**PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE**

**REPUBLIQUE TOGOLAISE**

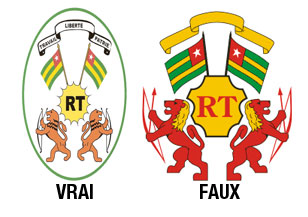
-------------

Travail – Liberté – Patrie

----------------

**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

**ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**





**Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida** : **2016-2020**

Draft du 30/12/15

**Préface**

La pandémie du Sida est un grand défi de santé publique et dedéveloppement que rencontre notre humanité et particulièrement l’Afrique subsaharienne où les pertes en vies humaines sont les plus élevées surtout dans la tranche d’âge la plus active depuis l’apparition de cette maladie.

Le gouvernement togolais a pris la mesure du problème en mettant en place depuis 2001 un cadre multisectoriel, le Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST), pour mieux organiser la riposte nationale.

Entre 2001 et 2015, le CNLS-IST a coordonné la mise en œuvre de trois plans stratégiques de lutte contre le SIDA. Ceci a permis d’obtenir des résultats encourageants dans le domaine de prévention et de la prise en charge des malades. Le nouveau plan stratégique national 2016-2020 en se basant sur les nouveaux objectifs de développement durables s’intègre parfaitement dans la vision globale du Chef de l’Etat en matière de développement et de santé publique au cours des prochaines années.

En effet, le souci permanent du gouvernement est d’améliorer sans cesse le mieux-être des citoyens afin qu’ils participent activement au développement harmonieux de notre pays pour le grand bénéfice des populations actuelles et des générations futures. C’est pourquoi toutes les stratégies de développement participent à matérialiser notre ambition commune, celle d’avoir un Togo émergeant en 2030. La lutte contre le VIH et Sida constitue une priorité de mon gouvernement comme je l’ai réaffirmé dans ma déclaration de politique devant la représentation nationale. La réalisation des objectifs fixés dans le présent plan stratégique de lutte contre le VIH et le Sida pour les cinq prochaines années vont contribuer à l’atteinte des engagements du Président de la République pour le bonheur du peuple togolais.

Je demande à l’ensemble des membres du gouvernement, à tous les acteurs des secteurs public et 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 meilleur impact de notre réponse nationale.

**Avant-propos**

L’année 2015 a marqué le terme des objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) que la communauté internationale et notre pays ont adoptés en 2000. Dans le domaine de la riposte nationale face à l’épidémie du Sida, sous l’impulsion des plus hautes autorités de l’Etat togolais, notre pays s’est résolument engagé dans la lutte contre le VIH et le SIDA avec la mise en place d’un cadre institutionnel cohérent et multisectoriel impliquant tous les secteurs de notre pays.

Des résultats concrets ont été obtenus avec la réduction des nouvelles infections dans la population et la progression constante du taux de couverture thérapeutique des personnes vivant avec le VIH depuis que le gouvernement a décrété la gratuité des médicaments antirétroviraux en 2008.

Malgré ces progrès, il reste d’énormes défis à relever dans le domaine de la prévention notamment chez les jeunes et les femmes, dans le domaine de la prise en charge notamment en matière de qualité de services offerts aux malades. C’est pourquoi j’apprécie à sa juste valeur le présent plan stratégique national de lutte contre le VIH et SIDA 2016-2020 qui est bien arrimé aux priorités nationales ((Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l’Emploi SCAPE) et s’intègre dans les nouveaux objectifs de développement durables celui de mettre un terme à l’épidémie du Sida à l’horizon 2030. L’obtention de la fin de l’épidémie en 2030 doit passer par l’obtention d’une génération sans Sida en 2020 dans notre pays. En effet, c’est en obtenant des résultats décisifs et durables dans le domaine de la prévention qu’on peut à terme réaliser cet objectif ambitieux mais très noble.

J’adresse mes gratitudes à tous les partenaires techniques et financiers qui accompagnent le pays depuis le début de cette épidémie. La mise en œuvre du présent plan va se faire dans un contexte international de crise financière, et plus que jamais, le gouvernement aura besoin de tout leur appui afin de nous aider à avancer en vue d’obtenir des résultats décisifs et pérennes.

Je félicite le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST et tous les acteurs impliqués dans la riposte pour le travail accompli. Chacun à son niveau de responsabilité doit s’impliquer davantage pour qu’ensemble nous apportions nos contributions de façon coordonnée afin d’atteindre les résultats attendus au niveau national ; résultats que tous nous devons à nos populations, à notre pays, et à notre humanité.

**Remerciements**

L’élaboration du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2016-20120 est le résultat d’un long processus conduit de manière inclusive et censuelle avec la participation active de toutes les parties prenantes de notre réponse nationale.

Au terme de ce processus, je rends un grand hommage au Chef de l’Etat, **Son Excellence Faure Essozimna GNASSINGBE,** Président du CNLS-IST, pour son leadership, son engagement et pour toutes les impulsions indispensables données pour dynamiser la réponse nationale depuis plusieurs années dans notre pays.

Je tiens à exprimer mes sincères gratitudes :

* Au Premier Ministre et à l’ensemble des membres du gouvernement pour leurs soutiens constants au Secrétariat Permanent du CNLS-IST (SP/CNLS-IST) et aux activités de lutte contre le VIH/SIDA dans notre pays ;
* A l’ensemble des partenaires techniques financiers, particulièrement à l’ONUSIDA, pour le soutien financier et technique qu’ils ont apporté au SP/CNLS –IST au cours l’élaboration de ce PSN
* Aux membres du Comité de Pilotage, ceux du comité technique du processus de Planification Stratégique, aux personnes-ressources, aux consultants nationaux et internationaux pour leurs investissements respectifs.

.

Table des matières

[**Préface** 2](#_Toc436228279)

[**Avant-propos** 3](#_Toc436228280)

[**Remerciements** 4](#_Toc436228281)

[**Acronymes** 8](#_Toc436228282)

[**Résumé Exécutif** 10](#_Toc436228283)

[**1.** **Processus d’élaboration du PSN 2016-2020** 12](#_Toc436228284)

[1.1. Introduction 12](#_Toc436228285)

[1.2. Analyse de la situation 12](#_Toc436228286)

[1.3. Formulation du Plan stratégique 12](#_Toc436228287)

[1.4. Adoption du PSN 2016 – 2020 13](#_Toc436228288)

[1.5. Prochaines étapes 13](#_Toc436228289)

[**2.** **Contexte général** 14](#_Toc436228290)

[2.1 Contexte géographique 14](#_Toc436228291)

[2.2 Contexte démographique et socioéconomique 14](#_Toc436228292)

[2.3. Contexte politique et administratif 14](#_Toc436228293)

[2.4. Système de base : 14](#_Toc436228294)

[2.4.1. Le système Santé 14](#_Toc436228295)

[2.4.2. Secteur Education et Formation Professionnelle 15](#_Toc436228296)

[2.4.3. Le système communautaire 15](#_Toc436228297)

[2.4.4. Secteur Privé 16](#_Toc436228298)

[**3.** **Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale face au VIH/SIDA** 17](#_Toc436228299)

[3.1 Synthèse de la situation de l’épidémie du VIH 17](#_Toc436228300)

[3.1.1. Prévalence de l’infection à VIH 17](#_Toc436228301)

[3.1.2. Prévalence du VIH dans les populations clés 17](#_Toc436228302)

[3.1.3. Prévalence du VIH parmi les populations vulnérables (adolescents et jeunes, femmes, hommes et femmes en uniforme, populations mobiles) 18](#_Toc436228303)

[3.1.4. Les nouvelles infections 18](#_Toc436228304)

[3.1.5. Impact de l’épidémie 18](#_Toc436228305)

[3.1.6. Connaissance et comportement 18](#_Toc436228306)

[3.2. Synthèse de l’état de la réponse nationale 19](#_Toc436228307)

[3.2.1. Prévention 19](#_Toc436228308)

[3.2.2. Prise en charge globale 23](#_Toc436228309)

[3.2.3. Coordination de la réponse 25](#_Toc436228310)

[3.2.4. Analyse financière 26](#_Toc436228311)

[3.3. Opportunités pour une riposte efficace 28](#_Toc436228312)

[**4.** **Orientations stratégiques du PSN 2016-2020** 29](#_Toc436228313)

[4.1. Grandes options stratégiques 29](#_Toc436228314)

