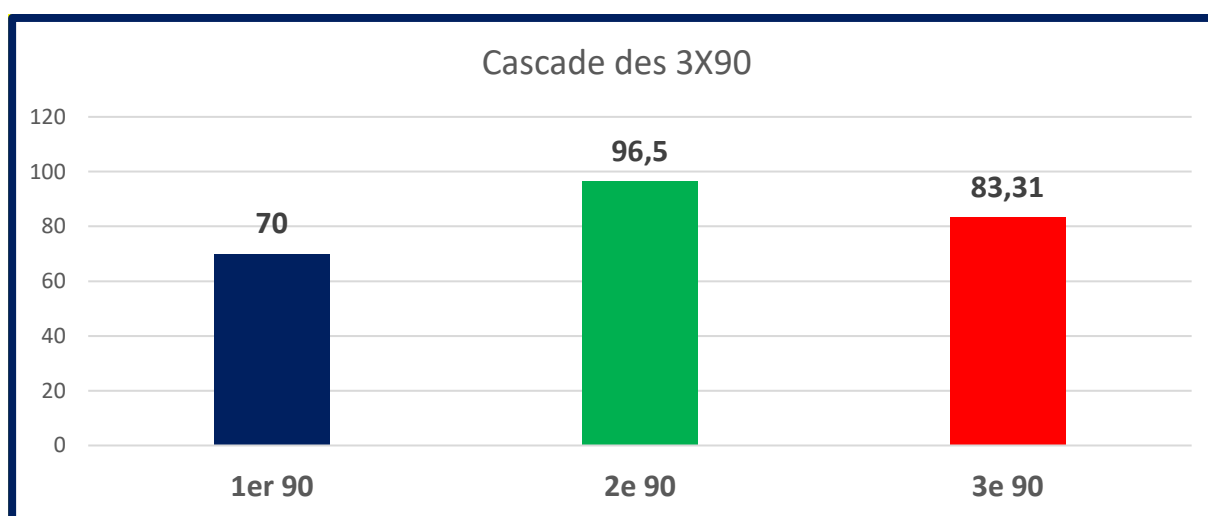


Figure 10 : Cascade des 3X90 (Données de programme)

Au niveau de la cascade des soins, traitement et rétention, le pays a fait des efforts importants dans l'identification et la mise sous ARV des PVVIH avec des résultats encourageants.

L'accès à la charge virale reste cependant un problème important à résoudre. Moins de 20% des patients sous ARV ont eu accès à la charge virale en 2019. Les données de la cascade sont très variables en fonction des régions : la situation est alarmante pour le **1^{er} 90** dans les **régions Maritime (47%), Plateaux (43%) et Centrale (30%)**. Le pays expérimente actuellement une approche différenciée dans l'offre de services pour améliorer la performance sur ce plan. Il a intégré dans son document de normes et politiques de prise en charge des PVVIH, les dernières recommandations de l'OMS telles que l'intégration du dolutégravir dans ses protocoles de 1^{ère} et seconde lignes ; la dispensation des ARV sur plusieurs mois.

Forces

L'accélération de l'atteinte des 3X90 est une réalité au cours de la mise en œuvre du PSN 2016-2020 avec un plan d'accélération élaboré en 2018. Ce plan a été soutenu par de nouveaux partenaires tels que le PEPFAR qui remet en course le Togo sur l'atteinte des 3X90 en fin 2020. Des approches plus novatrices ont été développées (dépistage communautaire, cas index, dépistage initié par le prestataire...). Le système de suivi mis en place permet de « tracker » la mise sous ARV des enfants infectés et des PVVIH

adultes. Les structures communautaires et associatives participent pour 30% aux services offerts dans le cadre du conseil dépistage et de la prise en charge des PVVIH dans le pays.

Faiblesses

- (i) La question de la qualité des données reste entièrement posée: **l'adoption** du code unique n'est pas encore généralisée à tous les domaines de prestation de service si bien que la question des doublons n'est pas encore réglée. **L'audit de la file active** en cours permettra sans doute de lever ce voile.
- (ii) La prise en charge **pédiatrique est un véritable goulot d'étranglement** aussi bien au niveau des capacités de diagnostic que de prise en charge des enfants infectés. Seuls 35% des enfants infectés connaissent leur statut sérologique et ont eu accès à un traitement ARV.
- (iii) L'accès à la charge virale pour les PVVIH reste très limité malgré un nombre de plus en plus important d'appareils permettant de réaliser cet examen. Des questions d'ordre organisationnel et de fonctionnement continuent de perturber gravement cet accès
- (iv) La maîtrise de la quantification des besoins de consommation réelle en produits de santé reste un défi et expose le pays à des ruptures des stocks d'intrants et de médicaments.

1.4.3.3 Intégration des soins aux PVVIH

La gestion de la co morbidité tuberculose et VIH s'est considérablement améliorée ces dernières années surtout à travers l'élaboration et la mise en œuvre des notes conceptuelles conjointes TB /VIH financées par le Fonds Mondial et qui appelle à une planification conjointe et à un co management de ces deux pathologies. Les taux de couverture des services liés au VIH pour les patients tuberculeux et des services liés à la tuberculose pour les patients VIH se situent au-dessus de 80%. De même 99% des malades tuberculeux dépistés séropositifs au VIH ont été mis sous traitement ARV en 2019. Par contre il n'y a pas eu d'actions spécifiques sur les coinfections VIH/ hépatites virales en dehors de la surveillance combinée au niveau de certaines populations clés (HSH 2017).

L'intégration SR/VIH a également permis de prendre en compte les besoins de planification familiale pour les femmes PVVIH et pour les TS mais également d'aborder de façon conjointe l'offre de services de planification et de prévention du VIH auprès des jeunes.

1.4.4 Gouvernance, Genre et droits humains

1.4.4.1 Gouvernance de la riposte

Au Togo, le pilotage stratégique de la riposte est assuré au quotidien par le SP/CNLS, mandaté par le CNLS directement placé sous l'autorité du Président de la république. Ce pilotage se fait dans le respect des orientations internationales (approche multisectorielle, et coordination selon le principe du three one) et en respect des engagements auxquels le pays a adhéré (déclaration politique de 2016). Du fait de l'absence des réunions statutaires du CNLS, le SP/CNLS s'est concentré sur une planification stratégique inclusive et participative, sur la mise en place d'espaces de dialogues et d'échanges autour des priorités et des résultats de la riposte nationale (forum des partenaires, revues annuelles des activités, dialogues nationaux sur les priorités dans le financement de la riposte, réunions du CCM).

Le pays dispose d'un système national de suivi-évaluation avec un bon arrimage avec le système de santé. Le SP/CNLS produit régulièrement toutes les informations stratégiques de la réponse nationale. Depuis deux ans le pays a mis en place le système de DHIS 2 jusqu'au niveau des districts sanitaires. Il est prévu son extension communautaire dans les prochaines années.

La gestion des approvisionnements des médicaments et intrants est assurée par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG) depuis des années. Cette gestion est intégrée dans le système de santé. Mais il existe des difficultés liées à la capacité de stockage des médicaments au niveau des régions et de la disponibilité des données de consommation au niveau des structures de soins.

En termes de faiblesses, l'absence des réunions statutaires du CNLS, limite l'impact de la mobilisation des acteurs nationaux et internationaux autour du VIH, ce qui constitue des opportunités manquées pour le renforcement de l'appropriation nationale. Cette situation impacte également la mobilisation des ressources et questionne sur la pérennité des interventions et des acquis. Par ailleurs, il persiste toujours des faiblesses structurelles du système de suivi-évaluation et de GAS (gestion approvisionnement et stockage) qui doivent progressivement être résolues afin de rendre la riposte plus performante.

1.4.4.2 Financement de la riposte au VIH /Sida

Au niveau du financement, l'Etat Togolais contribue directement au financement de la réponse à travers une ligne budgétaire spécifiquement dédiée aux achats des ARV et certains intrants. **Ce financement est cependant insuffisant au regard des besoins de financements du pays pour atteindre les 3X90**, estimés à **39 millions d'euros** par an selon l'étude OPTIMA. Le Fonds Mondial estime le Gap financier du pays pour la période 2018-2020 à **53%** alors que le Togo contribuerait seulement à **20%** des besoins financiers du pays.

1.4.4.3 Participation communautaire.

En matière de participation communautaire, le Togo est un **pays modèle**, les populations clés et les PVVIH sont pleinement intégrés dans toutes les instances de décision et **28%** au moins des services sont mis en œuvre par des structures issues des communautés (30% pour le 1^{er} 90, 28,4% pour le 2^{eme} 90 et 39% pour le 3^{eme} 90). Elles conduisent d'importantes actions dans tous les domaines de services liés au VIH et participent de façon sensible à réduire la stigmatisation/discrimination envers les PVVIH et les populations clés (Observatoire Togolais des droits humains) et à adresser la question de genre et de droits humains dans la réponse. Les structures communautaires ont un potentiel réel de permettre au pays d'accélérer sa réponse.

1.4.4.4 Genre et droits humains

En termes de genre et droits humains, d'importants progrès ont également été réalisés. Le PSN 2012-2015 avait bénéficié d'une évaluation spécifique sur la prise en compte du genre en utilisant un outil spécifique de l'ONUSIDA. Cette évaluation a abouti à la mise en place d'une « task-force genre et droits humains » par le SP/CNLS pour veiller à une meilleure prise en compte des priorités liées au genre et droits humains dans le cadre du PSN 2016-2020. Plusieurs actions de formation et de plaidoyer visant les parlementaires, les acteurs de la chaîne judiciaire, les leaders d'opinion (journalistes, chefs religieux et traditionnels...) ont pu être mises en œuvre avec le soutien du projet PACTE VIH financé par le PEPFAR, les Nations Unies et du Fonds Mondial. Les associations de populations clés (HSH, TS) ont été formées et leurs délégués siègent à toutes les instances de la lutte contre le VIH (CCM, comités techniques du SP/CNLS, du PNLS...). Toutes ces actions n'ont cependant pas permis de réduire de façon sensible la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les PVVIH ou les populations clés. Des obstacles dans les parcours de demande de soin, l'auto stigmatisation ainsi que la peur de violence continuent de peser sur des individus appartenant à tel ou tel groupe et les risques de violence à l'égard de certaines personnes sont bien réels.

En résumé la réponse au VIH est bien structurée et le **pays est « toujours en course » vers l'atteinte des 3X90 en 2020**. Le dispositif de soins est bien en place avec une approche de délégation de tâche opérationnelle. L'analyse des 3X90 montre que les **efforts importants restent à faire pour l'atteinte du 1^{er} et surtout du 3^{ème} 90** particulièrement dans les régions Maritime, Plateaux et Centrale et chez les enfants et les hommes. **La couverture des services n'est pas satisfaisante dans la région maritime** qui pourtant demeure le pivot central de l'épidémie. Le diagnostic précoce des enfants exposés et la prise en charge pédiatrique sont à la traîne. Bien que la survie à 12 mois soit satisfaisante (91%), le taux d'attrition **n'est pas bien documenté** et les données n'offrent pas un aperçu précis des **perdus de vue**. **La qualité globale des données a besoin d'être améliorée malgré l'opérationnalisation du DHIS 2** qui a en outre besoin d'une bonne concertation de l'ensemble des acteurs autour de la direction de l'information sanitaire pour capitaliser les multiples initiatives. Au niveau de la gouvernance, les efforts pour prendre en compte le genre et les droits humains doivent être maintenus et renforcés et la mobilisation des ressources domestiques doit être renforcée par un plaidoyer stratégique.

Chapitre 2 : Orientations du PSN 2021-2025

2.1 Vision de la riposte

La vision du Togo est d'être un pays émergent débarrassé du fardeau de l'épidémie du sida.

2.2 But

Mettre fin à l'épidémie de VIH/sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. Pour cela, le PSN 2021-2025 vise la réduction des nouvelles infections chez les adultes, adolescent(e)s, enfants exposés et populations clés ainsi que la réduction de la mortalité liée au sida et la réduction de tous les obstacles qui freinent l'accès des populations les plus vulnérables aux services liés au VIH.

2.3 Principes directeurs

- Tous les Togolais sont égaux devant la loi sans distinction de sexe, de religion, de conviction et de statut sérologique ;
- Les personnes à haut risque d'infection à VIH doivent bénéficier des programmes de prévention du VIH/sida adaptés ;
- Les personnes vulnérables constituent les cibles prioritaires des programmes de prévention et de prise en charge ;
- La prise en charge du VIH/sida doit être basée sur une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services VIH dans l'ensemble de la cascade des soins, en vue de mieux satisfaire les besoins des PVVIH et de réduire les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé ;
- La dimension genre et des droits humains doit être systématiquement prise en considération dans l'élaboration et la mise en œuvre de tous les projets et programmes de lutte contre le sida au Togo.
- La mise en œuvre des interventions du VIH rentre dans le cadre de la couverture sanitaire universelle adoptée par le pays.
- Les produits de santé fournis dans la cadre de mise en œuvre doivent respecter les normes internationales et nationales de qualité

2.4 Investissements Prioritaires

2.4.1 Cibles prioritaires

Tableau 4 : Populations prioritaires

Populations prioritaires	
PVVIH	<ul style="list-style-type: none">• Adultes, notamment les femmes• Adolescents et jeunes (15-24 ans)• Enfants (0-14 ans)• Malades co-infectés VIH/TB, VIH/HVB, VIH/HVC

Populations prioritaires	
Populations clés	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de sexe • Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • UD /UDI • Détenus
Adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescents et jeunes de 10-24 ans scolarisés • Adolescents et jeunes de 15-24 ans non scolarisés (portefaix, jeune en apprentissage de métier, enfants de la rue, jeunes domestiques, jeunes en situation de handicap)
Populations vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Hommes et femmes en uniforme • Femmes enceintes • Transporteurs routiers • Populations réfugiées • Pêcheurs • Transgenre

2.4.2 Zones géographiques prioritaires

Toutes les régions du pays sont concernées par la riposte nationale contre le VIH. Cependant compte tenu de la forte concentration de l'épidémie dans les trois régions méridionales du pays (région de **Lomé Commune, région Maritime et région des Plateaux**) ainsi que de la progression inquiétante des nouvelles infections dans la **région Centrale**, beaucoup d'efforts en termes d'offre de service seront concentrés dans ces régions pour relever les défis liés à la riposte contre le VIH dans ces localités.

2.4.3 Interventions stratégiques

En tenant compte des résultats de la mise en œuvre des PSN successifs et du retour sur investissement de certaines interventions, le nouveau PSN 2021-2025 va s'articuler autour de quatre axes prioritaires d'intervention :

Axe 1 : Intensifier la prévention ciblée à fort impact pour l'élimination des nouvelles infections à VIH

Sur la période allant de 2010 à 2018, le pays est parvenu à réduire les nouvelles infections de 31,4%. Bien que ce résultat soit appréciable, il est inférieur au taux de 2018 pour atteindre 75% de réduction des nouvelles infections attendus en 2020. Il s'avère donc nécessaire d'accentuer les efforts pour accélérer les progrès du Togo sur la réduction des nouvelles infections. Pour ce faire, le PSN 2021-2025 mettra l'accent sur un meilleur ciblage des interventions de prévention afin de se concentrer sur les populations les plus à risque d'infection du VIH. Cette démarche intègre quatre des cinq piliers de la prévention tenant compte du contexte local de l'épidémie. Trois types d'interventions majeurs seront développés pour accélérer la réduction des nouvelles infections :

- ✓ **La prévention combinée sera offerte aux populations clés** (PS, HSH, CDI, Détenus) dans une approche de paquet de services à trois dimensions : (i) agir pour réduire les comportements à risque, (ii) réduire les risques de transmission à travers des moyens de protections appropriés et (iii) promouvoir

l'utilisation et l'accès aux services en levant les obstacles qui empêchent ces groupes d'accéder aux services de qualité.

- ✓ **La prévention combinée auprès des populations vulnérables** (clients des PS, Hommes et Femmes en uniforme, transporteurs routiers, jeunes et adolescents portefaix, pêcheurs, populations réfugiées et transgenre) à travers la définition d'un paquet de services adapté à chaque type de population vulnérable.
- ✓ **La prévention de la transmission mère-enfant du VIH.** Le pays affiche clairement son ambition d'éliminer la transmission mère enfant du VIH et de la syphilis congénitale. Ce PSN lui donnera les moyens de cette ambition.

Axe 2 : Renforcer la cascade dépistage, soins, traitement et rétention pour une réduction significative des décès liés au sida

Les progrès réalisés ces dernières années en matière de dépistage, traitement et rétention des PVVIH sont importants et replacent le pays dans une bonne perspective pour l'élimination de l'épidémie du VIH en tant que problème de santé publique à l'horizon 2030. Pour maintenir les efforts et consolider les acquis, le PSN 2021-2025 mettra l'accent sur la cascade de soins et traitements afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et donc la survie des patients. Les interventions suivantes seront maintenues et renforcées :

- ✓ **Le renforcement du diagnostic, du traitement ARV et de la rétention sous traitement chez les PVVIH adultes et enfants** à travers une approche plus active, plus différenciée et plus centrée sur le client permettant d'identifier les PVVIH partout où elles se trouvent et de les mettre sous traitement ARV le plus tôt possible et les maintenir dans le continuum de soins afin d'assurer la suppression de leur charge virale et augmenter leur espérance de vie. Ces interventions tiendront compte de l'existence du plan de transition vers le dolutégravir déjà adopté et en cours d'application et de la nécessité de redynamiser le comité national de quantification.
- ✓ **Le renforcement de l'accès au suivi biologique** y compris la charge virale qui constitue un véritable goulot d'étranglement
- ✓ **Le renforcement du diagnostic et de la prise en charge des comorbidités** qui constituent un facteur de risque élevé de la mortalité chez les PVVIH.