[4.2. Priorités de la réponse nationale 29](#_Toc436228315)

[*4.2.1.* Cibles *:* 29](#_Toc436228316)

[*4.2.2.* Régions*:* 29](#_Toc436228317)

[4.2.3. Interventions : 29](#_Toc436228318)

[4.3. Principes directeurs 30](#_Toc436228319)

[4.4. Vision de la réponse nationale 31](#_Toc436228320)

[Avoir à moyen terme une population en bonne santé exempte du VIH/SIDA, avec l’émergence d’une génération sans Sida au Togo. 31](#_Toc436228321)

[**4.5.** **But du PSN** 31](#_Toc436228322)

[**5.** **Cadre des résultats du PSN 2016-2020** 32](#_Toc436228323)

[5.1. Axe 1 : Réduction de nouvelles infections à VIH 32](#_Toc436228324)

[5.2. Axe 2 : Renforcement de la charge globale 40](#_Toc436228325)

[*5.3. Axe 3 : Amélioration de gouvernance* 43](#_Toc436228326)

[7.1. Cadre institutionnel 55](#_Toc436228327)

[7.1.1. Le Conseil National de Lutte contre le Sida et ses organes décentralisés 55](#_Toc436228328)

[7.1.2. Le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (SP/CNLS-IST) 55](#_Toc436228329)

[7.1.3. Coordination des partenaires au développement 58](#_Toc436228330)

[7.1.4. Structures sectorielles de coordination 58](#_Toc436228331)

[7.2. Stratégies de mise en œuvre du PSN 2016-2020 59](#_Toc436228332)

[7.3. Planification opérationnelle et sectorielle 59](#_Toc436228333)

[8. Cadre organisationnel et suivi-évaluation du PSN 2016-2020 60](#_Toc436228334)

[8.1. Synthèse du cadre de performance du PSN 2016 – 2020 60](#_Toc436228335)

[8.2. Le Cadre Institutionnel du Système National de Suivi et Evaluation 61](#_Toc436228336)

[8.2.1. Au niveau central 61](#_Toc436228337)

[8.2.2. Au niveau régional 61](#_Toc436228338)

[8.2.3. Au niveau préfectoral 61](#_Toc436228339)

[8.2.4. Au niveau communautaire / village 61](#_Toc436228340)

[8.2.5. Le suivi 62](#_Toc436228341)

[8.2.6. L’évaluation et la recherche 62](#_Toc436228342)

[Annexe 1 : Cadre des performances du PSN 2016 – 2020 64](#_Toc436228343)

**Liste des figures et tableaux**

[Figure 1 : Prévalence du VIH au Togo selon régions sanitaires en 2014 (EDS, 2014) 17](file:///C:\Users\SOLANGE\Desktop\PSN%202016-2020%20draft%2023%2011%2015%2016H.docx#_Toc436045596)

[Figure 2 : Cascade de prise en charge 90-90-90 en juin 2015 (Rap. GARP, 2015) 23](#_Toc436045597)

[Figure 3 : Evolution de nombre des PVVIH sous ARV 24](file:///C:\Users\SOLANGE\Desktop\PSN%202016-2020%20draft%2023%2011%2015%2016H.docx#_Toc436045598)

[Figure 4 : Répartition des financements selon axes stratégiques 49](#_Toc436045599)

[Figure 5 : Répartition des financements selon interventions dans le domaine de la prévention 50](#_Toc436045600)

[Figure 6 : Répartition des financements en fonction des interventions dans l’axe de la prise en charge globale 50](#_Toc436045601)

[Figure 7 : Répartition des financements en fonction des interventions dans l’axe gouvernance 51](#_Toc436045602)

[Figure 8 : Evolution des Gaps financiers du PSN en fonction des années 52](#_Toc436045603)

[Figure 9 : Cadre institutionnel du CNLS 57](file:///C:\Users\SOLANGE\Desktop\PSN%202016-2020%20draft%2023%2011%2015%2016H.docx#_Toc436045604)

[Figure 10 : Fluxogramme des données/informations 62](file:///C:\Users\SOLANGE\Desktop\PSN%202016-2020%20draft%2023%2011%2015%2016H.docx#_Toc436045605)

[Tableau 1 : Résumé du budget par axe stratégique 11](#_Toc436226820)

[Tableau 2 : Répartition de la prévalence et du poids régional de l’épidémie selon le nombre des PVVIH 17](#_Toc436226821)

[Tableau 3 : Répartition des PVVIH sous ARV par région 23](#_Toc436226822)

[Tableau 4 : Données Charge Virale 2014 (Rapport CNR/PNLS) 24](#_Toc436226823)

[Tableau 5: Répartition des ressources prévisionnelles par axe stratégique et par an (en CFA) 26](#_Toc436226824)

[Tableau 6 : Répartition des dépenses par source de financement 26](#_Toc436226825)

[Tableau 7: Répartition des dépenses par axe stratégique et par an (en CFA) 27](#_Toc436226826)

[Tableau 8: Budget du PSN 2016-2020 48](#_Toc436226827)

[Tableau 9 : Résumé du budget par axe stratégique 49](#_Toc436226828)

[Tableau 10 : Analyse des gaps financiers 53](#_Toc436226829)

[Tableau 11 : Synthèse du cadre de performance du PSN 2016 – 2020 (tous les indicateurs de performance sont dans l’annexe) 60](#_Toc436226830)

### 

**Acronymes**

|  |  |
| --- | --- |
| AES/LB | Accident d'Exposition au Sang et Liquides Biologiques |
| BIT | Bureau International du Travail |
| CAMEG | Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques |
| CAP | Connaissances, Attitudes et Pratiques |
|  |  |
| CESAG | [Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion](http://fr.excelafrica.com/node/372) |
| CHR | Centre Hospitalier Régional |
| CNAD | Comité National Anti-Drogue |
| CNLS-IST | Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles |
| CNTS | Centre National de Transfusion Sanguine |
| CPLS-IST | Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles |
| CRLS-IST | Comité Régional de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles |
| CRTS | Centre Régional de Transfusion Sanguine |
| DSF | Division de la Santé Familiale |
| EPP | Estimation Package Projection |
| HSH | Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes |
| IEC/CCC | Information, Education, Communication/ Communication pour le Changement de Comportements |
| OBC | Organisation à Base Communautaire |
| OCAL | Organisation du Corridor Abidjan-Lagos |
| ODD  OEV | Objectifs de Développement Durable  Orphelins et Enfants Vulnérables |
| OHP | Opération Haute Protection |
| ONUDC | Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime |
| ONUSIDA | Programme Conjoint des Nations Unies pour le VIH |
| OSC | Organisation de la Société Civile |
| PASCI | Programme d'Appui aux Organisations de la Société Civile Impliquées dans la lutte contre le Sida |
| PCR | Polymerase Chain Reaction (Réaction en Chaîne par Polymérase) |
| PEC | Prise en charge |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLS-IST | Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PONM | Plan Opérationnel National Multisectoriel |
| PPTE | Pays Pauvres Très Endettés |
| PS | Professionnelle du Sexe |
| PSN | Plan Stratégique National |
| PTME | Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PVVIH | Personnes Vivant avec le VIH |
| QUIBB | Questionnaire Unique pour les Indicateurs de Bien-être de Base |
| RAPID | Ressources pour Analyse de la Population et son Impact sur le Développement |
| REDES | Ressources et Dépenses de Sida |
| SCAPE  SMI | Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l’Emploie  Soins Maternels Infantiles |
| SP/CNLS-IST | Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles |
| SSR | Santé Sexuelle et de Reproduction |
| UDI | Usagers de Drogues par voie Intraveineuse |
| UNDAF | United Nations Development Assistance Framework |
| UNGASS | United Nations General Assembly Special Session |

**Résumé Exécutif**

Le Plan Stratégique National de la riposte au sida 2016-2020 se fonde sur la nouvelle stratégie de l’ONUSIDA d’accélération de la riposte (90-90-90) et de l’objectif 3 de développement durable qui prévoit la fin de l’épidémie de sida à l’horizon 2030. L’élaboration de ce plan est basée sur des évidences scientifiques et programmatiques, sur les priorités sanitaires et de développement contenues dans la politique nationale de lutte contre le Sida vision 2020 et dans la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l’Emploi 2013 – 2017.