Axe 3 : Accélérer l'élimination des obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent l'accès et l'utilisation continue des services VIH

Le PSN en cours de mise en œuvre a entrepris des initiatives pertinentes en matière de genre et droits humains et a permis d'obtenir l'unanimité sur l'importance d'adresser les obstacles liés au genre et droits humains dans la réponse. Cette approche mérite d'être consolidée dans le nouveau PSN afin de maximiser l'impact des investissements importants consentis dans la riposte au VIH. Pour cela, le nouveau PSN va poursuivre :

- **Le renforcement du plaidoyer pour la suppression des obstacles juridiques** qui peuvent constituer des alibis pour discriminer et stigmatiser certaines populations dans leur accès aux services.
- **Le renforcement de la sensibilisation des communautés et des leaders d'opinion sur la non - discrimination et le respect des droits élémentaires** de tout citoyen togolais garantis par la constitution du pays

- **Le renforcement des capacités d’alerte et de veille des acteurs et bénéficiaires** permettant de dénoncer et prendre en charge les situations de violence, de discrimination ou de stigmatisation à l’endroit des populations clés et autres groupes vulnérables.

Axe 4 : Renforcer la gouvernance pour une riposte nationale au VIH pérenne

Le nouveau PSN mettra l’accent sur l’efficacité et la synergie permettant à la lutte contre le VIH de bénéficier des initiatives de développement en cours et au système de santé de bénéficier des enseignements fructueux tirés de l’expérience du VIH. Pour y arriver, le PSN 2021-2025 va mettre l’accent sur :

- **Les partenariats et synergies** avec les communes en milieu urbain qui concentrent une part importante des populations clés et groupes vulnérables ainsi qu’avec les programmes de protection sociale.
- **L’appui à une nouvelle approche de renforcement des capacités des ressources humaines de santé** basée sur le développement de compétences adaptées à la mise en œuvre efficace des paquets de service correspondant à chaque niveau de soins du système de santé. Cette approche permettra une définition des besoins de formation continue qui s’intègre dans un développement de compétence adapté à la fonction et au poste que doit occuper chaque agent de santé dans le système de santé. Il permettra de rompre avec les pratiques de formations actuelles jugées inefficaces pour revaloriser la formation structurée et délivrée par des institutions de formation spécialisées et commises à cette tâche.
- **Le renforcement du système d’approvisionnement en produits de santé** prenant en compte les co morbidités et favorisant la disponibilité des produits de santé dans le temps et dans l’espace.
- **Le renforcement d’un système unique de gestion des données basé sur le DHIS2** et une mise à l’échelle du patient E-tracker qui permet une gestion centrée sur le patient et une surveillance centrée sur les cas.
- Le **renforcement du système communautaire** qui permettra de parcourir le dernier kilomètre et de mettre en œuvre plus efficacement les interventions en direction des populations clés et groupes vulnérables.
- **Le renforcement du plaidoyer stratégique pour l’augmentation des ressources domestiques** y compris l’augmentation du budget de l’état togolais pour accélérer la riposte au VIH.

Le tableau ci-dessous résume les synergies et partenariats nécessaires pour une gouvernance efficace et performante de la riposte.

Tableau 5 : Synergies et partenariats pour une gouvernance efficace et performante de la riposte nationale au VIH

Interventions prioritaires	Secteurs à mobiliser	Partenariats et synergies
Services offerts aux populations clés	Société civile, secteur santé, leaders d’opinion, ministère justice, ministère sécurité	Partenariat et synergie avec les acteurs de la chaîne judiciaire et avec les leaders d’opinion

Interventions prioritaires	Secteurs à mobiliser	Partenariats et synergies
Services offerts aux populations vulnérables et réduction des facteurs de vulnérabilité	Ministères en charge de l'éducation nationale , ministère de la jeunesse, société civile, ministère de la santé	Partenariat avec le ministère de la protection sociale pour réduire les vulnérabilités spécifiques (prise en compte de certains groupes dans les transferts monétaires et autres mesures de filets sociaux)
eTME	Secteur public santé , secteur privé de santé, secteur de soin traditionnel, société civile	Partenariat public/privé dans les grandes agglomérations urbaines
Accès au traitement/soins/rétention/charge virale	Secteur public , secteur communautaire, secteur privé, société civile	Partenariat sur la référence et le traitement des cas entre secteur public et communautaire et avec le réseau des tradipraticiens
Droits humains et genre	Société civile , secteur santé, leaders d'opinion, ministère justice, ministère sécurité Ministères en charge de l'éducation nationale	Partenariat et synergie avec les organisations des bénéficiaires et les organisations de défense des droits de l'homme
Ressources humaines en santé et gestion des comorbidités	Secteur public santé , secteur universitaire, secteur privé santé, société civile	Partenariat avec les écoles de formation publique et privés, partenariat avec les universités Partenariat sur la gestion de la performance
Suivi stratégique	Secteur public santé , secteur privé santé, société civile	Partenariat avec le ministère en charge de l'identification biométrique pour la codification unique
Gestion des approvisionnements	Secteur public santé , secteur privé santé, société civile	Partenariat et synergie des différents intervenants au sein du ministère de la santé
Financement de la riposte	Premier Ministère, parlement, ministère des finances, ministère de la santé, société civile, collectivités locales	Partenariat et synergie avec l'assurance maladie dans le cadre de la couverture sanitaire universelle

2.4.4 Impact du PSN 2021-2025 sur les nouvelles infections et les décès liés au VIH

L'envergure des investissements proposés dans le PSN 2021-2025, la priorisation des cibles ainsi les niveaux de couverture des cibles proposés ont permis à **Avenir Health** d'évaluer l'impact des investissements proposés dans ce PSN 2021-2025 en termes de réduction de nouvelles infections et de décès évités. En effet, les cibles et les priorités retenues dans le PSN 2021-2025 sont issues de l'analyse de la réponse nationale qui a tenu compte de l'évolution des données épidémiologiques et programmatiques. L'impact de nos cibles sur la réponse sont superposables aux données de Fast Tract comme le montre l'Analyse de Avenir Health.

La figure 8 décrit la trajectoire de la courbe de réduction des nouvelles infections selon différentes hypothèses y compris celle prise en compte dans le cadre du PSN 2021-2025.

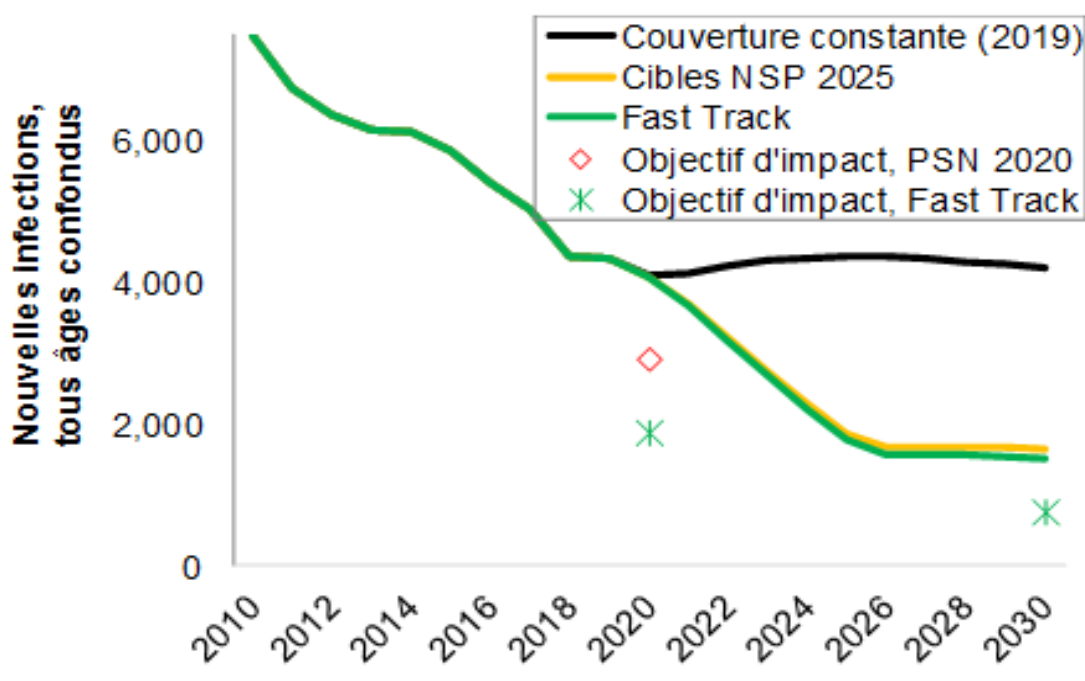


Figure 11 : Impact du PSN 2021-2025 sur la réduction des nouvelles infections du VIH (source Avenir Health)

Cette trajectoire de l'impact du nouveau PSN 2021-2025 sur la réduction des nouvelles infections de VIH est identique à celle que l'on obtient dans l'impact du Fast track pour le Togo. Ceci signifie que le volume d'investissement proposé dans le nouveau PSN, leur portée, leur ciblage et leur pertinence, permettront au Pays d'accélérer sa riposte et de s'engager sur la voie de l'élimination du VIH à l'horizon 2030 en tant que menace de santé publique.

De même la figure ci-dessous décrit la trajectoire de la courbe de réduction des décès liés au VIH

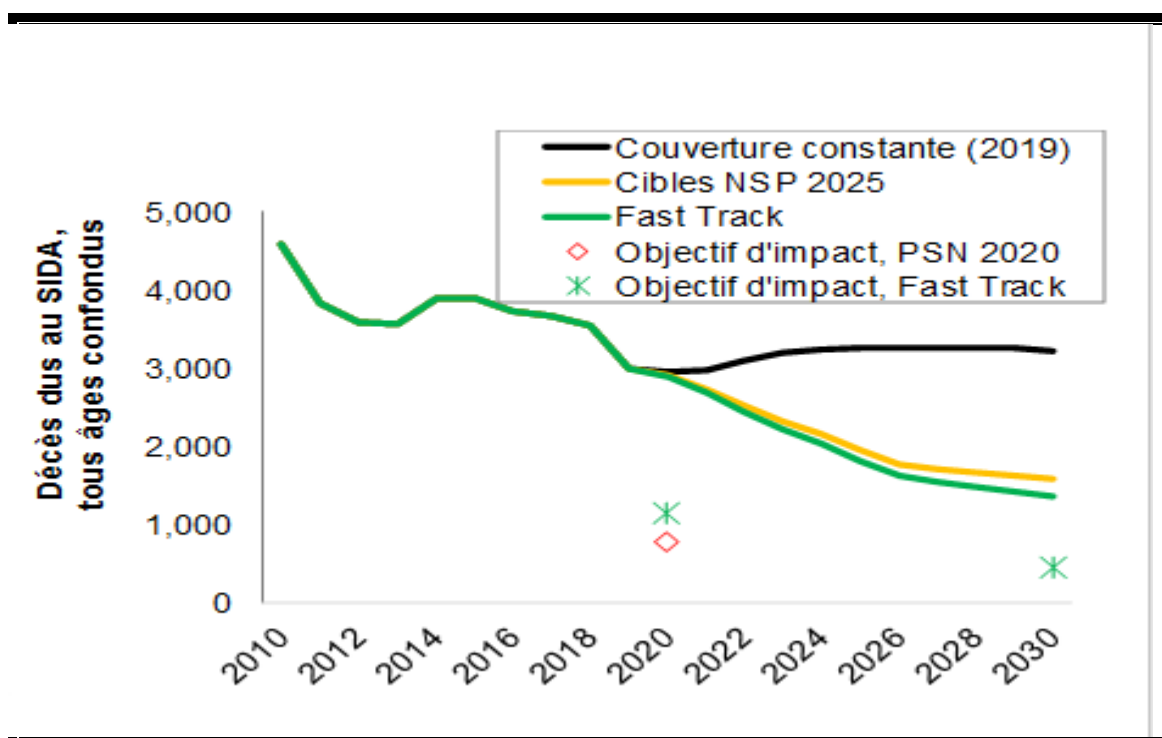


Figure 12 : : Impact du PSN 2021-2025 sur la réduction des décès liés au VIH (source Avenir Health)

Cette trajectoire de l'impact du nouveau PSN sur la réduction des décès liés au VIH est presque superposable à l'impact obtenu avec le Fast Track.

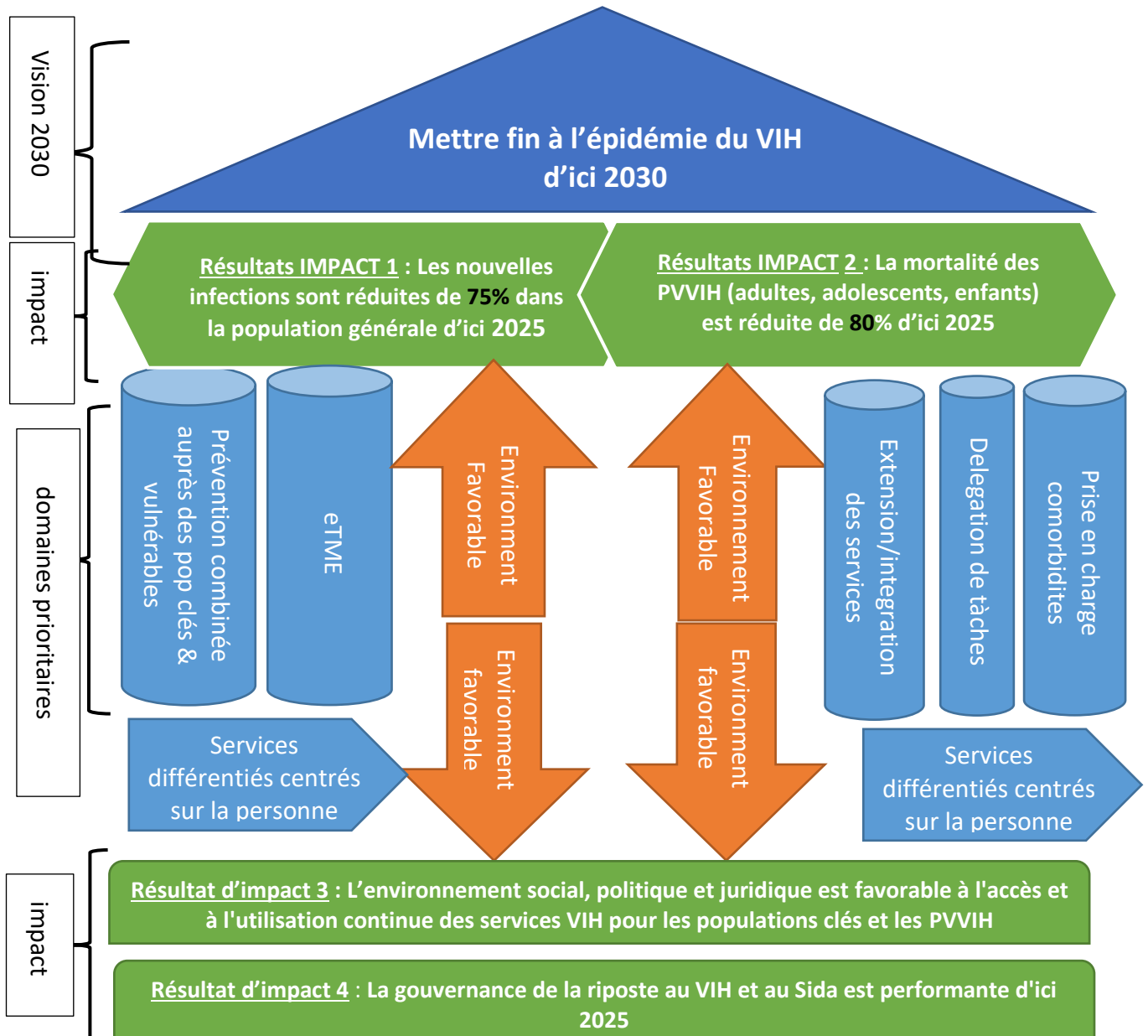
Ainsi, les axes stratégiques et les impacts ont été identifiés à partir des scénarios proposés par Avenir Health, lesquels scénarios sont basés sur l'analyse de la situation épidémiologique et les données programmatiques de la réponse nationale.

Les priorités majeures de ce PSN sont la réduction des nouvelles infections et des décès liés au sida. Les impacts attendus de ces priorités seront réalisés avec l'amélioration notable des problèmes de droits humains et genre et avec une bonne gouvernance de la riposte nationale.

Chapitre 3 : Cadre des résultats

3.1 Cadre global de la chaîne des résultats

Le schéma ci-après donne une description globale de la chaîne des résultats permettant au Togo de rester dans la perspective de l'élimination du VIH à l'horizon 2030. Il décrit les résultats d'impact attendus dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau PSN et des domaines d'interventions prioritaires qui garantiront l'atteinte de ces résultats d'impact.



3.2 Description des résultats

3.2.1 IMPACT 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 75% dans la population générale d'ici 2025

L'enjeu autour de la réduction des nouvelles infections est majeur au Togo au regard de la lenteur de cette réduction sur les dix dernières années. Il est nécessaire d'obtenir

des résultats plus importants sur la réduction des nouvelles infections à VIH si le pays veut se maintenir dans la course vers l'élimination du sida à l'horizon 2030. Pour cette raison, le nouveau PSN veut se concentrer sur les populations les plus à risques et agir sur l'ensemble des facteurs qui permettront une réduction substantielle des risques liés aux nouvelles infections. Pour ce faire, le plan prévoit **5 résultats d'effets et 17 résultats de produits**. Il prévoit en particulier : (i) de développer une offre de services de prévention combinée pour les populations clés et pour les populations vulnérables. Ces services seront une combinaison de plusieurs approches permettant de couvrir l'ensemble des risques auxquels ces groupes sont exposés et qui contribuent aux nouvelles infections. L'offre de ces services sera développée à travers des stratégies appropriées pour chaque type de population (éducation par les paires, Utilisation des TIC, stratégies ciblées de dépistage type EPOA ou index testing, autotest, dépistage du réseau social de risque, dépistage cible à l'initiative du prestataire, message I=I, disponibilité de préservatifs, gels et lubrifiants, diagnostic et traitement des IST, Prophylaxie pré exposition, PrEP ...). Un accent sera mis au niveau de la réduction des nouvelles infections chez les jeunes et adolescents(e)s à travers la redynamisation de l'éducation sexuelle à l'école/ en dehors de l'école et en agissant sur les facteurs de basculement des jeunes filles dans la prostitution et les prises de risque; (ii) de renforcer les services de PTME pour aller vers l'élimination de la transmission mère enfant du VIH en ciblant les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et leurs conjoints et améliorer le suivi du couple mère-enfant; (iii) de réduire les risques liés à l'utilisation des produits sanguins. L'ensemble des produits et stratégies proposés peuvent être retrouvés plus en détails dans les annexes du présent document.