L’analyse de la situation épidémiologique de sida au Togo a montré le caractère généralisé de l’épidémie avec une prévalence moyenne de 2,5% dans la population générale âgée de 15 – 49 ans. Elle a aussi confirmé la prédominance féminine avec 3,1% chez les femmes et 1,7% chez les hommes avec les mêmes tendances chez les jeunes âgés de 15 – 19 ans. Sur 110.000 personnes vivant avec le VIH dans le pays, près de 81% se retrouvent dans 3 régions, à savoir la région Maritimes (37.5%), Lomé-commune (22.8%), et les Plateaux (20.2%).

Au niveau national, les populations les plus vulnérables sont les femmes, les jeunes et adolescents, les populations mobiles, les forces de sécurités. Mais les groupes les plus exposés restent les professionnels de sexe, les hommes ayant les rapports sexuels avec d’autres hommes, les usagers des drogues et les détenus.

L’analyse de la réponse montre que des efforts importants ont été déployés par le pays particulièrement en faveur des populations clés pour leur accès aux services de préventions combinées, l’offre des services pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant (PTME) : ainsi 87,4% des femmes enceintes séropositive ont reçu les médicaments antirétroviraux (ARV) en 2014. Plus de 38536 personnes vivant avec le VIH (35%) étaient sous ARV dans le cadre de la prise en charge globale. Un observatoire national de lutte contre les problèmes de stigmatisation et de discrimination est fonctionnel depuis 2013.

Les contraintes et les faiblesses majeures dégagées dans cette analyse et les recommandations du cadre d’investissement ont nourri les orientations stratégiques pour les interventions prioritaires à haut impact dans les régions et villes ayant un poids important dans l'évolution de l’épidémie de VIH au Togo.

Le Plan stratégique national de la riposte au sida 2016-2020 s’articule ainsi sur trois axes stratégiques qui prennent en compte de façon transversale les questions des droits humains et des violences basées sur le Genre.

***Axe 1 : Amplification de la réduction de nouvelles infections à VIH***

Les populations clés et les populations vulnérables sont ciblées par les stratégies de prévention combinée 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 des IST ; le renforcement des stratégies sur l’élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant et la sécurisation transfusionnelle de sang de qualité. L’impact attendu est la réduction de 50% des nouvelles infections dans le pays en 2020.

***Axe 2 : Accélération de la prise en charge globale***

La survie des personnes vivant avec le VIH sera améliorée par l’accélération de la mise sous TARV (passage de 40 à 80%) sans condition. Cela se fera à travers l’intensification de l'offre et la demande du conseil dépistage à l’initiative du prestataire pour tester le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, le renforcement des capacités de laboratoires pour le suivi biologique et virologique et la création d’un environnement favorable pour l’observance et la rétention des PVVIH au traitement grâce aux innovations dans la délégation des tâches et la mise en œuvre des nouvelles directives en de l’OMS. L’implication de la société civile et des communautés est un atout de succès retenu dans ces stratégies.

***Axe 3 : Amélioration de la gouvernance***

La gestion efficace de la riposte nationale passera par la coordination effective du Programme sida à travers des organes et structures opérationnels à tous les niveaux décentralisés selon le principe de la multisectorialité, l’appropriation réelle de tous les secteurs retenus dans le cadrage sectoriel du PSN, l’implication de la société civile et des communautés grâce au renforcement des capacités de toutes les parties prenantes. La bonne gouvernance sera aussi affirmée par le dynamisme du leadership national par les mécanismes innovants de mobilisation des ressources domestiques, la gestion rationnelle et l’augmentation du taux d’absorption des ressources mobilisées ; l’amélioration de la gestion des achats et stock des intrants médicaux ; la gestion et production des informations stratégiques.

La mise en œuvre du PSN 2016 – 2020 nécessite la mobilisation des ressources financières estimées à **89 376 618 320 CFA** reparties dans les 3 axes stratégiques :

Tableau 1 : Résumé du budget par axe stratégique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Résumé du budget par axe stratégique** | **TOTAL en €** | **FCFA** | **%** |
| **Axe stratégique 1 : Réduction de nouvelles infections à VIH** | 36 150 011 | 23 714 407 216 | 26,5% |
| **Axe stratégique 2 : Prise en charge globale** | 80 298 575 | 52 675 865 200 | 58,9% |
| **Axe stratégique 3 : Gouvernance** | 19 796 259 | 12 986 372 144 | 14,5% |
| **Total en Euros** | **136 244 845** | **89 376 618 320** | **100%** |

***Cadre de mise en œuvre du PSN :***

Tous les secteurs et acteurs seront mobilisés pour une mise en œuvre inclusive, multisectorielle et multidisciplinaire.

Les principaux outils d’opérationnalisation seront développés pour la mise en œuvre du PSN, à savoir le Plan de suivi et d’évaluation, les Plans opérationnels, les plans de renforcement des capacités.

1. **Processus d’élaboration du PSN 2016-2020**

## Introduction

La revue annuelle des activités dans la riposte au sida en 2014 et celle du PSN 2012-2015 a permis de mesurer les efforts du Togo en matière d’atteintes des résultats escomptés du Plan Stratégique National écoulé et des OMD. Cette revue a permis de constater qu’après trois années de mise en œuvre du PSN 2012-2015, le Togo a commencé à inverser la tendance de l’épidémie avec une prévalence décroissante de 3.4 en 2012 à 2.5 en 2014. (OMD 6.A). En effet sur une période de 15 ans (2000-2014) les nouvelles infections ont baissé de plus de 60% dans la population générale. Par ailleurs l’accès aux soins et traitement a connu des progrès avec plus de 37 536 PVVIH sous ARV (taux de couverture de 35% : OMD 6.B)

Ces efforts sont le fruit des actions concertées de mise en œuvre des trois PSN précédents par tous les acteurs (public, privé, société civile) avec le soutien des partenaires techniques et financiers.

Au terme du PSN 2012 – 2015, le pays a initié l’élaboration du nouveau plan pour les interventions futures de la période 2016 – 2020 en lien avec les nouvelles perspectives mondiales fondées sur l’accélération de la riposte avec les objectifs 90 – 90 – 90 et la fin de l’épidémie à l’horizon 2030 qui s’inscrivent dans les objectifs du développement durable.

Sous le leadership du CNLS-IST, le Secrétariat Permanant du CNLS-IST en collaboration avec ses partenaires a conduit le processus de la planification stratégique de troisième génération axée sur les résultats dans une approche participative et inclusive de toutes les parties prenantes en y associant les populations clés et les personnes vivant avec le VIH selon les étapes décrites ci – dessous :

## Analyse de la situation

Le processus a démarré au mois de mai 2015 par la mise en place d’un comité de pilotage pour faire le plaidoyer auprès de toutes les parties pour leur implication et la mobilisation des ressources. Le secrétariat technique du processus était assuré par le Secrétariat Permanant du CNLS-IST.

* ***Collecte et analyse des données :***

Conduit par deux consultants nationaux, la revue documentaire appuyée par des entretiens avec les différents responsables et groupes cibles a permis de faire le point de la situation de l’épidémie et de l’état de la réponse nationale du sida au Togo.

* ***Validation de la situation et de la réponse et définition des cibles :***

La validation du rapport préliminaire a été effectuée au cours d’un atelier national qui a regroupé plus de 60 personnes issues des institutions publiques et privées, de la société civile, des populations clés, des six régions sanitaires et des partenaires techniques et financiers (ONUSIDA, OMS, PNUD PAM, UNFPA, UNICEF, USAID, FHI 360 etc..). Cet atelier a permis d’approfondir l’analyse, de valider les recommandations et de définir les cibles prioritaires.

## Formulation du Plan stratégique

* ***Rédaction du draft du PSN***

Une équipe d’expert a procédé à la rédaction du PSN sur la base des recommandations validées, à l’intégration des contributions des experts et autorités consultés, à la détermination des cibles des résultats et du cadre de performance d’ici 2020, à l’identification des responsables de la mise en œuvre des stratégies, à la cohésion et à la budgétisation du PSN 2016-2020.

* ***Validation technique du PSN***

Un consensus national de toutes les parties prenantes du niveau central et régional a été dégagé sur le PSN 2016 – 2020 avant sa soumission au CNLS-IST pour adoption.

## Adoption du PSN 2016 – 2020

Le Conseil National de Lutte contre le Sida adopte le PSN au cours d’une réunion.