Résultat d'effet 1.1 : 95 % des populations clés (PS, HSH, UDI, Détenus) utilisent les services de prévention combinée d'ici 2025

Résultat d'effet 1.2 : 90 % des populations vulnérables (hommes et femmes en uniforme, populations mobiles, pêcheurs, portefaix, populations réfugiées, PVVIH,) utilisent des services de prévention combinée d'ici 2025

Résultat d'effet 1-3 : 95 % des adolescents et des jeunes scolaires et extrascolaires de 10 à 24 ans adoptent des comportements à moindre risque pour éviter le VIH et les IST d'ici 2025

Résultat d'effet 1-4 : 95 % des femmes enceintes séropositives et leurs enfants utilisent les services de PTME (prévention, PF et de prise en charge médicale) pour réduire la TME du VIH et de la syphilis congénitale d'ici 2025

Résultat d'effet 1-5 : La sécurité transfusionnelle est assurée à 100 % d'ici 2025

3.2.2 IMPACT 2 : La mortalité des PVVIH (adultes, adolescents, enfants) est réduite de 80% d'ici 2025

Cet impact sera atteint à travers un renforcement de la cascade dépistage, soins et traitement. Le PSN mettra l'accent sur le dépistage ciblé du VIH dans certains groupes (hommes, enfants infectés) où l'on observe une faible identification des PVVIH et un dépistage plus tardif. Il sera nécessaire de poursuivre le renforcement de capacité de mise sous traitement du pays et de développer des synergies avec le secteur privé et le secteur communautaire pour une offre de service centrée sur le patient. La question du dépistage et de la prise en charge correcte des comorbidités deviendra une question prioritaire pour réduire le taux de décès chez les PVVIH ainsi que la poursuite du soutien social et communautaire. **Au total 6 résultats d'effet et 15 résultats de produits** ont été retenus pour garantir l'atteinte du résultat de l'impact 2. Il s'agit :

Résultat d'effet 2.1 : En 2025, 95% des PVVIH (adultes, femmes enceintes/allaitantes, populations clés, co infectés TBVIH, Hépatites/VIH et cancer du col de l'utérus), connaissent leur statut sérologique au VIH

Résultat d'effet 2.2 : En 2025, 95% des PVVIH (adultes, femmes enceintes/allaitantes, populations clés, co infectés TBVIH, Hépatites virales/VIH et cancer du col de l'utérus), connaissant leur statut sérologique au VIH reçoivent un traitement antirétroviral de qualité

Résultat d'effet 2.3 : En 2025, 95% des enfants de 0-14 ans infectés connaissant leur statut sérologique et reçoivent un traitement ARV

Résultat d'effet 2.4 : 95% des PVVIH (enfants, adolescents, femmes enceintes/allaitantes, adultes, populations clés, Coinfectés TBVIH, Hépatites virales/VIH) sous ARV ont une charge virale durablement supprimée d'ici 2025

Résultat d'effet 2.5 : 80% des PVVIH (y compris les enfants infectés par le VIH) qui en ont besoin, bénéficient d'une prise en charge psychologique et sociale

Résultats d'effet 2.6 : 100% des personnes Co infectées TB/VIH, VIH/Hépatite et 80% des autres comorbidités (Cancer du col de l'utérus, HTA et diabète) enregistrées sont prises en charge

3.2.3 IMPACT 3 : L'environnement social, politique et juridique est favorable à l'accès et à l'utilisation continue des services VIH pour les populations clés et les PVVIH

L'importance accordée par le Togo dans la prise en compte des droits humains et des questions liées au genre est une réalité évidente depuis la mise en œuvre du plan stratégique 2016-2020. Depuis l'évaluation de la réponse sous l'angle spécifique du genre en 2015 et l'élaboration d'un document de politique sur l'offre de services aux populations clés, d'importantes interventions ont été développées au profit des populations clés et des groupes rendus vulnérables par des questions liées au genre. Malgré des obstacles juridiques qui pourraient freiner l'accès de certaines populations à différents services auxquels ils ont droit, l'ensemble des acteurs engagés dans la riposte au VIH s'est fortement mobilisés pour faciliter cet accès et lutter contre la stigmatisation, la discrimination et/ou les violences à l'égard des PVVIH et des populations clés. En consacrant un axe entier à la question de genre et droits humains, le Togo s'engage fortement à lever les dernières barrières et créer un environnement social et juridique favorable pour tous, sans discrimination. Pour atteindre cet impact, le nouveau PSN propose **4 résultats d'effets et 11 résultats de produits.**

Résultat de l'effet 3.1 : Les normes sociales sont en faveur de l'équité et la non-discrimination notamment envers les populations clés, les personnes vulnérables et les PVVIH

Résultat d'effet 3.2 : L'environnement juridique et politique protège les PVVIH et les populations clés contre la stigmatisation et la discrimination et contre les violences

Résultat d'effet 3.3 : Les populations clés et les adolescents et jeunes ont accès à des services de santé, sans stigmatisation ni discrimination

Résultat d'effet 3.4 : Les populations clés, les personnes vulnérables et les PVVIH ont les capacités de prévenir et répondre efficacement à la stigmatisation, la discrimination et la violence

3.2.4 IMPACT 4 : La gouvernance de la riposte au VIH et au Sida est performante d'ici 2025

Le bilan du PSN en cours de mise en œuvre montre une certaine vitalité de la riposte nationale au VIH sous le leadership du SP/CNLS, à travers une mobilisation de l'ensemble des acteurs participant à cette riposte ainsi que de partenaires essentiels au financement de cette riposte. Certains secteurs comme le secteur communautaire, le secteur de la santé sont des acteurs stratégiques de cette riposte tandis que d'autres secteurs semblent de moins en moins investis dans la lutte contre le VIH. Le résultat de l'impact 4 veut mettre l'accent sur une remobilisation de l'ensemble des acteurs clés en travaillant sur les partenariats et les synergies afin de mieux profiter des opportunités qu'offrent les initiatives de développement à la riposte contre le VIH. Des partenariats seront développés avec les grandes villes du pays qui portent une grande part du fardeau de l'épidémie du VIH ainsi qu'avec d'autres secteurs du développement pour agir ensemble sur les vulnérabilités qui sont communes au VIH et à d'autres secteurs du développement. Ce résultat d'impact va également se concentrer sur la qualité du système d'information sanitaire afin de créer au sein du ministère de la santé, un système unifié qui prend en compte l'ensemble des besoins en informations du secteur de la santé. Enfin l'impact 4 contribuera à une meilleure gestion des ressources humaines en changeant totalement d'approche sur les formations pour plus d'efficacité. Au total **5 résultats d'effet et 11 résultats de produits** ont été formulés pour l'atteinte de l'impact 4.

Résultat d'effet 4.1 : Les organes de coordination à tous les niveaux travaillent en synergie et assurent efficacement le leadership de la réponse nationale au VIH

Résultat d'effet 4.2 : Les acteurs produisent des informations stratégiques de qualité y compris celles issues de la surveillance épidémiologique et prennent des actions qui contribuent à l'élimination du VIH

Résultat d'effet 4.3 : Les ressources nationales et internationales mobilisées pour la mise en œuvre du PSN ont augmenté et sont gérées de manière efficace et efficiente à tous les niveaux

Résultat d'effet 4.4 : Au moins 30% des services offerts dans le cadre de la riposte sont délivrés par des OSC et des organisations communautaires

Résultat d'effet 4.5 : Le Système d'approvisionnement et de distribution des produits de santé est performant et contribue au renforcement du système de santé au-delà de la réponse au VIH

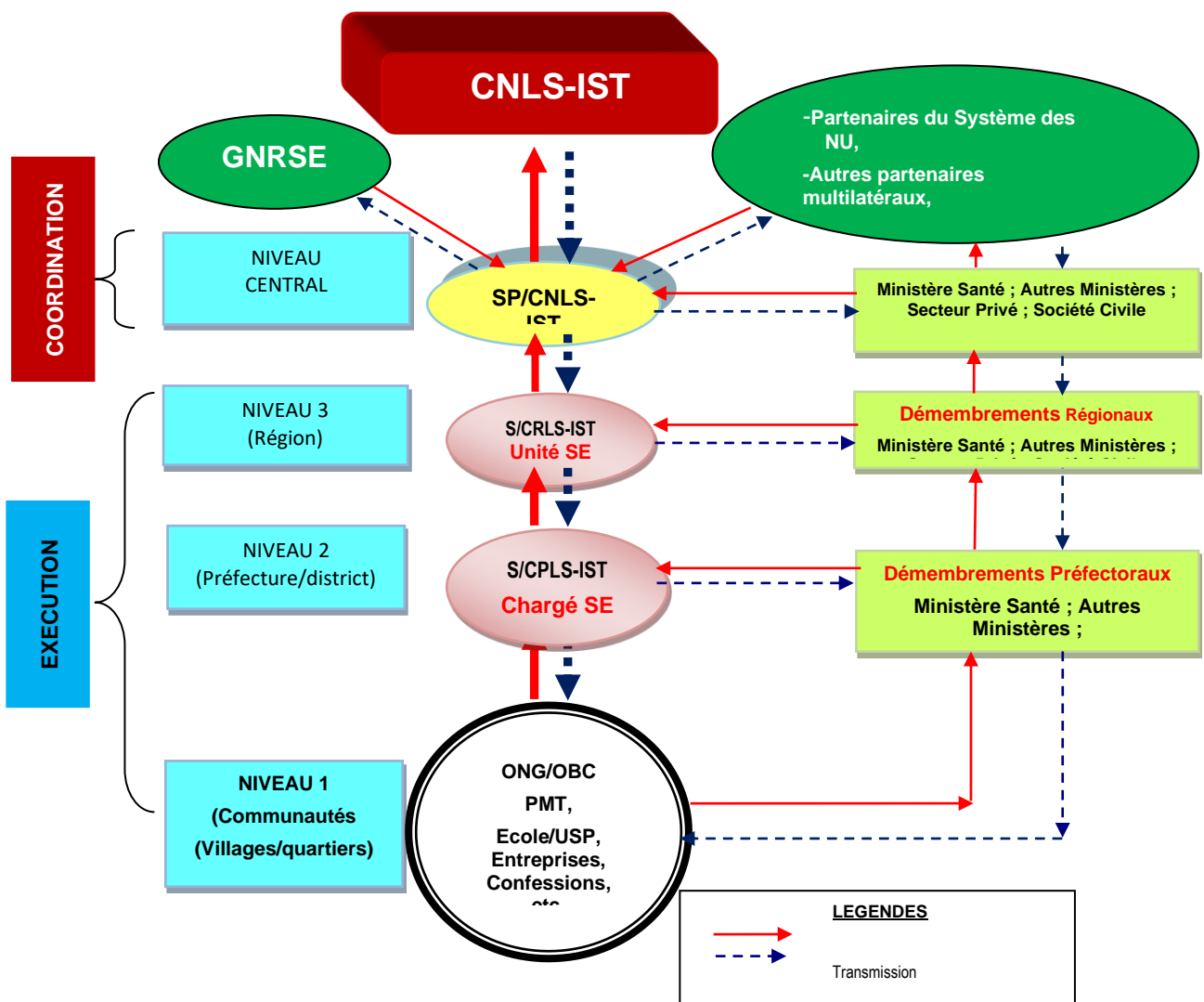
Chapitre 4 : Cadre de mise en œuvre

4.1 Le Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST (CNLS-IST)

Le gouvernement du Togo a créé un Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST), instance d'orientation stratégique de la riposte et de décision placée sous le leadership du Président de la République. Cette instance possède des démembrements au niveau régional (comités régionaux de lutte contre le sida : CRLS, ou encore préfectoral (comités préfectoraux de lutte contre le sida : CPLS).

Un secrétariat Permanent, l'organe exécutif du CNLS-IST, a été mis en place et chargé de coordonner et de suivre la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le Sida déclinée successivement à travers les différents Plans Stratégiques (PSN). Le SP/CNLS-IST est organisé en différents services et dispose de plusieurs groupes techniques multisectoriels.

Cadre institutionnel de mise en œuvre



4.2 Partenariats pour la mise en œuvre du PSN

La mise en œuvre du PSN requiert la mobilisation et la participation de différents types d'acteurs dont les rôles sont complémentaires.

4.2.1 Les acteurs gouvernementaux

La mobilisation de la plupart des ministères et services gouvernementaux est indispensable, notamment le ministère de la santé. En effet, le ministère de la santé joue un rôle majeur dans la mise en œuvre des interventions de ce PSN. En dehors de ce ministère la réussite de la riposte nationale implique l'intervention d'autres ministères : les ministères en charge des questions liées aux enseignements, à la jeunesse, le ministère en charge de la promotion de la femme, de la solidarité nationale, le ministère des finances, le ministère de la justice, des droits humains ou encore ceux de la sécurité ou de la défense nationale.

4.2.2 Le Parlement

Au niveau parlementaire, l'Assemblée Nationale dispose d'un réseau de parlementaires pour la santé et la population incluant la lutte contre le sida. Les commissions santé et lois de l'Assemblée Nationale seront mobilisées pour accompagner le plaidoyer des acteurs de la riposte que ce soit des démarches visant l'augmentation des ressources nationales lors du vote du budget de la santé ou celles relatives au renforcement du cadre juridique et législatif pour les droits humains.

4.2.3 Les Collectivités Territoriales

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

4.2.4 Le secteur communautaire

Le secteur communautaire est un pilier important de la mise en œuvre du PSN. Sa mobilisation sera effective dans la mise en œuvre mais aussi dans le plaidoyer pour l'accès aux ressources. Les organisations des PVVIH, celles issues des populations clés ou encore les réseaux et plateformes d'organisations de la société civile contribueront à faciliter la mobilisation de ce secteur.

4.2.5 Le secteur privé

La contribution du secteur privé dans la mise en œuvre de ce PSN nécessitera non seulement la mobilisation des grandes entreprises pour les engager dans la prévention et la prise en charge auprès des travailleurs mais également une mobilisation du secteur privé de la santé pour améliorer la couverture des services dans les grands centres urbains.

4.2.6 Partenaires techniques et financiers

Les partenaires bilatéraux, multilatéraux et autres organisations internationales vont contribuer à la mobilisation des ressources au niveau international. **L'équipe**

conjointe des Nations Unies va contribuer à la mobilisation de l'assistance technique dont le pays aura besoin pour la mise en œuvre du PSN.

4.2.7 Le CCM

Le CCM est l'organe de coordination nationale des projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Son rôle est de formuler des requêtes de financement auprès du Fonds mondial et d'assurer un suivi stratégique pour garantir une bonne performance des programmes financés. Son rôle est donc primordial pour la mobilisation de ressources auprès du Fonds mondial.

4.2.8 Le forum des partenaires

Le Forum des Partenaires sur le VIH est un cadre de concertation mais également de discussion sur les résultats obtenus dans la mise en œuvre du PSN entre les acteurs clés de la riposte au VIH : Gouvernement, Partenaires techniques et financiers, société civile et secteur privé.

4.3. Cadre de suivi évaluation

Le suivi et évaluation sont indispensables pour assurer une transparence et une redevabilité dans la mise en œuvre du PSN. Il permettra de disposer de données de qualité collectées au niveau du système d'information sanitaire (SIS) national actuellement implémenté à travers le DHIS2 depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central desservi par les niveaux district et régional de mise en œuvre.

4.3.1 Organisation et structure

Au niveau Central

L'organe de coordination est le service Planification, Suivi et d'Evaluation du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST qui travaille en étroite collaboration avec les unités de suivi et évaluation des structures centrales dont le Service d'Information Sanitaire (SIS) qui assure la gestion du DHIS2. Un Groupe de Référence sur le Suivi et l'Evaluation (GRSE) composé des chargés de suivi et évaluation provenant de ces structures centrales appuie le service de planification, suivi et évaluation.

Au niveau régional

Les informations produites dans la mise en œuvre des activités sont collectées via le circuit intégré du ministère de la santé et traitées dans le cadre du DHIS2. Les autres types d'informations qui ne sont pas contenues dans le DHIS2 sont collectées à travers des mécanismes spécifiques mis en place par le SP/CNLS.

Au niveau district

Le dispositif de suivi évaluation s'intègre dans celui du district qui collecte les informations et assure la saisie sur la plateforme du DHIS2. Les ONG et autres structures communautaires de mise en œuvre envoient leurs données aux districts sanitaires. Les autres informations qui ne sont pas prises en compte dans le DHIS2 et qui sont mises en œuvre par les ONG sont collectées par un mécanisme spécifique mis en place par le SP /CNLS avec l'appui de la plateforme des OSC.

4.3.2 Mécanisme de suivi et évaluation

Le mécanisme mis en place permettra de disposer d'un système national de suivi et évaluation qui garantira à la fois le suivi des patients et l'appréciation de la

performance du programme. Le suivi des patients sera basé sur la surveillance et la notification des cas tandis que la performance des programmes se fera à travers des revues, des études et des analyses spécifiques.

4.3.3 Système de surveillance des cas et de recherche

Le système de suivi évaluation mettra un accent particulier sur la surveillance des cas centré sur la personne. Afin d'éviter les doublons, un système de codification unique sera étendu à tous les sites de prise en charge mais couvrira également certains services offerts aux populations clés et/ou vulnérables. Les options de modélisation EPP/SPECTRUM permettront de projeter une estimation satisfaisante des résultats futurs dans le contexte de l'atteinte des 95-95-95.