## Prochaines étapes

Les prochaines étapes du PSN 2016-2020 comportent notamment :

* ***Élaboration des outils de mise en œuvre du PSN 2016 - 2020***

Plan de suivi évaluation – plans opérationnels – plans régionaux – plan de renforcement des capacités

* ***Vulgarisation et appui à l'élaboration des plans sectoriels et décentralisés***

Les outils une fois validés et adoptés seront déclinés en PTA aux niveaux décentralisés. Ce qui demande leur vulgarisation auprès de tous les acteurs de mise en œuvre.

1. **Contexte général**

## 2.1 Contexte géographique

Le Togo est un pays de l’Afrique de l’Ouest qui a une superficie de 56 785 Km² et se présente sous la forme d’un rectangle, d’une longueur de 600 km et d’une largeur variant entre 50 et 150 km. Il est limité par le Bénin à l’Est, le Ghana à l’Ouest, le Burkina Faso au nord et s’ouvre au sud sur le Golfe de Guinée par un littoral de 50 km. La capitale du Togo est Lomé.

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

## 2.2 Contexte démographique et socioéconomique

Le recensement de la population togolaise en 2010 a permis, avec un taux de croissance annuelle de 2,8% d’estimer à 7,13 millions en 2015 (INSEED) le nombre d’habitants.

La population du Togo est constituée en majorité de femmes (51,4%) et de jeunes de moins de 25 ans (60%) de la population totale.

L’EDST-III a permis de noter que 52,2% des femmes et 79,5% des hommes sont alphabétisés.

L’incidence de la pauvreté (et de l’extrême pauvreté) demeure élevée respectivement de l’ordre de 58,7% (et 30,4%) en 2011 (QUIBB 2011). En effet, Le Togo est un pays à faible revenu avec un PIB de 588 $/habitant.

Son économie est basée sur les mines, l’agriculture, les activités d’exportations et de réexportations et celles portuaires lui conférant une véritable plaque tournante pour les échanges commerciaux entre pays de la sous-région.

## 2.3. Contexte politique et administratif

Indépendant le 27 avril 1960, le Togo compte cinq régions administratives (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) composées de trente-cinq (35) préfectures et d’une (1) sous-préfecture. Lomé, la capitale, est subdivisée en cinq (5) arrondissements administratifs. Il a entamé un processus de démocratisation dans les années 90. D'importantes réformes politiques ont été entreprises depuis 2006 visant l’amélioration de la gouvernance et ont permis la reprise de la coopération avec les principaux partenaires au développement.

## 2.4. Système de base :

### Le système Santé

* Le système de santé du Togo est du type pyramidal à trois niveaux. Le niveau central pour l’organisation et la prise de décision, le niveau intermédiaire pour appui et coordination de la mise en œuvre de stratégies de santé dans les six (6) Directions Régionales de Santé (DRS) et le niveau périphérique pour l’opérationnalisation des interventions dans les 40 districts. Il est composé de 1 019 formations sanitaires dont 3 CHU, 6 hôpitaux régionaux, des structures privées et confessionnelles. Il existe aussi un service national et un Centre régional de transfusion sanguine. (Enquête SONU 2012).
* L’analyse du système de santé a permis de noter :
  + **la pénurie de personnel de santé qualifié** et l’iniquité dans la répartition géographique inéquitable de celui-ci avec 1/10 000 pour le médecin, 3,8/10 000 pour l'infirmier et 1,6/10 000 pour les sages – femmes et assistantes accoucheuses. Ce qui a conduit : (i) au recrutement de personnels qualifiés (infirmiers, sages – femmes, assistants médicaux) via le projet de Promotion du Volontariat National au Togo (PROVONAT), mécanisme utilisé aussi bien par l’Etat que par les partenaires techniques et financiers (PTF) ; (ii) au recrutement sur ouvertures aux postes (organisés dans le cadre du projet RSS de l’Alliance GAVI) pour servir les zones défavorisées (difficiles d’accès, éloignées, pauvres etc.) ; (iii) à la régionalisation du concours de recrutement en faveur du secteur de la santé, etc.

En 2012, Lomé – Commune comptait 42% du total du personnel de santé avec près de 70% médecins, 41% d’infirmiers et 52% de sages-femmes.

* + **la faiblesse du Système National d’information Sanitaire (SNIS)** dont le renforcement, en cours, est centré sur l’opérationnalisation du DHIS2.
  + **l’insuffisance dans la gestion des achats et stocks** actuellement amoindrie grâce au projet PAGRHSM avec le soutien de l’Agence Française de Développement qui a permis la réorganisation du système national d’approvisionnement pharmaceutique, mettant la CAMEG-TOGO au centre de l’approvisionnement des formations sanitaires publiques à travers un réseau de (07) Pharmacies régionales d’approvisionnement (PRA) chargées de rendre disponibles les médicaments essentiels aux Formations Sanitaires (FS) publiques et privées.
  + **L’insuffisance du financement du système de santé** (6% du budget national en 2014) ; celui-ci reposant essentiellement sur les ressources des ménages (Comptes nationaux de la Santé de 2008).

### Secteur Education et Formation Professionnelle

Le système éducatif togolais est caractérisé par trois types d’enseignement :

* l’enseignement général,
* l’enseignement technique et professionnel et
* l’enseignement supérieur.
* L’enseignement général comprend le préscolaire, le primaire et le secondaire avec un effectif de 28 003 enseignants, 1 051 872 élèves répartis dans 6 126 établissements. 32,1% de l’effectif total sont concentrés à Lomé. Au total, l’enseignement général compte 37 237 enseignants et administratifs dont 75,20 % pour le préscolaire et le primaire ; 20,33 % pour le premier cycle du secondaire et 4,47 % pour le second cycle du secondaire.
* L’enseignement technique et professionnel compte 1 723 enseignants, 20 987 élèves (dont 11 759 dans la préfecture du Golfe y compris Lomé-commune) répartis dans 269 établissements (221 établissements secondaires dont 15 publics). Les 269 établissements sont fortement concentrés dans la préfecture du Golfe y compris Lomé-commune.
* L’enseignement supérieur couvre deux universités publiques (les Universités de Lomé et de Kara). On dénombre dans les deux universités publiques plus de 70.000 étudiants, 625 enseignants, 1.655 agents du personnel administratif toutes catégories confondues et 48 établissements d’enseignement supérieur dont 3 publics et 45 privés.

La réponse à l’épidémie du VIH est rendue effective dans le secteur de l’éducation à travers des dispositifs suivants : i) mise en place des comités ministériels et des noyaux anti sida ; ii) la mise en place des cellules anti sida dans les établissements du secondaire général et technique ; iii) l’institutionnalisation de l’enseignement du VIH, du Sida et des IST dans les établissements du secondaire général et technique.

### Le système communautaire

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

Les agents de santé communautaire (ASC) sont les principaux acteurs ; ils contribuent à la mise en œuvre des activités des principaux programmes de santé, notamment les programmes (VIH/Sida, TB, Paludisme, PEV et SR).

Les organisations de la société civile (OSC) sont regroupées dans une plateforme pour la lutte contre le sida. Elles représentent 26% des structures accréditées au plan national pour la prise en charge des PVVIH, mais elles assurent la prise en charge de 38% des malades (rapport PNLS 2012). Elles assurent aussi la quasi-totalité des services de prévention et de prise en charge psychosociales.

### Secteur Privé

La participation du secteur privé et des entreprises est l’un des symboles forts de la multisectorialité. Cependant les structures privées au Togo ne sont pas organisées pour contribuer efficacement à la réponse au VIH. Aussi, très peu d’entreprises disposent d’une politique de prévention du VIH.

Dans le cahier de charges des entreprises exécutant les grands travaux d’infrastructures, il y a une obligation de mettre en œuvre la politique de Sécurité et santé sur le lieu de travail contenant les activités de prévention du VIH/Sida. C’est le cas des projets de construction et réhabilitation de routes avec le Ministère du Transport.