4.3.4 Les études et enquêtes

Le suivi stratégique de l'épidémie du VIH sera une priorité de la mise en œuvre du PSN 2021-2025. Une série d'études et d'enquêtes permettront de disposer de l'information stratégique nécessaire à la prise de décision. Pour les populations clés et groupes vulnérables, il y aura des études bio comportementales associées à des cartographies programmatiques pour mieux appréhender la dynamique de l'épidémie dans ces groupes. Les enquêtes spécifiques : MICS, EDST conduites au niveau national ou au niveau du ministère de la santé seront également de bonnes sources de données pour évaluer les changements de comportements ou le rythme de diminution des nouvelles infections. Le NASA RTT3 (National AIDS Spending Assessment Resource Tracking Tool 3) ou ReDes pour les évaluations financières, ainsi que l'index stigma pour mesurer les interventions liées au genre et droits humains seront également conduits en prenant en compte les populations clés. Enfin la revue à mi-parcours du PSN et les revues annuelles des activités donneront une appréciation précise de la performance de la mise en œuvre du PSN.

Chapitre 5 : Financement du PSN

5.1 Coût du PSN 2021-2025

La mise en œuvre du PSN 2021-2025 nécessitera un budget de **87 milliards** de CFA sur les cinq années. L'estimation du coût du Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2021-2025 a été faite en utilisant le logiciel « Resources Need Model (RNM) » développé par Avenir Health et recommandé par l'ONUSIDA à l'aide des données fournies par les différents acteurs et l'équipe technique chargée de la définition des cibles.

Le tableau ci-dessous donne la répartition du budget par résultat d'impact et par année

Tableau 6 : Budget par Résultat d'impact et par an

Impacts	2021	2022	2023	2024	2025	2021-2025	%
IMPACT 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 75% dans la population générale d'ici 2025	5 232 984 521	5 467 508 118	5 642 863 248	5 863 859 860	6 124 723 773	28 331 939 519	32,50%
IMPACT 2 : La mortalité des PVVIH (adultes, adolescents, enfants) est réduite de 80% d'ici 2025	7 724 451 070	8 260 565 996	9 390 974 644	9 776 866 385	10 894 243 380	46 047 101 476	52,82%
Impact # : Accélérer l'élimination des obstacles liés au genre et droits humains qui entravent l'accès et l'utilisation continue des services VIH	354 726 016	371 237 130	401 281 425	413 990 857	446 041 795	1 987 277 223	2,28%
Axe 4 : Renforcer la gouvernance de la réponse nationale au VIH	1 883 183 837	1 994 536 713	2 183 504 684	2 271 155 102	2 470 659 802	10 803 040 138	12,39%
Total	15 195 345 444	16 093 847 956	17 618 624 002	18 325 872 204	19 935 668 750	87 169 358 356	100,00%
%	17,43%	18,46%	20,21%	21,02%	22,87%	100,00%	

Comme indiqué dans le tableau ci-dessus, l'impact 2, « la morbidité des PVVIH (adultes et enfants) est réduite de 80% », occupe 52,82% du total des ressources nécessaires de 2021 à 2025, soit 46,05 milliards de FCFA, suivi de l'impact 1, « les nouvelles infections sont réduites de 75% dans la population générale d'ici 2025 », avec

32,50% des ressources nécessaires, soit 28,33 milliards de FCFA. Cette situation est illustrée dans la figure ci-dessous.

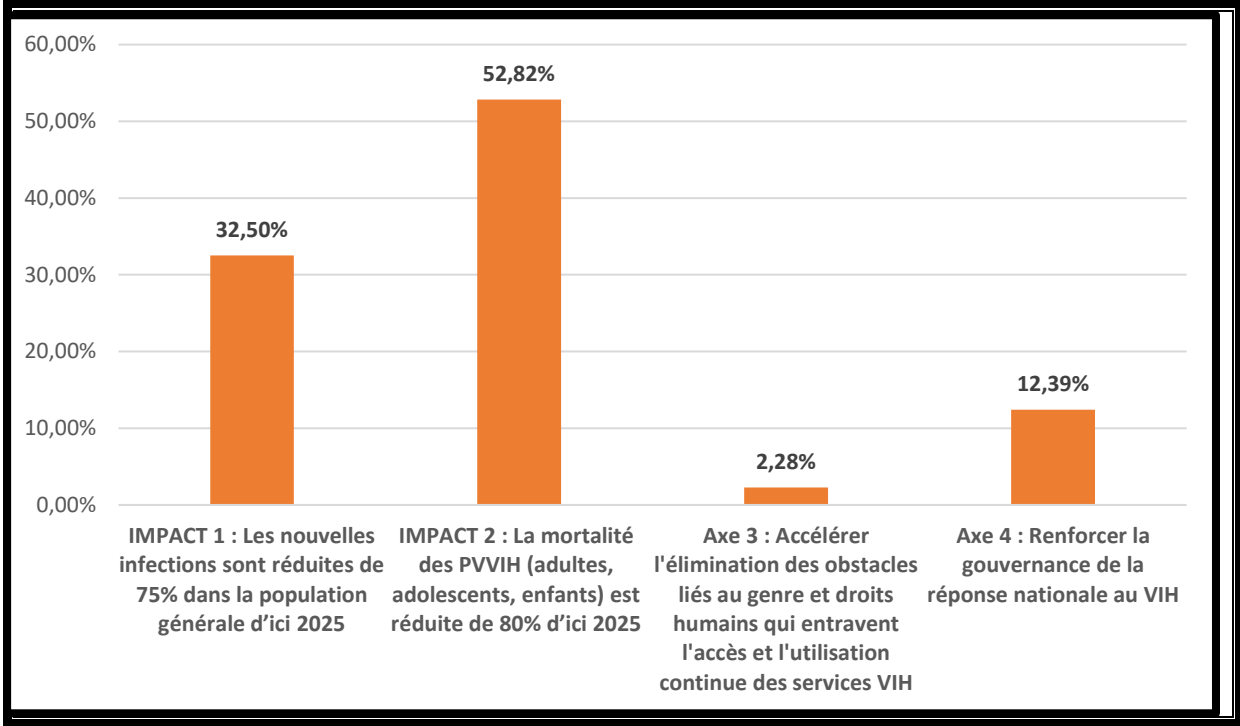


Figure 13 : : Budget prévisionnel en pourcentage par impact

De même on peut noter une variation du budget d'une année à l'autre, comme l'illustre le graphique ci-dessous, passant de 15,20 milliards de FCFA en 2021 à 19,94 milliards de FCFA en 2025.

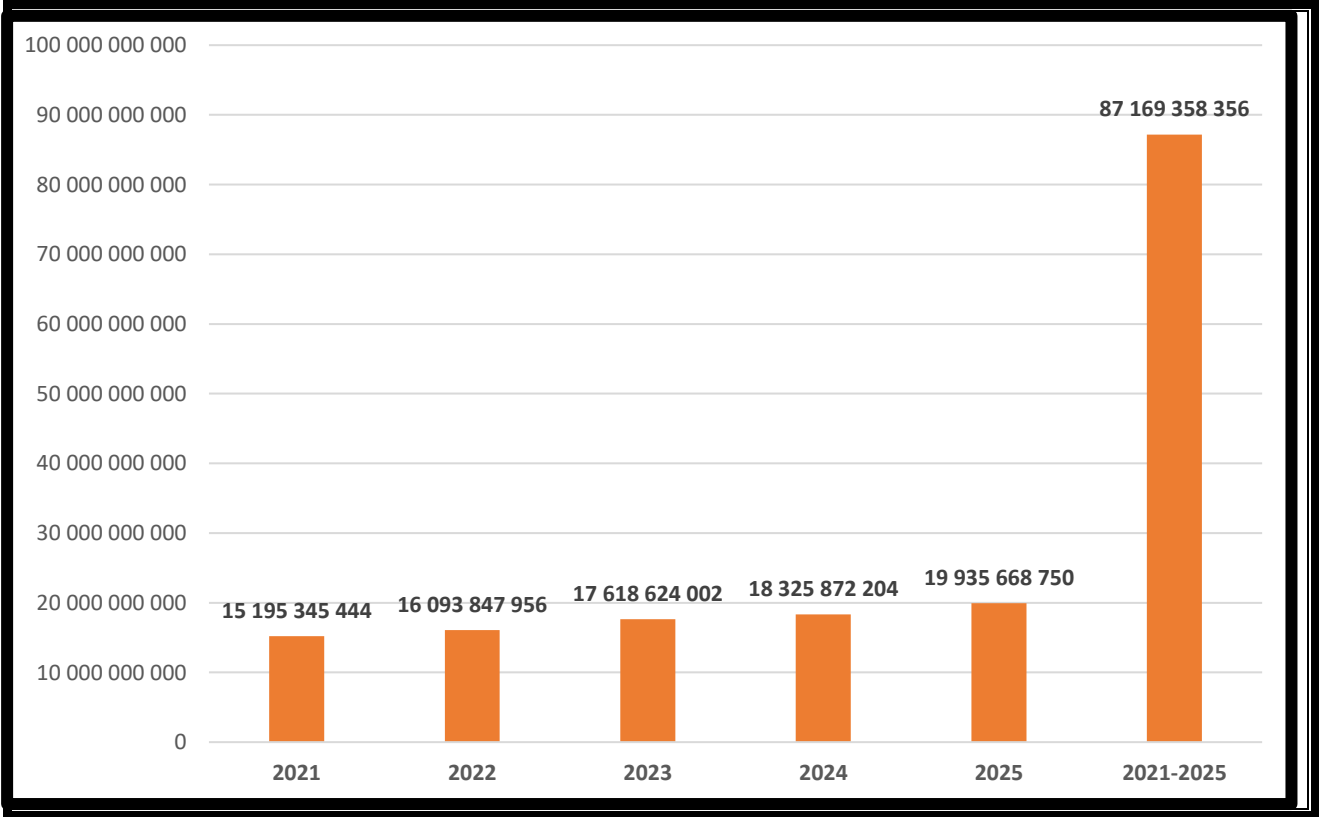


Figure 14 : : Budget prévisionnel en valeur de 2021 à 2025

Ainsi, l'année 2025 connaîtra en pourcentage le budget le plus élevé avec 22,87% des ressources nécessaires.

5.2 Analyse des gaps de financements du PSN

Sur la base des annonces de financement actuelles, les ressources disponibles au cours de la période 2021-2025 sont estimées à **44,7 milliards de FCFA** dont **14 milliards de FCFA au titre de l'Etat, soit, 31,31% des ressources disponibles**. Le **Fonds Mondial annonce 26,75 milliards sur les trois premières années de mise en œuvre, soit 59,84%** des ressources disponibles.

Sur la base des prévisions budgétaires annuelles du PSN 2021-2025, les gaps de financement se présentent ainsi dans le tableau ci-après.

Tableau 7: Analyse des gaps de financement en Euro

SOURCES DE FINANCEMENT	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL	%
Ressources internes	3 811 231	3 811 231	4 573 477	4 573 477	4 573 477	21 342 895	31,31%
Etat	3 811 231	3 811 231	4 573 477	4 573 477	4 573 477	21 342 895	31,31%
Ressources externes	17 127 585	16 598 906	12 515 995	290 309	281 090	46 813 885	68,69%
PEPFAR	4 611 590					4 611 590	6,77%
Fonds mondial	12 234 904	16 313 206	12 234 904			40 783 014	59,84%
SNU	281 091	285 700	281 091	290 309	281 090	1 419 281	2,08%
TOTAL RESSOURCES DISPONIBLES	20 938 816	20 410 137	17 089 473	4 863 786	4 854 567	68 156 780	100,00%
BUDGET PSN 2021-2025	23 165 190	24 534 950	26 859 460	27 937 655	30 391 777	132 889 033	100,00%
GAP DE FINANCEMENT	2 226 374	4 124 814	9 769 987	23 073 868	25 537 210	64 732 253	100,00%
% GAP/année	3,44%	6,37%	15,09%	35,65%	39,45%	100,00%	100,00%

Les gaps de financement en FCFA sont illustrés dans le graphique suivant

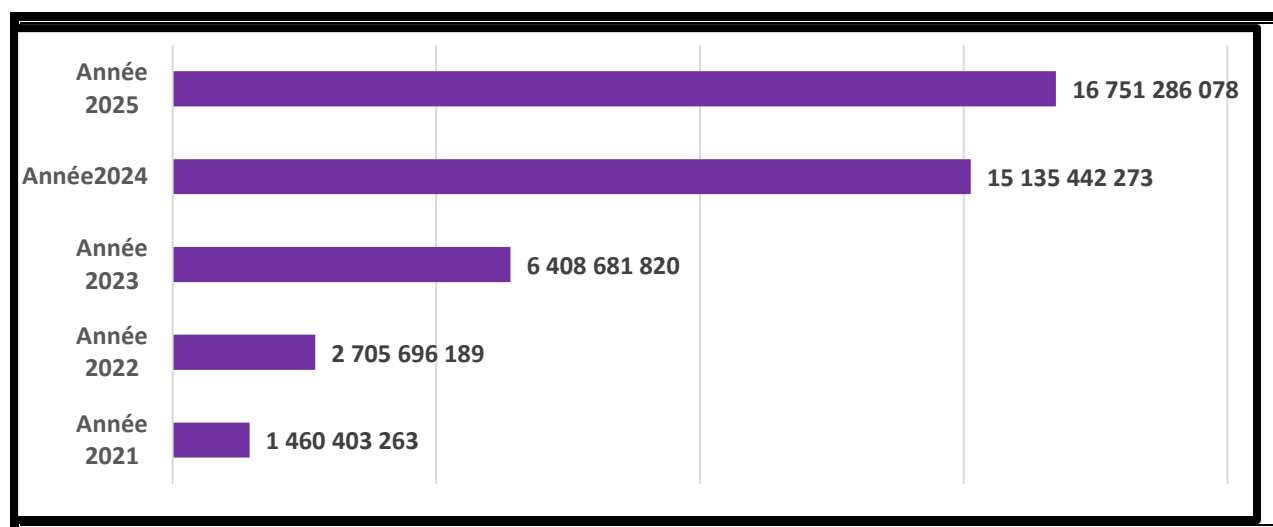


Figure 15 : Présentation des gaps de financement par année

5.3 Analyse des efficacités

Le pays a fait le choix depuis 2019, de passer au protocole TLD¹ et a déjà commencé la mise en œuvre d'un plan de transition pour permettre une prise en compte progressive du TLD dans les traitements ARV. En plus de cela, le pays met également en œuvre l'approche différenciée de soins à travers la Dispensation Multi-Mois (DMM) (3-6 mois). Cette dernière mesure permet une réduction importante des coûts liés aux soins, en particulier au niveau du laboratoire, des ressources humaines et au niveau nutritionnel permettant ainsi à l'ensemble du système de santé de réaliser des économies d'échelle.

Selon le calcul effectué par Avenir Health, le Togo pourrait dans la mise en œuvre du présent PSN gagner environ 1,08 millions de \$ en 2025 s'il accélérât le passage intégral au TLD au niveau des ARV chez les adultes en combinant avec l'application effective de la DMM pour tous les patients répondant aux critères pour ce type de dispensation. Ce gain d'efficacité en termes de coûts est illustré par la figure ci-dessous.

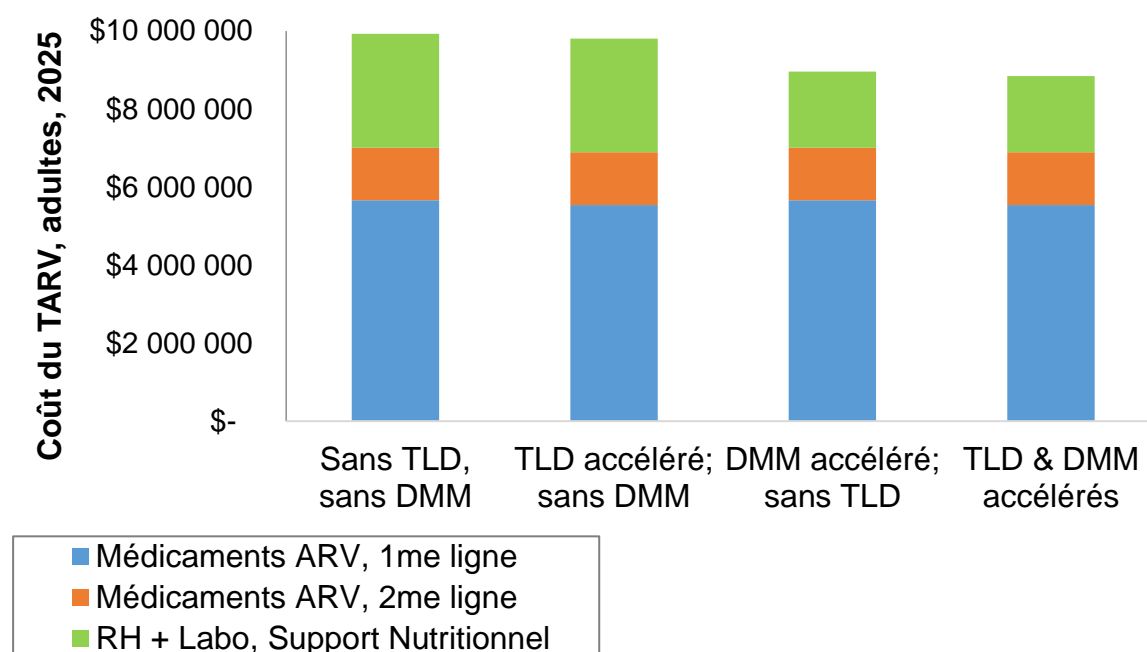


Figure 16 : Coûts du TARV dans le scénario NSP 2025, avec variantes de transition de régimes ARV et/ou de mode de délivrance (Scénarii réalisé par Avenir Health)

5.4 Stratégies de mobilisation de ressources

5.4.1 Maintenir de bons niveaux de performance pour la reconduction des financements en cours

Le pays bénéficie de deux sources de financements internationaux importants pour la riposte nationale au VIH. Il s'agit des ressources mobilisées auprès du Fonds Mondial et des ressources mobilisées auprès de PEPFAR.

➤ Ressources Fonds mondial

L'enveloppe pays attribuée par le Fonds Mondial est de **41 millions de dollars \$** pour la période 2021-2023. Bien qu'il n'y ait pas beaucoup de possibilité pour

¹ TLD : Tenofovir Lamivudine Dolutégravir
DMM : Dispensation des ARV Multi Mois

augmenter cette enveloppe, son maintien voire son augmentation pour le cycle prochain (2024-2026) dépendra des performances réalisées par le pays, d'où l'intérêt et l'importance d'assurer une gestion performante des ressources actuelles. Il y a également la possibilité pour le Fonds Mondial d'octroyer des financements additionnels si le pays est éligible à ce type de financement. La surveillance de ces opportunités s'avère donc indispensable.

➤ **Ressources PEPFAR**

Le Togo bénéficie depuis 2018, des financements de PEPFAR pour accompagner la riposte nationale. Ces financements couvrent la période 2018-2021 et le budget dédié à l'année 2021 est de 5,5 millions de dollars US. Etant donné que l'octroi de ces fonds est surtout basé sur la performance, la poursuite de ce financement au-delà de 2021 dépendra sans doute des résultats satisfaisants auxquels le pays aura abouti.

5.4.2 Construire un partenariat intelligent pour accroître les ressources domestiques

➤ **Remobiliser les acteurs nationaux**

Il est important de remobiliser l'ensemble des acteurs par la tenue d'au moins une réunion statutaire du CNLS avec la présence des autorités au plus haut niveau. Les rencontres avec les plus hautes autorités permettront de remobiliser l'ensemble de la communauté de développement sur l'importance de continuer à inscrire le VIH parmi les priorités de l'agenda de développement du pays.

➤ **Assurer un plaidoyer stratégique pour accroître la contribution directe de l'état**

L'accroissement des ressources de l'état pour le financement direct de la riposte est nécessaire pour atteindre les objectifs du nouveau PSN 2021-2025. L'accroissement des ressources directes de l'état facilitera également le plaidoyer du Togo pour mobiliser de nouvelles ressources dans le cadre de la lutte contre le VIH.

5.5 Pérennisation de la riposte

La question de la pérennité de la riposte au VIH est une question fondamentale au Togo. Le financement dépend à **69%** de donateurs internationaux et la capacité de mobilisation des ressources domestiques est assez limitée. L'intégration des services liés au VIH dans les services de santé s'est considérablement améliorée au Togo laissant espérer une réduction des coûts directs liés à l'offre de services aux PVVIH. On observe une diminution de l'offre des services dépendant de structures autonomes (ONGs et structures sanitaires confessionnelles) de 60% en 2009 à environ 30% en 2018, cette diminution étant compensée par une augmentation des prestations par les structures de soins publics. Bien que cette intégration du VIH aux soins ne signifie pas pour l'instant, une réduction des coûts, elle présente une perspective intéressante sur la mutualisation des moyens avec à termes, une réduction réelle des coûts.

La pérennité de la riposte dépendra en partie de l'efficacité des approches de gestion des performances au niveau des ressources humaines en santé. C'est pourquoi investir dans une réforme totale du système d'acquisition des compétences professionnelles, est une démarche innovante pour le nouveau PSN. La question de la pérennisation est également liée à la capacité du pays à mettre en place une stratégie globale de financement de la santé dans le cadre d'une démarche de couverture sanitaire universelle où chaque maladie prioritaire serait adéquatement financée et prise en charge.

5.6 Gestion des Risques

Trois risques majeurs sont à considérer dans la mise en œuvre de ce PSN 2021-2025 afin de définir les moyens de mitigation pour limiter leur impact sur la bonne exécution du PSN 2021-2025. Ils sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8: Gestion des risques

Risques	Probabilité de survenue	Moyens de mitigation
<p>Risque programmatique</p> <p>Certaines données servant de base de calcul des cibles sont des données de projection qui peuvent avoir des divergences avec des données de programmes et impacter la performance des résultats</p>	Moyen	<p>Il faut planifier certaines études de base très tôt en début de PSN afin de pouvoir réajuster les écarts</p> <p>Il faut développer des stratégies appropriées à chaque cible pour se donner le maximum de chance de toucher les cibles prévues</p>
<p>Risque financier</p> <p>Le contexte financier international difficile avec l'émergence de nouvelles priorités dans la sous-région ainsi que l'impact réel des menaces sécuritaires sur les ressources des états de la sous-région peuvent agir sur l'atteinte des objectifs de mobilisation des ressources domestiques et internationales pour la riposte au VIH</p>	Haute	<p>Définir un plan de mobilisation des ressources qui intègre une stratégie plus détaillée de mobilisation des ressources</p> <p>Relancer l'organisation des sessions du CNLS pour redonner de l'intérêt au financement de la lutte contre le VIH</p>
<p>Risque de survenue d'une urgence sanitaire majeure (type Covid-19, Ebola ...)</p> <p>La flambée de l'épidémie du Covid-19 et surtout l'ampleur de la transmission interhumaine peut agir sur les priorités du pays en matière de mobilisation et d'allocation des ressources et par conséquent agir sur l'atteinte des objectifs escomptés.</p>	Moyen	<p>Prévoir un plan de contingence permettant au pays d'anticiper sur son niveau de préparation épidémies émergentes afin d'en limiter l'ampleur en cas de survenue.</p>

Annexe 1 : Chaîne des résultats, stratégies et principaux acteurs impliqués

IMPACT 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 75% dans la population générale d'ici 2025

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Impact 1		
<i>Effet 1.1 : 95 % des populations clés PS, HSH, UD et UDI, détenus) utilisent les services de prévention combinée d'ici 2025.</i>		
Produit 1.1.1 : 13 961 PS bénéficient de paquet de services de prévention combinée d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.1.1.1 Dépistage du VIH à travers des stratégies ciblées dans le respect des droits humains (dépistage dans les établissements de santé, dépistage communautaire, dépistage par les pairs, dépistage des cas index, auto-dépistage)</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Structures privées et confessionnelles de santé
<i>Stratégie 1.1.1.2 Promotion du dépistage chez les clients des PS</i>		
<i>Stratégie 1.1.1.3 : Diagnostic et traitement des IST</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON),
<i>Stratégie 1.1.1.4 : Promotion et distribution du préservatif et du gel lubrifiant</i>	PNLS-HV-IST, DSMI/PF	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.1.1.5 : Prévention de proximité</i>	Plateforme des OSC,	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.1.1.6 : Prophylaxie pré-exposition</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.1.1.7 Services de santé sexuelle et reproductive (planification familiale, prévention, dépistage)</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Produit 1.1.2 : 7 250 HSH bénéficient de paquet de services de prévention combinée d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.1.2.1 Dépistage du VIH à travers des stratégies ciblées dans le respect des droits humains (dépistage dans les structures de soins, dépistage communautaire, dépistage par les pairs, dépistage des cas index, auto-dépistage)</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.1.2.2. Diagnostic et traitement des IST</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.1.2.3 Promotion et distribution du préservatif et du gel lubrifiant</i>	PNLS-HV-IST, DSMI/PF	MSHP OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.1.2.4 Prophylaxie pré-exposition</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.1.2.5 Prévention de proximité (y compris par l'utilisation des nouvelles technologies de communication)</i>	Plateforme des OSC,	MSHP, Ministère des Postes, Economie numérique et des innovations Technologiques
<i>Stratégie 1.1.2.6 Services de santé sexuelle (dépistage des IST anales et du cancer de l'anus et de la prostate)</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, Plateforme OSC

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Produit 1.1.3 : 20 136 détenus bénéficient de paquet de services de prévention combinée d'ici 2025		
Stratégie 1.1.3.1 Promotion du dépistage chez les détenus	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) Min. de la Justice
Stratégie 1.1.3.2 Promotion et distribution de préservatifs masculins		
Stratégie 1.1.3.3 Diagnostic et prise en charge correcte des IST	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Min. de la Justice
Stratégie 1.1.3.4 Prévention de proximité	Plateforme OSC,	MSHP et Min. Justice
Stratégie 1.1.3.5 Prévention, dépistage et traitement de la tuberculose	PNLT	MSHP, Min. justice, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Produit 1.1.4 3 196 UDI bénéficient de paquet de services de prévention combinée d'ici 2025		
Stratégie 1.1.4.1 Dépistage du VIH à travers des stratégies ciblées dans le respect des droits humains (EPOA, dépistage communautaire, stratégie avancée, Index Testing, auto dépistage)	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Min. Justice
Stratégie 1.1.4.2 Diagnostic et traitement des IST	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Min. Justice
Stratégie 1.1.4.3 Promotion et distribution de préservatifs	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Min. Justice
Stratégie 1.1.4.4 Réduction des risques (échange d'aiguilles et de seringues, traitement de substitution aux opiacés, prévention, dépistage et traitement de l'overdose aux opiacés)	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Min. Justice
Stratégie 1.1.4.5 Prévention de proximité (y compris par l'utilisation des nouvelles technologies de communication)	Plateforme des OSC	MSHP, Min. Justice, Ministère des Poste, de l'économie numérique et des innovations Technologiques.
Effet 1.2 : 90 % des populations vulnérables (hommes et femmes en uniforme, populations mobiles, pêcheurs, portefaix, PVVIH,) utilisent des services de prévention combinée d'ici 2025		
Produit 1.2.1 : 76 000 hommes et femmes en uniforme, 266 000 routiers, 2350 pêcheurs, 2000 portefaix, 104 500 PVVIH, 11000 populations réfugiées bénéficient des programmes de communication pour un changement de comportement face au VIH d'ici 2025		
Stratégie 1.2.1.1 Promotion de la paire éducation	Min Défense, Plateforme OSC	MSHP, Min transport, Min Action sociale, Min Sécurité
Stratégie 1.2.1.2 Prévention positive pour les PVVIH	Plateforme OSC	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON),
Stratégie 1.2.1.3 Promotion de l'utilisation des services de prévention combinée	Min Défense, Plateforme OSC	MSHP, Min transport, Min Action sociale, Min Sécurité
Stratégie 1.2.1.4 Utilisation des nouvelles technologies de communication (assistance en ligne, réseaux sociaux)	Min défense Plateforme OSC	MSHP, Min économie numérique
Produit 1.2.2 : 76 000 hommes et femmes en uniforme, 266 000 routiers, 2350 pêcheurs, 2000 portefaix, 11000 populations réfugiées bénéficient de paquet de services de prévention combinée d'ici 2025		
Stratégie 1.2.2.1 Dépistage du VIH à travers des stratégies ciblées dans le respect des droits humains (dépistage ciblé, stratégie avancée, Index Testing)	Min défense, Plateforme OSC	MSHP, Min sécurité, Min action sociale, Min agriculture

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
<i>Stratégie 1.2.2.2 Diagnostic et PEC correcte des IST</i>	PNLS-HIV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.2.2.3 Promotion et distribution de préservatifs</i>	Min défense, Plateforme OSC	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Effet 1.3 : 95 % des adolescents et des jeunes scolaires et extrascolaires de 10 à 24 ans adoptent des comportements à moindre risque pour éviter le VIH et les IST d'ici 2025		
Produit 1.3.1 : 763 107 adolescents et jeunes scolaires et extrascolaires de 10 à 24 ans (1 353 371 filles et 1 409 731 garçons) bénéficient des programmes d'éducation sexuelle et de prévention VIH et aux IST d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.3.1.1 Promotion de l'enseignement sur la SSR/VIH dans les écoles (y compris la révision des curricula)</i>	MEPS + METFIP	MSHP, MDBAJ, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.3.1.2 Mobilisation sociale pour un environnement favorable (cibler les parents et leaders communautaires) à l'accès aux services SSR/VIH</i>	MEPS + METFIP	MSHP, MDBAJ, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.3.1.3 Utilisation des technologies de l'information et de la communication (assistance en ligne, réseaux sociaux)</i>	MEPS+METFIP	MSHP, MDBAJ, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Produit 1.3.2 : 767 612 adolescents et jeunes scolaires et extrascolaires de 15 à 24 ans bénéficient de paquet de services de prévention combinée (dépistage du VIH, de prise en charge des IST, PF et de distribution de préservatifs) d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.3.2.1 Dépistage ciblé du VIH à travers les nouvelles stratégies (CDIP, Index Testing, dépistage basé sur la famille des PVVIH)</i>	MEPS+METFIP	MSHP, MDBAJ, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON),
<i>Stratégie 1.3.2.2 Diagnostic et prise en charge correcte des IST</i>	MEPS+METFIP	MSHP, MDBAJ, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.3.2.3 Promotion et distribution de préservatifs aux jeunes 15-24 ans</i>	MEPS+METFIP	MSHP, MDBAJ, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.3.2.4 Offre de méthodes contraceptives aux jeunes 15-24 ans</i>	MEPS+METFIP	MSHP, MDBAJ, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.3.2.5 Programmes de transfert monétaires aux jeunes filles vulnérables en risque de basculer dans la prostitution</i>	MEF /MDBAJ	MSHP, MEPS, METFIP, Min Action sociale, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Effet 1.4 : 95 % des femmes enceintes séropositives et leurs enfants utilisent les services de PTME (prévention, PF et de prise en charge médicale) pour réduire la TME du VIH et de la syphilis congénitale d'ici 2025		
Produit 1.4.1 : 48 006 femmes en âge de procréer séropositives connaissent leur statut sérologique au VIH d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.4.1.1 Promotion de l'utilisation des services (médias, proximité, référence vers l'utilisation des services)</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.1.2 Dépistage ciblé (CDIP, Index Testing)</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.1.3 Renforcement de compétences des acteurs communautaires et prestataires</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.1.4 Acquisition et distribution des intrants</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Produit 1.4.2 : 36 004 partenaires des femmes séropositives en âge de procréer connaissent leur statut sérologique au VIH d'ici 2025		

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
<i>Stratégie 1.4.2.1 Promotion de l'utilisation des services par les papas champions</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.2.2 Développement de l'approche « Couples pairs éducateurs »</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.2.3 Dépistage familial/index Testing</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.2.4 Aménagement d'espaces conviviaux dédiés aux hommes</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.2.5 Paire éducation au sein de groupes constitués</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.2.6 Disponibilité des services liés au VIH dans les cliniques privées</i>	MSHP	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Produit 1.4.3 : 351 293 femmes enceintes/mères connaissent leur statut sérologique au VIH et à la syphilis d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.4.3.1 Promotion de l'utilisation des services (médias, proximité, référence vers l'utilisation des services)</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.3.2 Dépistage ciblé avec utilisation des tests duo (CDIP, Index Testing)</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.3.3 Assurance qualité des tests de dépistage au VIH</i>	MSHP	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Produit 1.4.4 : 351 293 partenaires des femmes enceintes connaissent leur statut sérologique au VIH d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.4.4.1 Mobilisation par les papas champions</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.4.2 Développement de l'approche « Couples pairs éducateurs »</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.4.3 Dépistage familial</i>	PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.4.4 Aménagement d'espaces conviviaux dédiés aux hommes</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.4.5 Rendre disponibles tous les services liés au VIH dans les cliniques privées</i>	MSHP	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) secteur privé santé
Produit 1.4.5 : 9 652 femmes séropositives en âge de procréer y compris les femmes enceintes séropositives ont bénéficié de la PF et des préservatifs (masculins et féminins) d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.4.5.1 Renforcement de l'utilisation des services de PF et des préservatifs (offre et demande)</i>	DSMI/PF	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.5.2 Renforcement de l'intégration de la PF dans les services offerts aux PVVIH</i>	DSMI/PF/PNLS	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Produit 1.4.6 : 22 295 femmes enceintes/mères séropositives au VIH et/ou à la syphilis et leurs enfants ont bénéficié d'une prise en charge médicale et nutritionnelle d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.4.6.1 Mise sous ARV des femmes enceintes/mères séropositives et des enfants à la naissance</i>	PNLS	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
<i>Stratégie 1.4.6.2 Prévention des infections opportunistes y compris la tuberculose chez les femmes enceintes séropositives et les enfants exposés</i>	PNLS	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.6.3 Traitement de la syphilis chez le couple mère-enfant selon le protocole en vigueur dans le pays</i>	PNLS/DSMI/PF	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.6.4 Renforcement du suivi et de la rétention du couple mère-enfant dans les soins</i>	PNLS/DSMI/PF	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.6.5 Prise en charge nutritionnelle du couple mère-enfant</i>	PNLS /Direction Nutrition	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Produit 1.4.7 : 22 295 nouveau-nés exposés au VIH bénéficient du dépistage au VIH		
<i>Stratégie 1.4.7.1 Promotion de l'utilisation des services (médias, proximité, référence vers l'utilisation des services)</i>	PNLS/DSMI/PF	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.7.2 Diagnostic précoce chez les nourrissons exposés</i>	PNLS	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
<i>Stratégie 1.4.7.3 Dépistage ciblé pour les autres enfants (CDIP, Index Testing)</i>	PNLS	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Effet 1.5 : La sécurité transfusionnelle est assurée à 100 % d'ici 2025		
Produit 1.5.1 L'environnement est favorable au don de sang		
<i>Stratégie 1.5.1.1 Plaidoyer pour un environnement favorable au don de sang</i>	CNTS	MSHP, Association donneurs de sang, Min Communication
<i>Stratégie 1.5.1.2 Promotion du don de sang</i>	CNTS	Min Communication, association des donneurs de sang
<i>Stratégie 1.5.1.3 Promotion de la fidélisation des donneurs de sang</i>	CNTS	Min Communication, association des donneurs de sang
Produit 1.5.2 : 350 000 poches de sang primaires sécurisées d'ici 2025		
<i>Stratégie 1.5.2.1 Disponibilité des intrants de contrôle de la qualité du sang</i>	CNTS	MSHP
<i>Stratégie 1.5.2.2 Contrôle systématique de la qualité du sang</i>	CNTS	MSHP
<i>Stratégie 1.5.2.3 Equipement des banques de sang des hôpitaux en réfrigérateurs pour la conservation des produits sanguins</i>	CNTS	MSHP
<i>Stratégie 1.5.2.4 Promotion de l'utilisation rationnelle des produits sanguins (Formation des prescripteurs de produits sanguins)</i>	CNTS	Min Communication, association des donneurs de sang
<i>Stratégie 1.5.2.5 Mise en place des comités de sécurité transfusionnelle dans les hôpitaux</i>	CNTS	Min Communication, association des donneurs de sang