1. **Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale face au VIH/SIDA**

## Synthèse de la situation de l’épidémie du VIH

### 3.1.1. Prévalence de l’infection à VIH

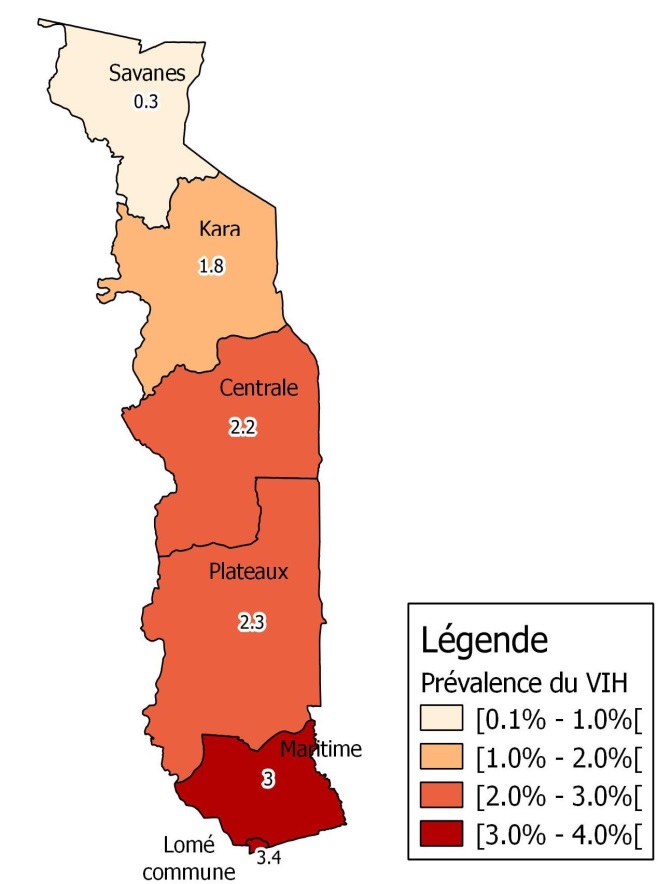
* *Prévalence dans la population générale* : La prévalence de l’infection par le VIH au Togo est de type généralisée, estimée à 2,5% dans la population générale âgée de 15 – 49 ans en 2014[[1]](#footnote-1).

Figure : Prévalence du VIH au Togo selon régions sanitaires en 2014 (EDS, 2014)

* *Prévalence selon l’âge et selon le sexe* : La prévalence est à prédominance féminine avec 3,1% chez les femmes et 1,7% chez les hommes.

Cette prédominance se confirme chez les jeunes de 15-19 ans où elle est 4 fois plus élevée chez les jeunes filles (0,4%) par rapport aux jeunes garçons du même âge (0,1%). Elle se confirme également chez les femmes de 30-34 ans (6,2) par rapport aux hommes du même âge (4,2%).

* *Disparités régionales* : La prévalence est plus élevée dans les régions méridionales (Lomé : 3.4% et région maritime : 3%) que les régions septentrionales (Kara : 1.8%, Savanes : 0.3%). On observe également grande disparité urbain/rurale : La prévalence du VIH en milieu urbain (3,5%) représentait le double de celle du milieu rural (1,5%) en 2014.

On note une forte concentration du nombre des PVVIH (81%) dans les régions de Lomé, Maritime et Plateaux.

Tableau 2 : Répartition de la prévalence et du poids régional de l’épidémie selon le nombre des PVVIH

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **Lomé** | **Maritime** | **Plateaux** | **Centrale** | **Kara** | **Savanes** | **Total** |
| **Prévalence régionale** | **3,4%** | **3,0%** | **2,3%** | 2,2% | 1,8% | 0,3% | 2,5% |
| **Nombre de PVVIH** | **25 110** | **41 280** | **22 226** | 9 933 | 9 607 | 1 844 | 110 000 |
| **Poids régional** | **23%** | **38%** | **20%** | 9% | 9% | 2% | 100% |
| **Population 15-49 ans** | 554 590 | 972 655 | 699 844 | 315 782 | 378 830 | 372 247 | 1. 293 948 |

### Prévalence du VIH dans les populations clés

En 2015, la prévalence du VIH dans les populations clés est nettement plus élevée que dans la population générale : chez les PS, la prévalence est de 11,7% au niveau national avec 13,4% à Lomé[[2]](#footnote-2). Chez les HSH, la prévalence est estimée à 13,0% au niveau national mais atteint 22,4% chez les HSH[[3]](#footnote-3) vivant à Lomé. Chez les usagers de drogues (dont 84,9% des UDI se retrouvent à Lomé)[[4]](#footnote-4) la prévalence a été estimée à 5,5% en 2011. La taille estimée des PS est de 10 284 dont 58% se retrouvent à Lomé. Celle de HSH est estimée à 7 649 dont 78% à Lomé et les usagers de drogue sont estimés à près de 2 289 personnes. Dans les prisons[[5]](#footnote-5), elle était de 4,3% en 2011.

### Prévalence du VIH parmi les populations vulnérables (adolescents et jeunes, femmes, hommes et femmes en uniforme, populations mobiles)

* 3,8% chez les hommes en tenue en 2014 avec 4,3% chez les hommes et 1,4% chez les femmes). Elle était à 13,8% en 2002.
* 3,7% en 2013 chez les réfugiés et les populations déplacées (Données ponctuelles lors de la JMS).
* Bien que les transporteurs routiers restent une préoccupation, les données actualisées ne sont pas disponibles, ils sont dans le groupe des populations mobiles. En effet le Togo de par sa situation géographique et économique est traversé par deux grands corridors importants : corridor Abidjan Lagos et Lomé et Ouagadougou.

### Les nouvelles infections

Le nombre de nouvelles infections à VIH est passé de 9.620 en 2005 à 4.208 en 2015. (EPP/Spectrum 2015).

L’étude sur les modes de transmissions du VIH (Rapport MoT 2013) a montré que les nouvelles infections interviendront de la manière suivante :

* *Population générale :*
* 61,92% chez les couples stables
* 14,01% chez les personnes qui ont des rapports occasionnels
* 7,2% chez les clients des PS
* *Populations clés* :
* 2,37% chez les PS ;
* 6,9% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes ;
* 2,04% chez les partenaires des HSH
* 1,5% chez les UDI
* 0,12% chez les partenaires des UDI.

### Impact de l’épidémie

Le nombre de décès connait une régression. Il est passé de 7.046 en 2005 à 4.739 en 2015. (EPP/SEPTRUM 2015).

### Connaissance et comportement

* *Connaissance*: 23,4% de filles et 31,7% de garçons âgés de 15 - 24 ans décrivaient correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et rejetaient les principales idées fausses relatives à cette transmission (EDS III, 2014).

On a par contre assisté à une régression des connaissances sur les moyens de prévention de la transmission du VIH au sein de la population générale entre 2010 et 2014. On est passé respectivement de 34,8% et 48 % en 2010 à 20,3% et 32,8 % en 2014 chez les hommes et chez les femmes soit une régression en moyenne de 15%.

* Comportement**:** 49,6% des filles et 64,8% des garçons âgés de 15-24 ans ont utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel (EDS III, 2014), 85% limitent les rapports sexuels à un seul partenaire et 72% utilisent le condom et limitent les rapports sexuels à un seul partenaire (EDS III, 2014) ; 30,7% de jeunes de 10 à 24 ans (4è RGPH), n’échappe pas aux phénomènes des grossesses et mariages précoces (PNLMGA, 2014).

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

Dans la population générale, le taux d’utilisation des préservatifs a augmenté chez les femmes (51,5%[[6]](#footnote-6) en 2010 vs 55,4%[[7]](#footnote-7) en 2015) et il a régressé chez les hommes (32,4% en 2010 vs 25,8% en 2015).

## 3.2. Synthèse de l’état de la réponse nationale

### Prévention

#### Populations clés

Le Togo dispose d’un document de politique de prévention et de prise en charge des populations clés qui guide la stratégie et les interventions basé sur le principe de continuum de soins et portant sur le conseil et dépistage de l’infection à VIH, la distribution des préservatifs masculins et féminins, le diagnostic et traitement corrects des infections sexuellement transmises ainsi que la sensibilisation sur les violences basées sur le genre. Les campagnes de prévention combinée ont été accentuées et ont touché un plus grand nombre de ces groupes cibles.

Les interventions ont permis de (données cumulées de *personne – contact* de 2012 à 2014. Rapport du PNLS 2014) :

* sensibiliser 132.438 PS, 7.318 UDI et 6.121 HSH en matière du VIH/sida et de violences basées sur le genre avec renforcement de capacités des acteurs ;
* distribuer 2.379.473 préservatifs (PS : 1.716.681, UDI : 61.451, HSH : 601.341) ;
* d’offrir les services de CDV tant communautaire que dans les centres de santé ainsi que la prise en charge des IST.
* En milieu carcéral, 22 000 personnes ont été sensibilisées, 1 859 dépistées et 520 cas d’IST ont été pris en charge. (Données programmatiques cumulées de 2012 à 2014, Rapport du PNLS 2014).