IMPACT 2 : La mortalité des PVVIH (adultes, adolescents, enfants) est réduite de 80% d'ici 2025

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Effet 2.1 : <i>En 2025, 95% des PVVIH (adultes, femmes enceintes/allaitantes, populations clés, co infectés TBVIH, Hép/VIH et cancer du col de l'utérus), connaissent leur statut sérologique au VIH</i>		
Prod. 2.1.1.1 : 108 165 PVVIH (adultes, femmes enceintes/allaitantes, populations clés, co infectés TBVIH, Hép/VIH et cancer du col de l'utérus) connaissent leur statut sérologique d'ici 2025		
Strat. 2.1.1.1.1 : <i>Renforcement des capacités et extension des structures pour l'offre de services différenciés de dépistage du VIH</i>	MSHP	Plateforme secteur privé santé, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Strat. 2.1.1.1.2 : <i>Renforcement du système de l'approvisionnement et la distribution des intrants pour le dépistage du VIH</i>	MSHP	MEF, MFP, CAMEG
Effet 2.2 : <i>En 2025, 95% des PVVIH (adultes, femmes enceintes/allaitantes, populations clés, co infectés TBVIH, Hép/VIH et cancer du col de l'utérus), connaissant leur statut sérologique au VIH reçoivent un traitement antirétroviral</i>		
Prod. 2.2.1 : En 2025, le nombre de PVVIH (adultes, femmes enceintes/allaitantes, populations clés, co infectés TB/VIH, Hép/VIH et cancer du col de l'utérus) sous traitement ARV a augmenté de 76 230 à 107 380		
Strat. 2.2.1.1.1 : <i>Accélération de la mise en œuvre du "Test and Start"</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Strat. 2.2.1.1.2 : <i>Renforcement de l'approvisionnement et la distribution des ARV</i>	CAMEG-TOGO	PNLS-HV-IST, MSHP
Strat. 2.2.1.1.3 : <i>Renforcement des capacités et extension des structures pour l'offre de services différenciés de dépistage et de traitement ARV</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, MEF, MFP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Strat. 2.2.1.1.4 : <i>Renforcement de la délégation de tâches pour la prise en charge globale des PVVIH</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Strat. 2.2.1.1.5 : <i>Augmentation des ressources humaines pour la prise en charge globale des PVVIH par les ARV</i>	MSHP	MEF/MFP
Strat. 2.2.1.1.6 : <i>Renforcement du partenariat public-privé pour la prise en charge globale des PVVIH</i>	MSHP	PNLS/ OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) secteur privé santé
Effet 2.3 : <i>95% des enfants de 0-14 ans infectés connaissant leur statut sérologique reçoivent un traitement ARV</i>		
Prod. 2.3.1 : 7 668 enfants de 0-14 ans séropositifs connaissent leur statut		
Strat. 2.3.1.1.1 : <i>Renforcement du dépistage à l'initiative du prestataire à toutes les portes d'entrée dans les structures de soins</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) secteur privé santé
Strat. 2.3.1.1.2 : <i>Mise à échelle des nouvelles approches de dépistage (dépistage communautaire, index testing, dépistage familial, journée de la santé de l'enfant, journée de la Mère et de l'enfant...)</i>	PNLS-HV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) secteur privé santé, MSHP
Strat. 2.3.1.1.3 : <i>Renforcement du dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives</i>	PNLS-HV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) secteur privé santé, MSHP

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Prod. 2.3.2 : 7 668 enfants de 0-14 ans infectés sont nouvellement mis sous ARV		
Strat. 2.3.2.1 : <i>Renforcement des mécanismes de référence et contre référence pour l'intégration dans les soins</i>	PNLS-HV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) secteur privé santé, MSHP
Strat. 2.3.2.2 : <i>Renforcement des capacités des prestataires à la prise en charge pédiatrique</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) Ecole de Formation en Science de la santé
Strat. 2.3.2.3 : <i>Renforcement de la délégation de tâches pour la prise en charge pédiatrique (formation et coaching/mentorage)</i>	MSHP	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), secteur privé santé, MSHP
Strat. 2.3.2.4 : <i>Renforcement du dispositif pour l'offre des soins différenciés pour les enfants</i>	PNLS-HV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) secteur privé santé, MSHP
Prod. 2.3.3 : 12 269 enfants de 0-14 ans sous TAR sont maintenus dans le continuum des soins		
Strat. 2.3.3.1 : <i>Renforcement de l'observance (recherche des perdus de vue, éducation thérapeutique)</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Structures privées de santé
Strat. 2.3.3.2 : <i>Renforcement en ressources humaines pour le suivi et l'accompagnement des enfants et adolescents infectés sous ARV</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, MEF, MFP
Strat. 2.3.3.3 : <i>Renforcement du dispositif pour l'offre des soins différenciés avec l'implication de la communauté</i>	PNLS-HV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Effet 2.4 : 95% des PVVIH (enfants, adolescents, femmes enceintes/allaitante, adultes, populations clés, Co infectés TBVIH, Hépatites virales/VIH) sous ARV ont une charge virale durablement supprimée d'ici 2025		
Prod. 2.4.1 : 100 542 PVVIH (enfants, adolescents et adultes) ont bénéficié du suivi biologique et 90 488 ont bénéficié de la charge virale d'ici 2025		
Strat. 2.4.1.1 : <i>Renforcement du plateau technique et les ressources humaines des laboratoires pour le suivi biologique des PVVIH</i>	MSHP	MEF, MFP
Strat. 2.4.1.2 : <i>Renforcement du mécanisme national de contrôle qualité et de suivi du réseau de laboratoire pour l'offre des services d'analyse médicales biologiques</i>	CNR VIH	PNLS-HV-IST, MSHP
Strat. 2.4.1.3 : <i>Renforcement du dispositif d'approvisionnement et de distribution des intrants (réactifs et consommables)</i>	CAMEG-Togo	MSHP, MEF
Strat. 2.4.1.4 : <i>Mise en place d'un système efficace de collecte, de convoyage des échantillons et du rendu des résultats entre les sites et les laboratoires</i>	PNLS-HV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON) Structures privées de santé
Prod. 2.4.2 : 168 000 PVVIH (adultes et enfants) ont bénéficié de la prophylaxie contre les IO et 48 059 ont bénéficié du diagnostic et traitement des IO		
Strat. 2.4.2.1 : <i>Renforcement de la prophylaxie IO</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), secteur privé santé
Strat. 2.4.2.2 : <i>Renforcement du diagnostic et traitement des IO (plateau technique et ressource humaine)</i>	MSHP	MEF/MFP

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Prod. 2.4.3 : 100 542 adultes et enfants infectés sous ARV sont maintenus dans le système de soins à 12 mois, 24 mois après leur mise sous traitement ARV et 90 488 ont une charge virale supprimée		
Strat. 2.4.3.1 : <i>Recherche active des perdus de vue</i>	Plateforme OSC/RAS+	PNLS, MSHP
Strat. 2.4.3.2 : <i>Renforcement de l'éducation thérapeutique</i>	PNLS-HV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), secteur privé santé
Strat. 2.4.3.3 : <i>Renforcement du dispositif pour l'offre des soins différenciés avec l'implication de la communauté</i>	MSHP	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), secteur privé santé
Strat. 2.4.3.4 : <i>Mise en place d'un mécanisme pour assurer l'adhérence aux traitements des détenus séropositifs pendant et en dehors de l'incarcération</i>	PNLS-HV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Min Justice
Strat. 2.4.3.5 : <i>Mise en place d'un système de gestion individualisée des cas (e-tracker)</i>	MSHP	SIS, PNLS, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Structures privées de santé
Effet 2.5 : 80% des PVVIH y compris les enfants infectés par le VIH qui en ont besoin, bénéficient d'une prise en charge psychologique et sociale et nutritionnelle		
Prod. 2.5.1 : 14 000 PVVIH ont bénéficié d'un soutien psychologique et 24 000 PVVIH d'un soutien social par an		
Strat. 2.5.1.1 : <i>Mobilisation et implication communautaire pour le soutien psychologique et social des PVVIH</i>	PNLS-HV-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), MASPFA
Strat. 2.5.1.2 : <i>Renforcement des capacités des prestataires pour le soutien psychologique et social des PVVIH</i>	MSHP	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Universités
Strat. 2.5.1.3 : <i>Promotion de la prise en charge psychologique par des psychologues professionnels pour les cas graves de troubles psychologiques</i>	PNLS-HV-IST	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Strat. 2.5.1.4 : <i>Renforcement du partenariat entre les structures du secteur public et associatif pour la prise en charge psychologique et sociale</i>	MSHP	MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Min Agriculture
Prod. 2.5.2 : 7 579 cas de MAM et MAS ont été pris en charge chez les enfants infectés au VIH		
Strat. 2.5.2.1 : <i>Renforcement des structures pour le dépistage de la malnutrition et la référence des cas</i>	MSHP	MDBAJ, MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Strat. 2.5.2.2 : <i>Prise en charge de la malnutrition (MAS et MAM) chez les enfants infectés au VIH dans les CRENI et CRENAS</i>	MSHP	MDBAJ, MASPFA, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Min Agriculture
Prod. 2.5.3 : 13 000 personnes issues des groupes vulnérables bénéficient des programmes de transferts monétaires aux plus vulnérables par an		
Strat. 2.5.3.1 : <i>Renforcement des synergies et partenariat avec les ministères et les programmes qui mettent en œuvre les transferts monétaires</i>	MEF, MDBAJ	MSHP, MASPFA, Min Agriculture, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Effet 2.6 : 100% des personnes Co infectées TB/VIH, VIH/Hépatite et 80% des autres Comorbidités (Cancer du col de l'utérus, HTA et diabète) enregistrées sont prises en charge		
Prod. 2.6.1 : 100 542 PVVIH ont bénéficié d'une recherche active de la TB, suivi d'une prise en charge thérapeutique		

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Strat. 2.6.1.1 : <i>Renforcement du dépistage de la TB chez les PVVIH</i>	PNLT	MSHP, secteur privé sante
Strat. 2.6.1.2 : <i>Traitement adapté de la co-infection TB/VIH</i>	PNLT	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), secteur privé sante
Strat. 2.6.1.3 : <i>Extension de la prophylaxie à l'isoniazide chez les PVVIH</i>	PNLT	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), secteur privé sante
Strat. 2.6.1.4 : <i>Renforcement des capacités de diagnostic (intrants et ressources humaines)</i>	PNLT	MSHP
Strat. 2.6.1.5 : <i>Renforcement du système d'orientation-recours des Co infectés</i>	PNLT	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Prod. 2.6.2 : 59 200 cas dépistés Hépatites virales ont bénéficié d'un dépistage au VIH, suivi d'une prise en charge thérapeutique par an		
Strat. 2.6.2.1 : <i>Renforcement du dépistage du VIH chez les patients souffrant des hépatites virales</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), secteur privé sante
Strat. 2.6.2.2 : <i>Renforcement des capacités de diagnostic et traitement (intrants et ressources humaines)</i>	PNLS-HV-IST	MSHP
Strat. 2.6.2.3 : <i>Traitement adapté de la co-infection VIH/Hépatites virales</i>	MSHP	PNLS, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Secteur privé santé
Strat. 2.6.2.4 : <i>Renforcement du système d'orientation-recours des co-infectés</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Secteur privé santé
Strat. 2.6.2.5 : <i>Mise place d'un mécanisme d'exemption du paiement des soins pour la prise en charge thérapeutique de la co-infection Hépatites/VIH</i>	MSHP	PNLS, MEF
Prod. 2.6.3 : 100 542 PVVIH ont bénéficié d'un dépistage des hépatites virales, suivi d'une prise en charge thérapeutique		
Strat. 2.6.3.1 : <i>Renforcement du dépistage des hépatites virales chez les PVVIH</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Secteur privé santé
Strat. 2.6.3.2 : <i>Renforcement des capacités de diagnostic et traitement (intrants et ressources humaines)</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, MEF, MFP
Strat. 2.6.3.3 : <i>Traitement adapté de la co-infection VIH/Hépatites virales</i>	MSHP	PNLS, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Secteur privé santé
Strat. 2.6.3.4 : <i>Renforcement du système d'orientation-recours des co-infectés</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Secteur privé santé
Strat. 2.6.3.5 : <i>Mise place d'un mécanisme d'exemption du paiement des soins pour la prise en charge thérapeutique de la co-infection Hépatites/VIH</i>	MSHP	PNLS-HV-IST, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Structures privées de santé

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Prod. 2.6.4 : 22717 PVVIH ont bénéficié du dépistage actif des autres comorbidités (1000 cancer du col de l'utérus, 19103 HTA, 2614 diabète), suivi d'une prise en charge thérapeutique		
Strat. 2.6.4.1 : <i>Renforcement du dépistage du cancer du col de l'utérus, de l'HTA et du diabète chez les PVVIH</i>	MSHP	PNLS-HV-IST, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Structures privées de santé
Strat. 2.6.4.2 : <i>Renforcement des capacités de diagnostic et traitement (intrants et ressources humaines)</i>	MSHP	PNLS-HV-IST, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Structures privées de santé
Strat. 2.6.4.3 : <i>Traitement adapté du cancer du col de l'utérus, de l'HTA et du diabète chez les PVVIH</i>	MSHP	PNLS-HV-IST, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Structures privées de santé
Strat. 2.6.4.4 : <i>Renforcement du système d'orientation-recours</i>	PNLS-HV-IST	MSHP, Plateforme OSC, secteur privé santé

IMPACT 3 : L'environnement social, politique et juridique est favorable à l'accès et à l'utilisation continue des services VIH pour les populations clés et les PVVIH

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Effet 3.1 : <i>Les normes sociales sont en faveur de l'équité et la non-discrimination notamment envers les populations clés, les personnes vulnérables et les PVVIH</i>		
Prod. 3.1.1 : 456 leaders politiques et traditionnels, 1 100 religieux, 351 conseillers municipaux et 600 autres leaders d'opinion (CVD, CDQ, CCD, Groupements de jeunes et de femmes) sont outillés sur la problématique « Droits humains, genre et VIH », l'équité et la non-discrimination		
Strat. 3.1.1.1 : <i>Développement de compétences à promouvoir l'équité et la non-discrimination dans l'exercice de leur profession</i>	MDH/Plateforme OSC	Min, Justice, / Min. Communication,
Strat. 3.1.1.2 : <i>Engagement des leaders à promouvoir l'équité et la non-discrimination</i>	MDH/Plateforme OSC	Min, Justice, /Min. Communication,
Prod. 3.1.2 : Les capacités de 350 journalistes sont renforcées sur la problématique « Droits humains, genre et VIH », l'équité, la non-discrimination et l'éthique dans l'exercice de leur profession		
Strat. 3.1.2.1 : <i>Développement de compétences à promouvoir l'équité et la non -discrimination dans l'exercice de leur profession</i>	MDH/Plateforme OSC	Min, justice, Min. de la Communication,
Strat. 3.1.2.2 : <i>Engagement des journalistes à promouvoir l'équité et la non-discrimination</i>	MDH/Plateforme OSC	Min, Justice, Min. de la Communication,
Effet 3.2 : <i>L'environnement juridique et politique protège les PVVIH et les populations clés contre la stigmatisation et la discrimination et contre les violences</i>		
Prod. 3.2.1 : Des textes juridiques portant sur la protection contre la stigmatisation, la discrimination et la violence sont adoptés ou révisés et vulgarisés pour protéger les populations clés et vulnérables		
Strat. 3.2.1.1 : <i>Plaidoyer à l'endroit des parlementaires et autres acteurs impliqués pour la réforme des textes juridiques</i>	SP/CNLS plateforme OSC	MDH, Min. Justice
Strat. 3.2.1.2 : <i>Vulgarisation des textes adoptés et révisés auprès des communautés de populations clés, adolescents et jeunes et PVVIH</i>	SP/CNLS	MDH, RAS+, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), Min Justice
Prod. 3.2.2 : Les lois nouvellement adoptées ou révisées sont vulgarisées		
Strat. 3.2.2.1 : <i>Mise en place d'un pool d'avocats pour offrir des services juridiques de qualité, aux populations clés, aux personnes vulnérables et aux PVVIH</i>	SP/CNLS-IST, Min, Justice	RAS+, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), ordre des avocats
Strat. 3.2.2.2 : <i>Amélioration de la pratique policière responsable</i>	Ministère de la sécurité et de la protection civile	Organisation de défenses des droits de l'homme (ODDH), OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Prod. 3.2.3 : 150 victimes de la stigmatisation, de la discrimination et de violence ont accès au soutien juridique		
Strat. 3.2.3.1 : <i>Mise en réseau des acteurs de la chaîne judiciaire avec les organisations de populations clés, d'adolescents et jeunes et PVVIH</i>	SP /CNLS	Min Justice, MDH, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), RAS+, ODDH
Strat. 3.2.3.2 : <i>Mise en place d'un système de référencement efficace des victimes de stigmatisation, de la discrimination et de violence</i>		
Effet 3.3 : <i>Les populations clés et les adolescents et jeunes ont accès à des services de santé, sans stigmatisation ni discrimination</i>		
Prod. 3.3.1 : 52 services de santé offrent des services adaptés aux populations clés		
Strat. 3.3.1.1 : <i>Extension de la couverture des HSH, TS et UDI par des services adaptés et DIC accueillants</i>	MSHP	PNLS, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ,

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Strat. 3.3.1.2 : Renforcement du plateau technique des services adaptés et des DIC à l'offre de services de qualité		CUPIDON), Structures privées de santé
Strat. 3.3.1.3 : Développement des compétences des prestataires à l'offre de services de qualité, sans stigmatisation ni discrimination		
Strat. 3.3.1.4 : Promotion de l'utilisation des services proposés par les services adaptés et les DIC auprès des HSH, TS et UDI		
Prod. 3.3.2 : 100 services de santé offrent des services de qualité aux adolescents et jeunes		
Strat. 3.3.2.1 : Développement de services adaptés et DIC pour jeunes et adolescents	MSHP	DSMI/PF, PNLS, MDBAJ, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Strat. 3.3.2.2 : Développement des compétences des prestataires à l'offre de services de qualité, sans stigmatisation ni discrimination		
Strat. 3.3.2.3 : Promotion de l'utilisation des services proposés par les services adaptés auprès des jeunes et adolescents		
Prod. 3.3.3 : Les capacités des organisations de populations clés, d'adolescents et jeunes et de PVVIH sont renforcées pour surveiller la qualité des services (rupture de stock, stigmatisation, discrimination...)		
Strat. 3.3.3.1 : Renforcement des capacités des organisations de populations clés, d'adolescents et jeunes et de PVVIH à la surveillance de la qualité des services	Plateforme OSC/RAS+	SP /CNLS, MSHP
Strat. 3.3.3.2 : Mise en place d'un système de veille et d'alerte par les organisations de populations clés, d'adolescents et jeunes et de PVVIH		
Strat. 3.3.3.3 : Plaidoyer pour améliorer la qualité des services offerts aux populations clés, aux adolescents et jeunes et aux PVVIH		
Effet 3.4 : Les populations clés, les personnes vulnérables et les PVVIH ont les capacités de prévenir et répondre efficacement à la stigmatisation, la discrimination et la violence		
Prod. 3.4.1 : 720 acteurs de la chaîne judiciaire (30 avocats, 140 magistrats, 550 agents de la police et des forces de l'ordre) ont leur capacité renforcée sur la problématique « Droits humains, genre et VIH » et l'éthique de l'exercice de leur profession		
Strat. 3.4.1.1 : Développement des compétences des Magistrats et agents de police en matière de prévention et réponse de première ligne à la violence, de documentation et rapportage sur les abus et violations des droits humains	CNLS	Min Justice, MDH, Min. Communication, Ministère en charge de la sécurité Organisations de la société civile (UONGTO, Plateforme
Strat. 3.4.1.2 : Mise en place d'un système de réponse de 1ère ligne à la violence		
Strat. 3.4.1.3 : Investigation et Documentation sur les abus et violations des droits humains		
Prod. 3.4.2 : 200 victimes de la stigmatisation, de la discrimination et des VBG bénéficient d'une réponse de première ligne efficace par an		
Strat. 3.4.2.1 : Développement des compétences des organisations de PVVIH, jeunes et adolescents et femmes en matière de prévention et réponse de première ligne à la violence	Organisations de la société civile (UONGTO, Plateforme), RAS+	MDH, Min Communication, Ministère de la justice, Ministère en charge de la sécurité
Strat. 3.4.2.2 : Éducation des PVVIH, jeunes et adolescents et femmes aux droits et à l'accès à la justice		
Strat. 3.4.2.3 : Mise en place d'un mécanisme de sensibilisation et de prise en charge des Violences basé sur le genre		
Strat. 3.4.2.4 : Documentation et rapportage sur les abus et violations des droits humains		
Prod. 3.4.3 : 5 organisations à base communautaire de populations clés, sont capables de prévenir les VBG et d'offrir une réponse de première ligne aux situations de VBG		

	Secteurs responsables	Ministères & structures partenaires
Strat. 3.4.3.1 : <i>Développement des compétences des organisations de populations clés en matière de prévention et réponse de première ligne à la violence, de documentation et rapportage sur les abus et violations des droits humains</i>	Organisation de la société » civile (UONGTO, Plateforme), RAS+	MDH, Min. Communication, Min Justice, ministère en charge de l'action sociale et de la protection de la femme
Strat. 3.4.3.2 : <i>Éducation des populations clés aux droits et à l'accès à la justice</i>		
Strat. 3.4.3.3 : <i>Mise en place d'un système de réponse de 1ère ligne à la violence</i>		
Strat. 3.4.3.4 : <i>Documentation et rapportage sur les abus et violations des droits humains</i>		
Prod. 3.4.4 : 15 OSC de PVVIH, 5 OSC de jeunes et adolescents et 5 OSC de femmes sont capables de prévenir les VBG		
Strat. 3.4.4.1 : <i>Développement des compétences des organisations de PVVIH, jeunes et adolescents et femmes en matière de prévention et réponse de première ligne à la violence</i>	Plateforme OSC	MDH, Min Justice, MATDCL
Strat. 3.4.4.2 : <i>Éducation des PVVIH, jeunes et adolescents et femmes aux droits et à l'accès à la justice</i>		
Strat. 3.4.4.3 : <i>Mise en place d'un système de réponse de 1ère ligne à la violence</i>		
Strat. 3.4.4.4 : <i>Documentation et rapportage sur les abus et violations des droits humains</i>		

IMPACT 4 : La gouvernance de la riposte au VIH et au Sida est performante d'ici 2025

	Secteurs responsables	Ministères structures partenaires
Effet 4.1 : <i>Les organes de coordination à tous les niveaux travaillent en synergie et assurent efficacement le leadership de la réponse nationale au VIH</i>		
Prod. 4.1.1 : 80 organes de coordination (CNLS, SP/CNLS, PNLs, PF-OSC/VIH/Santé, 20 CMLS, 6 CELS, 6 CRLS, 44 CPLS) sont fonctionnels		
Strat. 4.1.1.1 : <i>Renforcement des capacités de gestion des organes de coordination de la riposte nationale à tous les niveaux</i>	CNLS-IST	MEF, MSHP, MATDCL
Strat. 4.1.1.2 : <i>Intégration du VIH dans les plans communaux de développement</i>		
Strat. 4.1.1.3 : <i>Planification conjointe des interventions entre les différentes parties prenantes</i>		
Strat. 4.1.1.4 : <i>Renforcement de capacité des bureaux des Praticiens de la Médecine Traditionnelle districts sur le VIH et la documentation de leurs actions en matière du VIH</i>		
Prod. 4.1.2 : 20 secteurs non santé, 21 Communes et 05 réseaux d'organisations de la société civile et 44 districts intègrent le CIH dans leur plan d'action		
Strat. 4.1.2.1 : <i>Renforcement des capacités de gestion des organes de coordination de la riposte nationale à tous les niveaux</i>	SP/CNLS-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), CMLS
Strat. 4.1.2.2 : <i>Intégration du VIH dans les plans communaux de développement</i>	SP/CNLS-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), CMLS
Strat. 4.1.2.3 : <i>Planification conjointe des interventions entre les différentes parties prenantes</i>	SP/CNLS-IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), CMLS, Secteur Privé
Strat. 4.1.2.4 : <i>Renforcement de capacité des bureaux des Praticiens de la Médecine Traditionnelle districts sur le VIH et la documentation de leurs actions en matière du VIH</i>	CRLS/CPLS	DRS, DPS, Division de la Médecine traditionnelle
Effet 4.2 : <i>Les acteurs produisent des informations stratégiques de qualité y compris celles issues de la surveillance épidémiologique et prennent des actions qui contribuent à l'élimination du VIH</i>		
Prod. 4.2.1 : Les données de qualité sont disponibles à tous les niveaux		
Strat. 4.2.1.1 : <i>Mise en place d'un système de surveillance basé sur les cas (code d'identification unique, suivi de cohorte, suivi individualisé...)</i>	SP/CNLS-IST	DRS, DPS, OSC
Strat. 4.2.1.2 : <i>Harmonisation/intégration des données des différentes interventions dans le DHIS2 et le E tracker</i>	SP/CNLS-IST	DRS, DPS, OSC
Strat. 4.2.1.3 : <i>Collecte périodique des données complémentaires</i>		
Prod. 4.2.2 : L'assurance qualité des services est assurée à tous les niveaux		
Strat. 4.2.2.1 : <i>Dissémination des normes et standards sur l'assurance qualité des services</i>	MSHP/ SP/CNLS-IST	PNLS, DSMI/PF, PNLT, DSIS

	Secteurs responsables	Ministères structures partenaires
Strat. 4.2.2.2 : Renforcement des mécanismes de suivi, de collecte et de validation des données (Plan et Manuel de S&E)		
Strat. 4.2.2.3 : Renforcement des capacités des acteurs y compris de la société civile à tous les niveaux en S&E		
Strat. 4.2.2.4 : Élaboration d'un plan de qualité des services	MSHP	SP/CNLS
Strat. 4.2.2.5 : Supervision formative (coaching, supervision, formation sur site...)	SP/CNLS-IST/MSHP	PNLS, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)
Strat. 4.2.2.6 : Approche centrée sur la personne dans l'offre des soins	PNLS/IST	OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON), DRS, districts sanitaires
Prod. 4.2.3 : Le système de surveillance et la recherche opérationnelle sont renforcés et génèrent des données de qualité pour la prise de décision en faveur de l'élimination du VIH (surveillance basée sur le cas, SSG PS, HSH, UDI, CAP, MICS, Détenus, EDST, Transgenre, portefeuille, pêcheurs, VIH/RSS, IAP, NASA, INDEXSTIGMA)		
Strat. 4.2.3.1 : Recherches opérationnelles (cartographies programmatiques, SSG, étude sur la contribution des programmes VIH, TB et paludisme au renforcement du système de santé...)	SP/CNLS-IST	MSHP PNLS-HV-IST ONUSIDA PTF
Strat. 4.2.3.2 : Utilisation des données pour la prise de décisions stratégiques	SP/CNLS-IST	MSHP
Effet 4.3 : Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN ont augmenté et sont gérées de manière efficace et efficiente à tous les niveaux		
Prod. 4.3.1 : Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PSN sont disponibles		
Strat. 4.3.1.1 : Plaidoyer pour accroître la mobilisation des ressources domestiques à travers des financements innovants	CNLS-IST	SP/CNLS-IST ONUSIDA Tous les Ministères, PTF
Strat. 4.3.1.2 : Renforcement des capacités sur les procédures de gestion financières à tous les niveaux	SP/CNLS-IST	Min. des finances
Strat. 4.3.1.3 : Alignement de l'allocation des ressources sur la base des priorités nationales et des spécificités locales de l'épidémie	CNLS-IST	SP/CNLS-IST Min. de l'Economie et des finances
Strat. 4.3.1.4 : Intégration des PVVIH dans le système d'Assurance maladie dans le cadre de la couverture sanitaire universelle		
Prod. 4.3.2 : Les ressources mobilisées sont allouées de façon efficace et efficiente		
Strat. 4.3.2.1 : Alignement de l'allocation des ressources sur la base des priorités nationales et des spécificités locales de l'épidémie	SP/CNLS-IST	MSHP, MEF
Strat. 4.3.2.2 : Renforcement des capacités sur les procédures de gestion financières à tous les niveaux		
Strat. 4.3.2.3 : Mise en place d'un système d'audit et de contrôle financiers et programmatiques à tous les niveaux		
Effet 4.4 : Le système communautaire apporte une contribution stratégique et opérationnelle à l'accélération de la riposte au VIH		

	Secteurs responsables	Ministères structures partenaires
Prod. 4.4.1 : Le cadre de coordination du système communautaire est renforcé		
Strat. 4.4.1.1 : <i>Renforcement des capacités des organes de coordination du système communautaire</i>	SP/CNLS-IST	Min. de la justice Plateforme des OSC Min. de l'Administration territoriale
Prod. 4.4.2 : Le cadre de partenariat existant entre les secteurs publics et privés et les OSC est renforcé		
Strat. 4.4.2.1 : <i>Renforcement de la planification conjointe entre les secteurs public, privé et les OSC</i>	SP/CNLS-IST	MSHP, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)/Plateforme secteur privé santé
Strat. 4.4.2.2 : <i>Développement du partenariat public-privé</i>	MSHP	SP /CNLS, OSC (Plateforme UONGTO, AFAZ, CUPIDON)/Plateforme secteur privé santé
Effet 4.5 : <i>Le Système d'approvisionnement et de distribution des produits de santé est performant et contribue au renforcement du système de santé au-delà de la réponse au VIH</i>		
Prod. 4.5.1 : Le Système de Gestion des Achats, de Stockage et de Distribution des intrants médicaux et des médicaments est renforcé		
Strat. 4.5.1.1 : <i>Renforcement du mécanisme de quantification nationale des besoins en intrants et médicaments</i>	MSHP	SP/CNLS-IST ONUSIDA/OMS Tous les Ministères, PTF
Strat. 4.5.1.2 : <i>Amélioration du système d'approvisionnement et de distribution des intrants médicaux et produits de santé à tous les niveaux</i>	MSHP	CAMEG, SP/CNLS, PNLS
Strat. 4.5.1.3 : <i>Renforcement des ressources humaines en GAS</i>	MSHP	MEF
Strat. 4.5.1.4 : <i>Renforcement des capacités des structures pour le stockage des intrants médicaux et produits de santé</i>		
Prod. 4.5.2 : Les ressources humaines en santé sont renforcées dans le cadre d'une nouvelle approche basée sur l'efficacité et la pérennité		
Strat. 4.5.2.1 : <i>Evaluer les approches et pratiques de formation des ressources humaines en vigueur</i>	MSHP	Universités, écoles de formation, MESR
Strat. 4.5.2.2 : <i>Mettre en place un mécanisme d'identification des besoins de formations/profils de compétences basés sur les paquets intégrés d'offre de service de qualité par niveau de structure de soins</i>		
Strat. 4.5.2.3 : <i>Renforcement du partenariat avec les écoles/facultés de production du personnel de santé</i>		

Annexe 2 Cadre de performance

RESULTATS	INDICATEURS	Baseline			Performance				
		Valeur	Année	Source	2021	2022	2023	2024	2025
Axe 1 : Intensifier la prévention ciblée à fort impact pour l'élimination des nouvelles infections à VIH									
IMPACT 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 75% dans la population générale d'ici 2025	Incidence du VIH	0,5	2019	SPECTRUM 5.86					0,24
Effet 1.1 : 95 % des populations clés PS, HSH, UD/UDI, Détenus) utilisent les services de prévention combinée d'ici 2025.	% de pers. au sein des populations clés qui indiquent avoir bénéficié d'un ensemble intégré d'interventions de prévention du VIH	70%	2019	Données de Programme/ Enquête			85%		95%
Effet 1.2 : 90 % des populations vulnérables (hommes et femmes en uniforme, populations mobiles, pêcheurs, portefaix, PVVIH,) utilisent des services de prévention combinée d'ici 2025	% de personnes au sein des populations vulnérables qui indiquent avoir bénéficié d'un ensemble intégré d'interventions de prévention du VIH	ND	2019	Données de Programme			70%		90%
Effet 1.3 : 95 % des adolescents et des jeunes scolaires et extrascolaires de 10 à 24 ans adoptent des comportements à moindre risque pour éviter le VIH et les IST d'ici 2025	% de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non cohabitant	37,6%	2017	MICS6	50%		75%		95%
Effet 1.4 : 95 % des femmes enceintes séropositives et leurs enfants utilisent les services de PTME (prévention, PF et de prise en charge médicale) pour réduire la TME du VIH et de la syphilis congénitale d'ici 2025	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	15,97%	2019	SPECTRUM 5.86	12,52%	9,06%	6,00%	5,00%	4,50%
Effet 1.5 : La sécurité transfusionnelle est assurée à 100 % d'ici 2025	% de poches de sang sécurisé	100%	2019	Données de Programme	100%		100%		100%
Axe 2 : Renforcer la cascade dépistage, soins, traitement et rétention pour une réduction significative des décès liés au VIH									
IMPACT 2 : La mortalité des PVVIH (adultes, adolescents, enfants) est réduite de 80% d'ici 2025	Mortalité due au sida	37,62	2019	SPECTRUM 5.86					12,17
Effet 2.1 : En 2025, 95% des PVVIH (adultes, femmes enceintes/allaitantes, populations clés, co infectés TBVIH, Hép/VIH et cancer du col de l'utérus), connaissent leur statut sérologique au VIH	Pourcentage de PVVIH connaissant leur statut sérologique	74,51%	2019	Spectrum 5.86			95%		95%
Effet 2.2 : En 2025, 95% des PVVIH (adultes, femmes enceintes/allaitantes, populations clés, co infectés	Proportion des PVVIH connaissant leur statut sérologique qui sont sous ARV	89%	2019	Données de Programme	84%		96%		99%

RESULTATS	INDICATEURS	Baseline			Performance				
		Valeur	Année	Source	2021	2022	2023	2024	2025
TBVIH, Hép/VIH et cancer du col de l'utérus), connaissant leur statut sérologique au VIH reçoivent un traitement antirétroviral	Proportion des PVVIH sous ARV sur l'ensemble des PVVIH attendues	65%	2019	Données de Programme					
Effet 2.3 : 95% des enfants de 0-14 ans infectés connaissant leur statut sérologique reçoivent un traitement ARV	Proportion des enfants de 0-14 ans connaissant leur statut sérologique qui sont sous ARV	44,25 %	2019	Données de Programme	80,00%		91,00 %		94%
Effet 2.4 : 95% des PVVIH (enfants, adolescents, femmes enceintes/allaitante, adultes, populations clés, Co infectés TBVIH, Hépatites virales/VIH) sous ARV ont une charge virale durablement supprimée d'ici 2025	Proportion des PVVIH sous ARV ayant une charge virale indétectable	79%	2018	Données du programme	85,00%	90,00 %	92,00 %	95,00 %	95,00%
Effet 2.5 : 80% des PVVIH et des OEV infectés par le VIH qui en ont besoin bénéficient d'une prise en charge psychologique et sociale	Pourcentage de PVVIH et d'OEVI qui bénéficient d'accompagnement psychologique	15%	2019	Donnée de programme	15%	15%	15%	15%	15%
	Pourcentage de PVVIH et d'OEVI qui bénéficient d'accompagnement social	25%	2019	Données de Programme	25%	25%	25%	25%	25%
Effet 2.6 : 100% des personnes Co infectées TB/VIH, VIH/Hépatite virales et 80% des autres Comorbidités (Cancer du col de l'utérus, HTA et diabète) sont prises en charge	Pourcentage de PVVIH sous ARV dépistés positifs à la tuberculose et recevant un traitement anti tuberculeux	99%	2018	Données de programme (PNLT)	99%	99,20 %	99,50 %	99,80 %	100%
	Pourcentage de PVVIH sous ARV, dépistés positifs aux hépatites virales, recevant un traitement anti hépatite (B et C)		2019	Données de programme	9064	9384	9690	9868	10054
Axe 3 : Accélérer l'élimination des obstacles liés au genre et droits humains qui entravent l'accès et l'utilisation continue des services VIH									
IMPACT 3 : L'environnement social, politique et juridique est favorable à l'accès et à l'utilisation continue des services VIH pour les populations clés et les PVVIH	Pourcentage d'hommes et de femmes de 15-49 ans ayant rapporté avoir eu des attitudes discriminatoires envers les PVVIH	45,8%	2014	EDST 2013-2014	30%		20%		10%
Effet 3.1 : Les normes sociales sont en faveur de l'équité et la non-discrimination notamment envers les populations clés, les personnes vulnérables et les PVVIH	Pourcentage de leaders engagés dans la défense des droits humains	ND	2019		20%		60%		100%
Effet 3.2 : L'environnement juridique et politique protège les PVVIH et les populations clés contre la stigmatisation et la discrimination et contre les violences	Pourcentage de textes juridiques favorables aux populations clés, PVVIH et populations vulnérables	25%	2019	Données de Programme			50%		50%