***Contraintes et faiblesses :***

* Persistance de défis liés :
  + aux difficultés d’accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de prise en charge liés à la limitation d’offre et aux barrières culturelles,
  + aux difficultés techniques à opérationnaliser le continuum de soins sur le terrain afin de minimiser les doublons et d’optimiser l’impact des interventions au profit de ces groupes
  + à la discrimination et stigmatisation parfois en milieux de soins et communautaire liées à la présence de lois constituant des obstacles pour la protection de populations clés,
  + à l’insuffisance d’engagement des autorités et leaders communautaires.
* Absence d’outils normatifs et de communication harmonisés.

#### Populations vulnérables

Plusieurs interventions ont été menées en faveur de personnes vulnérables (adolescents et jeunes, femmes, hommes et femmes en uniforme, populations mobiles), notamment les campagnes « condomize », la promotion des préservatifs et les campagnes nationales de dépistages et les stratégies mobiles ciblant prioritairement les jeunes, les interventions ciblant les militaires, la prise en compte du VIH/sida dans les projets de construction de routes avec le ministère de transport et les initiatives régionales, etc.

Globalement, les données cumulées 2012-2014 montrent que pour :

* La communication pour le changement de comportement :
  + 63% des jeunes ont été touchés par des séances d’IEC, 4874 pairs éducateurs issus des jeunes ont été formés au niveau national (données programmatiques).
  + Chez les Hommes et femmes en uniforme, 92 997 personnes ont été touchées ;
  + 181 757 routiers ont été touchés par l’IEC.
* La couverture des besoins en préservatifs :

La couverture des besoins a connu une nette progression depuis 2013 avec l’appui de l’USAID, l’UNFPA et du Fonds Mondial. La disponibilité de préservatifs dépasse actuellement la capacité de distribution au niveau national et régional alors que les besoins existent. En 2014, sur 33.966.236 préservatifs acquis, seulement 11.061.261 ont été distribués.

* Le conseil et dépistage volontaire :

Parmi les personnes qui ont été testées et connaissent leurs résultats avec les approches centrées sur la santé, les stratégies mobile et avancée, on note (données cumulées de 2012 à 2014) :

* + 260 923 jeunes de 15-24 ans sur les 824 654 (14.9%),
  + 17 803 militaires hommes et femmes en uniforme
  + 14 802 routiers.
* La prise en charge des IST a touché 25,6% de jeunes âgés de 20 à 24 ans et 2 728 cas des IST chez les routiers. (Rapport CLNS, 2014)
* En matière de violence basée sur le genre :
  + 111 916 personnes ont été sensibilisées. Parmi elles on note 67,25% des jeunes.
  + Des actions spécifiques de sensibilisation ont été menées auprès de 18.073 hommes et femmes en uniforme et 1.680 routiers.

***Contraintes et faiblesses :***

* Diminution du niveau de connaissance en matière de prévention auprès des populations, notamment chez les hommes et femmes en uniforme chez qui on note une recrudescence de comportement à risque[[8]](#footnote-8) ;
* Bien qu’intégré dans le système éducatif avec de textes légaux de mise en application, la dispensation de l’enseignement en matière du VIH/sida chez les élèves reste encore de faible qualité. 17,3% de grossesses précoces chez les jeunes de moins de 18 ans[[9]](#footnote-9).
* Difficulté d’accès aux préservatifs aux groupes cibles liée à une mauvaise gestion de la distribution notamment la fonctionnalité du circuit national de distribution des préservatifs adopté en 2013 ;
* Très peu de jeunes connaissent leur statut sérologique au VIH par faiblesse des interventions adaptées ;
* Existence des grossesses précoces et non désirées chez les jeunes (scolarisés et non scolarisés) de 15 à 24 ans dues à la précocité des rapports sexuels, aux mariages forcés et à la pauvreté ;
* Problèmes des intrants pour le dépistage du VIH.

#### Population générale

L’étude sur les modes de transmission (MoT) situe une plus grande part des nouvelles infections à VIH parmi les couples stables, les personnes qui ont des partenaires multiples et les clients des PS. Le profil de ces groupes cibles n’est pas évident car il s’apparente simplement à la population générale.

Dans cette catégorie de masse, très peu d’actions ont été rapportées en dehors des évènements forains lors de la Journée Mondiale Sida et aussi des émissions radiotélévisées.

***Contraintes et faiblesses :***

* Faible niveau de connaissance en matière de prévention du VIH qui a même subi une régression du fait de manque de programme de sensibilisation adressé à la population générale.
* Faible niveau d’utilisation de préservatifs par insuffisance de marketing social pour la promotion des préservatifs.

#### Prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV)

La prise en charge des orphelins et autre enfants rendus vulnérables (OEV) dans le cadre du VIH n’est pas bien organisée dans le pays. Mais il existe des institutions nationales sous le leads hip du ministère de l’Action Sociale et des organisations de la société civile fortement impliquées dans la prise en charge des OEV dans le pays.

***Contraintes et faiblesses :***

* Non application de la stratégie nationale de prise en charge et de définition des critères des OEV issue de l’analyse nationale de la situation des OEV dans le contexte du VIH réalisée en 2010 ;
* Existence d’attitudes de stigmatisation et de discrimination à l’égard des OEV ;
* Déperdition scolaire ;
* Absence d’informations stratégiques sur les OEV en matière de VIH/sida.

#### Femmes

Les interventions de la ***Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l’Enfant (PTME)*** ont connu un grand progrès depuis 2012. Un plan d’élimination de la transmission mère – enfant 2014 – 2018 existe et mise en œuvre dans le pays.

Depuis janvier 2015, il y a eu introduction et généralisation du protocole Option B+ (trithérapie) dans tous les sites PTME avec délégation de l’initiation au traitement ARV et du suivi des PVVIH aux prestataires des sites PTME (Sages-Femmes, Infirmiers, Accoucheuses)

* ***Prévention primaire chez les femmes en âge de procréer :***

Plusieurs campagnes de prévention combinée de masse et de proximité ont été organisées sur l’infection à VIH, la santé de la reproduction et les Violences basées sur le genre en faveur des femmes des milieux rural et urbain par les acteurs de la société civile, les ministères en charge de la promotion de la femme, de l’agriculture, de l’élevage et de l’hydraulique à travers les pairs éducateurs formés.

En 2014, les données programmatiques montrent qu’environ 218 561 femmes ont été dépistées au VIH et peu de femmes ont eu accès aux préservatifs. De plus, 115 974 femmes sont sensibilisées sur les violences basées sur le genre et 781 victimes de violences ont bénéficié de prise en charge.

* ***Planning familial chez les femmes séropositives :***
* 71% des sites SMNI offrent la PTME (612/864) en 2014 contre 47,7% en 2012 ;
* 3% des femmes séropositives en âge de procréer sont sous une méthode de planification familiale (PNLS 2014).
* ***Prise en charge des femmes enceintes séropositive :***
* 58,7% des femmes enceintes attendues ont été dépistées au VIH (183 082/311 625) ;
* 87,4% femmes enceintes VIH+ ont reçu les ARV (4496/5146)[[10]](#footnote-10).
* 7,5 % enfants séropositives mis sous ARV, soit 36 enfants en 2014 (Rap. CNLS 2014) ;
* 4,8% des partenaires des femmes enceintes ont été dépistés en 2014 ;
* 1,39% (279/20066) femmes enceintes dépistées positives à syphilis lors des CPN.
* ***Couple mère – enfant :***

59,8% de nourrissons (3.015/5.047) nés de mère séropositive ont bénéficié de la prophylaxie ARV (rupture en ARV pédiatriques) et 74,3% (2.288/3.079) ont bénéficié de la PCR 1 et autres grâce aux 2 appareils de PCR disponibles à Lomé et à Kara. L'acheminement des prélèvements DBS vers les laboratoires se fait grâce à un partenariat entre la Société de la Poste du Togo et le PNLS.