RESULTATS	INDICATEURS	Baseline			Performance				
		Valeur	Année	Source	2021	2022	2023	2024	2025
Effet 3.3 : Les populations clés et les adolescents et jeunes ont accès à des services de santé adaptés, sans stigmatisation ni discrimination	Pourcentage de populations clés, de personnes vulnérables et de PVVIH qui évitent les services de santé à cause de la stigmatisation et la discrimination	ND	2019	Données de programme			1%		0%
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui rapportent des expériences de discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé	2%	2013	index Stigma			1%		0%
Effet 3.4 : Les populations clés, les personnes vulnérables et les PVVIH ont accès à des services juridiques de qualité	Pourcentage de populations clés, de personnes vulnérables et de PVVIH victimes de stigmatisation discrimination et/ou VBG dont les droits ont été réparés	37,9%	2019	observatoire			25%		5%
Axe 4 : Renforcer la gouvernance de la réponse nationale au VIH									
IMPACT 4 : La gouvernance de la riposte au VIH et au Sida est performante d'ici 2025	Taux de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSN	62%	2018	REDES 2018	80%	85%	90%	95%	100%
Effet 4.1 : Les organes de coordination à tous les niveaux travaillent en synergie et assurent efficacement le leadership de la réponse nationale au VIH	% des structures de coordination (santé, secteur non santé et société civile) qui mettent en œuvre des plans d'action de lutte contre le VIH	86,67 %	2017	RAPPORT CNLS 2017	90%	93%	95%	98%	100%
Effet 4.2 : Les acteurs produisent des informations stratégiques de qualité y compris celles issues de la surveillance épidémiologique et prennent des actions qui contribuent à l'élimination du VIH	Proportion des structures ciblées qui produisent de manière systématique les données stratégiques	60,00 %	2019	Données de Programme	70%	80%	90%	95%	100%
Effet 4.3 : Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN ont augmenté et sont gérées de manière efficace et efficiente à tous les niveaux	% du budget alloué aux programmes de riposte face au VIH et au sida, à partir de sources nationales publiques	19%	2018	REDES 2018	25%	30%	35%	40%	50%
Effet 4.4 : Le système communautaire apporte une contribution stratégique et opérationnelle à l'accélération de la riposte au VIH	% des services liés au VIH offerts par la communauté	28%	2019	Cartographie des OSC	29%		32%		35%
Effet 4.5 : Le Système d'approvisionnement et de distribution des produits de santé est performant et contribue au renforcement du système de santé au-delà de la réponse au VIH	Proportion des sites de distribution qui n'ont pas connu de rupture d'intrants	76,80 %	2019	Données de Programme	80%		90%		100%
	Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une année	100,00 %	2019	Donnée de programme	100%		100%		100%

Annexe 3 : Analyse du Budget

Méthodologie d'estimation

L'estimation du Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2021-2025 a été faite en utilisant le logiciel « Ressources Need model (RNM) » mis en place par l'ONUSIDA à l'aide des données fournies par les différents acteurs et l'équipe technique chargée de la définition des cibles.

Budget prévisionnel total

Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PSN 2021-2025 sont estimées à 87,17 milliards de FCFA, soit 132,89 millions d'euros. La répartition du budget global en pourcentage par programme est présentée dans le graphique ci-après :

Ainsi, l'année 2025 connaîtra en pourcentage le budget le plus élevé avec 22,87% des ressources nécessaires.

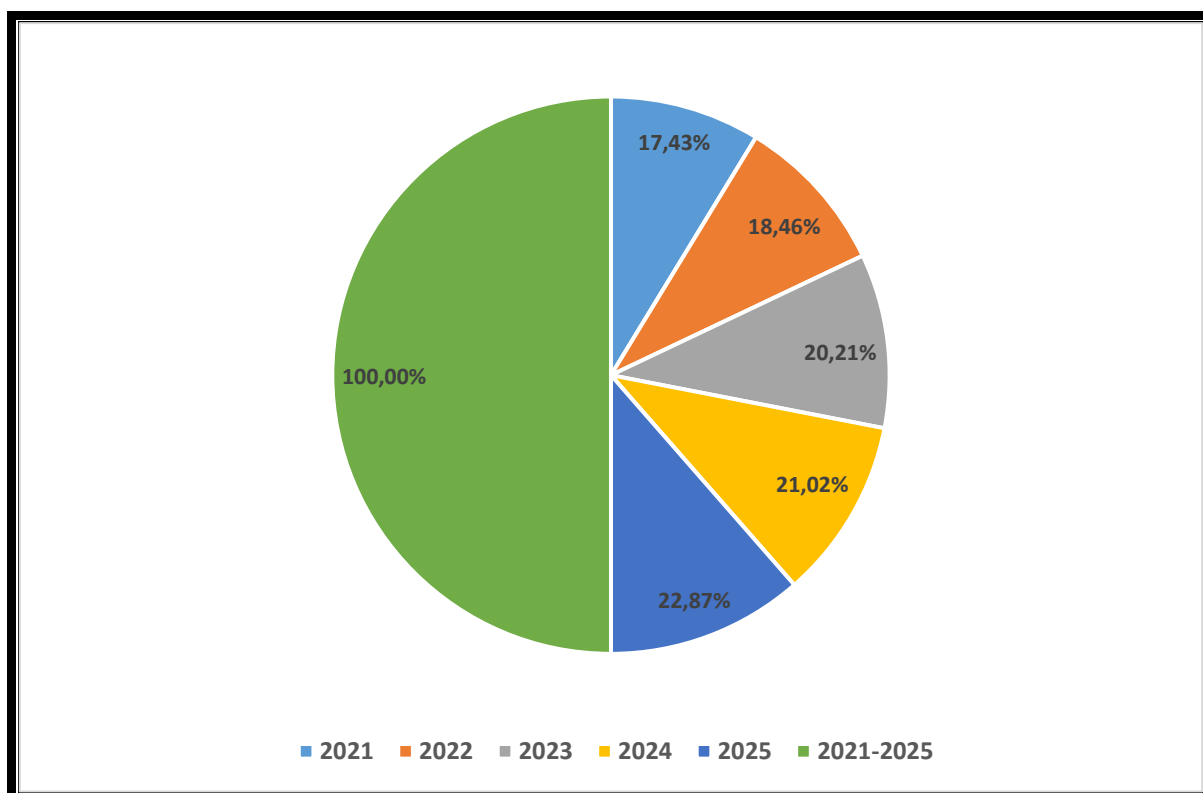


Figure 17 : Budget prévisionnel en pourcentage de 2021 à 2025

Budget prévisionnel par programme du PSN

Les services de soins et traitement occupent 52,82% des ressources nécessaires, suivis de la prévention avec 32,50% des ressources nécessaires de 2021 à 2025.

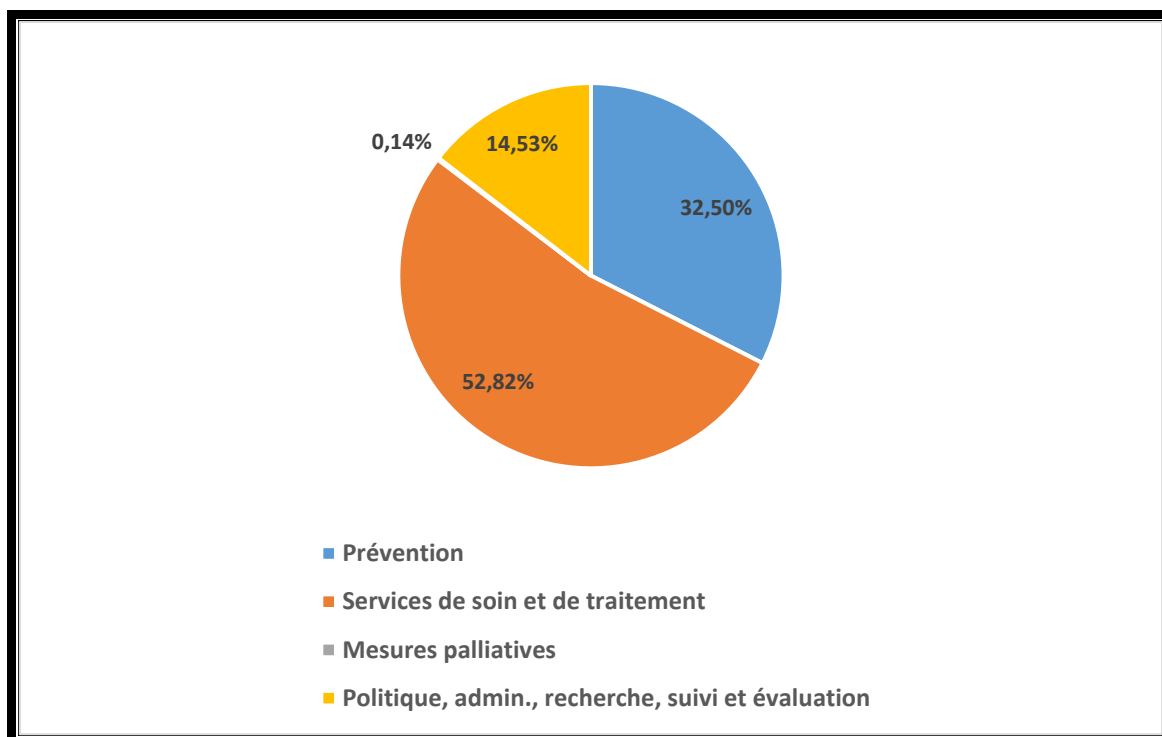


Figure 18 : Budget total 2021-2025 en pourcentage en fonction des programmes

Budget prévisionnel par impact

Comme indiqué dans les programmes, l'impact 2, la morbidité des PVVIH (adultes et enfants) est réduite de 80%, occupe 52,82% du total des ressources nécessaires de 2021 à 2025, soit 46,05 milliards de FCFA, suivi de l'impact 1, les nouvelles infections sont réduites de 75% dans la population générale d'ici 2025, avec 32,50 des ressources nécessaires, soit 28,33 milliards de FCFA.

Budget disponible et gaps financiers

Budget PSN et ressources disponibles	2021	2022	2023	2024	2025
BUDGET PSN Euro	23 165 190	24 534 950	26 859 460	27 937 655	30 391 777
Sources internes					
Etat	3 811 231	3 811 231	4 573 477	4 573 477	4 573 477
Total des ressources internes	3 811 231	3 811 231	4 573 477	4 573 477	4 573 477
Sources externes					
Bilatéraux					
Gouvernement Américain(USAID)	4 611 590		-	-	-
Total Bilatéraux	4 611 590	-	-	-	-
Multilatéraux					
Fonds Mondial	12 234 904	16 313 206	12 234 904		
ONUSIDA	92 186	92 186	92 186	92 186	92 186
UNICEF	92 186	92 186	92 186	92 186	92 186
UNPFA	64 500	64 500	64 500	64 500	64 500
PNUD	23 000	23 000	23 000	23 000	23 000
OMS	9 219	13 828	9 219	18 437	9 218
Total Multilatéraux	12 515 995	16 598 906	12 515 995	290 309	281 090
Total des ressources externes	17 127 585	16 598 906	12 515 995	290 309	281 090
Total des ressources disponibles	20 938 816	20 410 137	17 089 473	4 863 786	4 854 567
GAP PSN Euro	2 226 374	4 124 814	9 769 987	23 073 868	25 537 210
GAP PSN FCFA	1 460 403 263	2 705 696 189	6 408 681 820	15 135 442 273	16 751 286 078

Annexe 5: Références bibliographiques

1. PNUD Togo, République du Togo. Cartographie de la pauvreté, 2011.
2. République du Togo. Programme National de Développement (PND 2018-2022), version finale, Aout 2018.
3. CNLS-IST, Politique Nationale de lutte contre le sida 2021-2030. Vision 2030 : mettre fin à l'épidémie du sida, décembre 2019
4. Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan National de Développement sanitaire (PNDS 2018-2022), version définitive Février 2017.
5. CNLS-IST. Cadre d'investissement de la lutte contre le VIH Sida 2013-2017.
6. CNLS-IST. Revue du Plan stratégique Nationale de Lutte contre le VIH et le sida 2016-2020. Analyse de la situation épidémiologique et de la Riposte nationale au VIH du Togo. Rapport validé le 27 Décembre 2019.
7. CNLS-IST. Politique nationale de prévention et de prise en charge globale du VIH chez les populations clés au Togo, Juillet 2013
8. CNLS-IST. Plan opérationnel de lutte contre le sida et les IST au Togo 2014-2015
9. CNLS-IST. Plan National de recherche et de surveillance épidémiologique en matière d'IST/VIH/SIDA au Togo : 2013-2017.
10. CNLS-IST. Plan National de suivi et évaluation du VIH/sida 2016-2020.
11. Plateforme des OSC VIH. Plan de suivi évaluation de la Plateforme des OSC de lutte contre les IST/ VIH/SIDA et de promotion de la santé au Togo, Décembre 2017.
12. Plateforme des OSC VIH. Plan stratégique de la plateforme des OSC de lutte contre les IST/VIH/SIDA au Togo, 2018-2022.
13. CNLS-IST. Manuel de suivi et d'évaluation du CNLS-IST 2016-2020.
14. PNLs, SP/CNLS. Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes (HSH) Togo en 2011. Rapport d'études,
15. PNLs-HV-IST, SP/CNLS-IST. Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les professionnels de sexe et leurs clients au Togo en 2011, Rapport d'études.
16. PNLs-HV-IST, SP/CNLS-IST. Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues au Togo en 2011, Rapport d'études
17. République Togolaise. Enquête démographique et de santé (EDST 2013-2014).
18. PNLs-HV-IST. Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les professionnelles du sexe et leurs clients au Togo en 2017, Rapport d'étude, validé le 12 juin 2018
19. PNLs-HV-IST. Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo en 2017 Rapport d'étude, validé le 12 juin 2018.
20. PNLs-HV-IST. Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les usagers de drogues au Togo en 2017. Rapport d'étude, validé le 12 juin 2018
21. Ministère de la défense et des anciens combattants. Etude de séroprévalence dans les forces armées togolaises. Rapport quatrième étude, Novembre 2014
22. PNLs-HV-IST, SP/CNLS. Etude socio-comportementale type CAP matière de VIH/SIDA chez les jeunes extrascolaires et les jeunes de la rue au Togo en 2011. Rapport d'études.
23. Plateforme OSC VIH. Etude de base pour le projet de prévention du VIH et renforcement de la SR chez les filles et femmes à partenaire multiples et leurs clients dans le district de Yoto. Rapport final, Février 2017.
24. CNLS-IST, ONUSIDA. Cartographie des sites, estimation de la taille des usagers de drogue injectables (UDI) et évaluation de leurs besoins en matière de prévention, spins traitement en matière de VIH et de santé de la reproduction au Togo. Rapport d'études 2014.
25. République du Togo, UNICEF. Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 2010). Mars 2012.

26. République du Togo, UNICEF. Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 2017).
27. SP/CNLS. Evaluation de la réponse du secteur de l'éducation face à l'épidémie du VIH en milieu scolaire au Togo. Rapport d'études 2014.
28. PNLH-HV-IST. Rapport annuel des activités du PNLH-HV-IST, 2018.
29. Plateforme des OSC-VIH. Rapport annuel 2017.
30. SP/CNLS-IST. Rapport annuel 2018.
31. PNLH-HV-IST. Rapport annuel 2016 des activités du PNLH-HV-IST. Version finale.
32. CNLS-IST. Rapport annuel des activités de la riposte au VIH/SIDA en 2016.
33. CNLS-IST. Rapport annuel des activités de la riposte au VIH/SIDA en 2017
34. CNLS-IST. Plan stratégique Nationale de lutte contre le VIH 2016-2020. Décembre 2015.
35. UNAIDS. Global AIDS Monitoring> 2020. UNAIDS 2019 Guidance.
36. ONUSIDA. VIH et couverture sanitaire universelle. Guide destiné à la société civile.
37. The GlobalFund. Togo, RSSH Profile> Tool to support country dialogue on RSSH Investment.
38. ONUSIDA. Accélérer la riposte pour mettre fin au VIH. Stratégie pour 2016-2021.
39. ONUSIDA. Outil ONUSIDA d'évaluation basé sur le genre. Vers une réponse au VIH transformatrice en matière de genre. ONUSIDA 2018/orientations.
40. OMS. Cadre stratégique pour l'auto dépistage du VIH. Un guide pour la planification, la mise en place et l'intensification, octobre 2018.
41. OMS. Global Tuberculosis report, 2019.
42. PNLH-HV-IST. Document de politique, normes et procédures du conseil dépistage du VIH, troisième édition, Mai 2019.
43. SP/CNLS, The world Bank, Optima, ONUSIDA. Optimiser les investissements pour une réponse VIH, durable et efficiente au Togo. Résultats d'une étude d'efficience allocative, Mars 2017.