***Contraintes et faiblesses :***

* Contexte socioculturel et anthropologique défavorable :
* Faible niveau de connaissance du VIH associé aux comportements sexuels à risque, notamment la précocité des rapports sexuels (10% chez les filles et 9% chez les garçons), le multi partenariat sexuel, les rapports sexuels inter générationnels et le faible taux d’utilisation de préservatifs (55% chez les femmes et 25,8% chez les hommes) et les fausses croyances sur VIH/sida ;
* Taux de fréquentation CPN1 et de CPN4 est respectivement à 72,7% et à 57%. A peine 28% des femmes ont réalisé la première visite prénatale avant le quatrième mois de la grossesse. (EDST III) ;
* Persistance de stigma-discrimination dans la communauté et parmi les agents de santé entrainant la faible adhésion des femmes PTME au groupe de parole et non partage du statut sérologique ;
* Dépendance de la femme vis-à-vis de l’homme dans la prise de décisions notamment en ce qui concerne sa santé et la négociation des rapports sexuels protégés ;
* Faible implication des partenaires et communautés dans les CPN/PTME ;
* Insuffisance dans l’offre et l’utilisation des services :
* Ruptures fréquentes des intrants (test de dépistages, ARV, kits DBS) sur les sites et quelque fois au niveau central ;
* insuffisance dans le suivi du couple mère-enfant se traduisant entre autres par une faible couverture en prophylaxie au cotrimoxazole des enfants nés de mères VIH+ et les cas de perdues de vue des couples mère – enfant ;
* Insuffisance de médiateurs pour l'accompagnement communautaire ;
* Faible coordination des activités de PTME par le PNLS et la DSF (Division de la Santé Familiale) ;
* Faible intégration des activités VIH et santé de la reproduction.

***Synergie :*** Synergie des interventions entre différents Programmes santé (PNLS – DSF), le ministère en charge de l'action sociale et les OSC à travers les médiateurs.

#### Prévention de la transmission sanguine

La sécurité sanguine est assurée par le Service National de Transfusion Sanguine (SNTS) qui supervise les activités des 2 pôles de qualification : le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et le Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) avec une forte mobilisation de donneurs bénévoles (90 – 95 %) couvrant 70 à 80% de besoins en sang avec de fortes disparités régionales.

En 2014, la prévalence du VIH était de 1,1% chez les donneurs du CNTS et de 0,12% chez les donneurs du CRTS.

***Contraintes et faiblesses :***

* Insuffisance de production de dérivés sanguins avec pénurie surtout au deuxième semestre de chaque année ;
* Recours au sang non sécurisé de donneurs familiaux et de provenance extérieure du pays.

### Prise en charge globale

Le nombre de PVVIH attendues au Togo est resté stable entre 2009 et 2014 estimé à 110 000[[11]](#footnote-11). ***La délégation des tâches*** est déjà effective aussi bien dans le domaine de la prise en charge que celui de la PTME.

En fin décembre 2014, 56.576 PVVIH sont enregistrées et suivies dans 141 centres de prise en charge accrédités. Toutefois, 37 511 PVVIH dont 71% sont des femmes, reçoivent régulièrement leur traitement dans 103 sites de dispensation d’ARV. Soit, un taux de couverture nationale en ARV de 35%.

Il existe des comités thérapeutiques qui valident les dossiers des patients avant la mise sous traitement, assurent la qualité de la prise en charge dans les structures offrant les soins aux PVVIH.

Tableau 3 : Répartition des PVVIH sous ARV par région

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Région** | **Lomé** | **Maritime** | **Plateaux** | **Centrale** | **Kara** | **Savanes** | **Total** |
| **Nbre PVVIH sous ARV** | **19 751** | **8 627** | **3 643** | **1 841** | **2 541** | **1 108** | **37 511** |
| **Nbre PVVIH enregistrées** | **21 851** | **15 716** | **6 067** | **4 960** | **5 283** | **2 699** | **56 576** |

Le ***taux de rétention*** est de 86% à 12 mois et celui des perdus de vue est de 7,07 % en 2014.

La ***proportion des enfants*** sous traitement ARV reste faible et représente 20,23 %, soit 2.861 sur 14.136 enfants éligibles attendus en dépit de plusieurs initiatives mises sur pieds (Stratégie eTME, CDIP, Tutorat clinique).

En 2014, au total 109 personnes issues des populations clés (PS, HSH, Détenus) sont identifiées et mis systématiquement sous traitement ARV.

La cascade de traitement des PVVIH montre encore de GAP important (Juin 2015).

Figure 2 : Cascade de prise en charge 90-90-90 en juin 2015 (Rap. GARP, 2015)

Le pays est rentré dans une phase d’accélération du passage à l’échelle de la thérapie ARV depuis la gratuité décrétée par l’Etat en 2008 comme le montre la figure ci-après :

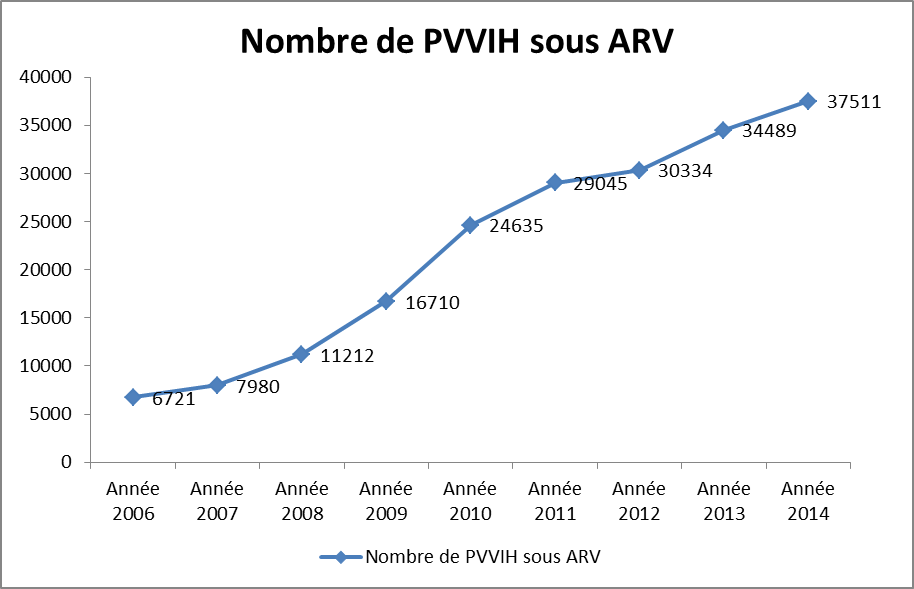


Figure : Evolution de nombre des PVVIH sous ARV

Le ***suivi biologique*** bien que faible (9,30%) se fait à travers 40 sites compteur CD4 et 39 laboratoires accrédités pour les bilans pré thérapeutiques et les bilans Hémato biochimique. La charge virale bien que faible (2%) est offerte à travers 2 équipement basés à Lomé et a Kara. Cette faiblesse est liée à la faible accessibilité géographique, l’insuffisance de la ressource humaine qualifiée et la disponibilité des intrants.

91% des patients sont sous protocole de 1ère ligne et la combinaison d’AZT/3TC/NVP représente 77%. Il faut aussi souligner que 12 PVVIH sont sous traitement de 3ème ligne.

Le suivi virologique de 1.412 patients sous ARV montre que 346 patients ont eu leur charge virale indétectable.

Tableau 4 : Données Charge Virale 2014 (Rapport CNR/PNLS)

|  |  |
| --- | --- |
| **Principaux indicateurs** | **Nombre** |
| *Patients indétectables (CV < 40 Copies) et charges virales positives (CV >40 Copies)* | *1 412* |
| *Au sein des charges virales positives il y a ceux qui sont en échec (CV >1000 Copies)* | *256* |
| *Au sein des charges virales positives il y a ceux qui sont en succès thérapeutique (CV compris entre 40 et 1000)* | *338* |
| *Au sein des charges virales positives il y a ceux qui sont détecté mais pas quantifié* | *728* |
| *Patients à charges virales indétectable (CV < 40 Copies)* | *346* |

Des directives nationales existent pour harmoniser ***la prise en charge des affections opportunistes.*** Cependant, le taux de prophylaxies IO offertes aux PVVIH est faible soit 49,10%. Le diagnostic des IO est difficile et les cas notifiés sont estimé à 1,53% par manque de capacités techniques.

La prévalence de la coïnfection TB-VIH est de 20,58 % en 2014 contre 24 % en 2012. Plus de 98% des patients co infectés TB/VIH sont mis sous TARV et 96% sous Cotrimoxazole.

Concernant l’Hépatite B, une étude épidémiologique[[12]](#footnote-12) transversale menée en 2013 dans la Région Lomé commune à forte prévalence du VIH, auprès des patients âgés d’au moins 18 ans infectés par le VIH et sous ARV a montré une prévalence globale de 9,6%.

Les PVVIH bénéficient de ***la prise en charge*** ***psychosociale*** assurée en collaboration avec les OSC et les médiateurs issus des associations. Ils interviennent en interphase entre les professionnels de santé et les communautés pour améliorer l’accès à la prévention et aux soins des PVVIH. Leurs interventions s’articulent autour du soutien psychologique, l’organisation des groupes de parole et des visites à domicile (VAD), l’éducation thérapeutique, la médiation familiale et communautaire, la recherche les perdus de vue pour le maintien des personnes dans la dynamique de prévention et de soins.

Un observatoire national de lutte contre la stigmatisation et la discrimination a été mis en place ainsi que 2 lignes vertes d’écoute.

En matière de Suivi et traitement de ***la Malnutrition*** aiguë chez les PVVIH, on note un faible dépistage de la malnutrition chez les PVVIH (Insuffisance de matériels anthropométriques pour le dépistage de la malnutrition dans les centres de PEC).

***Contraintes et faiblesses :***

* Insuffisance dans la coordination des programmes de SMNI et VIH, de nutrition et VIH au niveau central et décentralisé ;
* Ruptures récurrents des réactifs qui ont impacté négativement la qualité du suivi des patients (bilans de suivi biologique y compris les CD4, charge virale, dépistage par PCR des enfants issus de la PTME,) ;
* Insuffisance de ressources humaines qualifiées et faible accessibilité géographique pour la prise en charge pédiatrique ;
* Insuffisance de prise en charge psychologique et sociale ;
* Faiblesse du mécanisme de référence de contre référence ;
* Insuffisance des activités pour le renforcement de l'observance et l'ETP ;
* Insuffisance de recherche systématique de la TB chez les PVVIH ;
* Emergence de souches de VIH résistantes aux ARV à hauteur de 4,3%. Il est de 24,5% lorsqu’au moins un ARV du régime thérapeutique est concerné.

### Coordination de la réponse

Les organes et structures de gestion de programme sont pour la plupart mis en place tant au niveau central qu’au niveau décentralisé. Au niveau central, il s’agit du CNLS, du SP/CNLS et des Comités Ministériels de Lutte contre le Sida (CMLS) ainsi que les PTF/ Organismes internationaux. Au niveau décentralisé, nous avons les CRLS, CPLS y compris les représentations des Comités ministériels.

Par ailleurs, le privé et le communautaire interviennent aussi dans la gestion du Programme à différents niveaux.

D’une manière générale, au cours de la mise en œuvre du PSN 2012-2015, des efforts importants ont été réalisés par le pays et ses différents partenaires, notamment :

* La disponibilité des données stratégiques (ESDTIII, Enquêtes SSG, femmes enceintes, militaires, PS, HSH, études de cartographies, rapports d’évaluation et de performance).
* Le focus important mis sur les populations clés, la femme et la jeune fille à travers la PTME.
* Le diagnostic organisationnel du SP/CNLS réalisé en 2013 assorti de recommandations formulées.
* Le plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes (Etat) et externes (FM, USAID, SNU etc…).
* La documentation et prise en charge des problèmes de stigmatisation dans le cadre des droits humains.
* La mise en place d’une plateforme des OSC de lutte contre le VIH.

***Contraintes et faiblesses :***

* Faible mobilisation des ressources au niveau du CNLS dû à l’engagement politique non suivi d’incidence budgétaire et à l’inexistence de textes d’application du décret de création du CNLS ;
* Faiblesse dans la coordination du CNLS due à la non tenue de sessions statutaires du CNLS ;
* Faiblesse dans la production de l’information stratégique due à Insuffisance de RH qualifiées en S&E due au non-respect du circuit de rapportage des données, au non harmonisation des outils ;
* Faible taux d’absorption des financements VIH dû à la lourdeur des procédures de passation de marchés publics avec inadéquation des dossiers types de passation de marchés à l’acquisition des produits de santé ;
* Faible fiabilité des données de programme (consommation, épidémiologie, file active, populations clés) ;
* Faible mobilisation des ressources au niveau décentralisé dû à l’absence de plan d’action régional/ district découlant du plan stratégique national et l’absence d’un organe technique ;
* Faible coordination des interventions au niveau communautaire ;
* Absence de programme sida dans les entreprises due à l’absence d’accompagnement du SP/CNLS et la faible implication du secteur privé dans la réponse au VIH.
* Mobilité et instabilité des ressources humaines au niveau des OSC,
* Insuffisance des financements destinés aux interventions communautaires.
* Faiblesse dans la gestion des approvisionnements des intrants (absence des plans d’approvisionnement).

### Analyse financière

Les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du PSN ont été estimées à environ 141 milliards de CFA répartis sur les 3 axes stratégiques qui sont : (i) la prévention (19%), (ii) la prise en charge globale (52%) et (iii) la gouvernance (29%) comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 5: Répartition des ressources prévisionnelles par axe stratégique et par an (en CFA)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Axes stratégiques** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **TOTAL** | **%** |
| **Prévention** | **6 048 395 118** | **6 578 067 111** | **7 193 263 733** | **7 736 499 722** | **27 556 225 684** | **19,50%** |
| **Prise en charge globale** | **16 165 849 065** | **17 888 875 037** | **18 946 689 529** | **19 996 162 976** | **72 997 576 607** | **51,65%** |
| **Gouvernance** | **9 007 876 016** | **9 921 345 041** | **10 599 751 048** | **11 245 594 724** | **40 774 566 829** | **28,85%** |
| **TOTAL** | **31 222 120 200** | **34 388 287 189** | **36 739 704 310** | **38 978 257 421** | **141 328 369 120** | **100%** |

***Source : PSN 2012-2015***

Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre de ce PSN selon le rapport REDES 2014 se sont élevées à 33,7 milliards de FCA soit un taux de mobilisation de 33% par rapport aux besoins de ce PSN au cours de trois ans de sa mise en œuvre. Ces ressources provenaient des partenaires nationaux (27%) et internationaux (73%). Au niveau national, l’essentiel des ressources a été mobilisé auprès de l’Etat Le tableau ci-dessous mentionne les contributions par partenaires :

Tableau 6 : Répartition des dépenses par source de financement

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOURCES DE FINANCEMENT | ANNEE 2012 | ANNEE 2013 | ANNEE 2014 | ANNEE 2015 | TOTAL 2012-2015 Euro | TOTAL 2012-2015 CFA |
| ETAT | 2 118 025 | 2 157 371 | 3 007 806 | 3 558 247 | 10 841 449 | 7 111 524 362 |
| PRIVE | 1 267 041 | 1 821 308 | - | - | 3 088 349 | 2 025 824 145 |
| **Ressources Internes Disponibles** | 3 385 066 | 3 978 678 | 3 007 806 | 3 558 247 | 13 929 797 | 9 137 347 851 |
| Fonds Mondial | 8 805 768 | 8 637 599 | 6 387 873 |  | 23 831 240 | 15 632 268 697 |
| France | 3 497 626 | 486 936 | 251 671 | 251 671 | 4 487 904 | 2 943 872 044 |
| Gouvernement des Etats Unis | 180 287 | 436 403 | 457 487 | 287 689 | 1 361 866 | 893 325 536 |
| ONUSIDA | 22 222 | 161 632 | 105 190 | 105 190 | 394 234 | 258 600 552 |
| UNICEF | 482 515 | 259 831 | 304 898 | 304 898 | 1 352 142 | 886 947 010 |
| PNUD | 216 420 | 218 839 | 361 304 | 361 304 | 1 157 867 | 759 510 964 |
| Danemark | 14 979 | 150 089 | - | - | 165068 | 108 277 510 |
| UNFPA | 451 565 | 649 153 | 152 449 | 152 449 | 1 405 616 | 922 023 655 |
| Banque Africaine de développement (BAD) | 919 571 | 1 272 320 | 304 898 | 304 898 | 2801687 | 1 837 786 199 |
| OMS | 22 448 | - | 54 882 | 54 882 | 132 212 | 86 725 387 |
| Union Européenne (UE) | - | 9 930 | - | - | 9930 | 6 513 653 |
| Allemagne | 99 696 | 110 976 | 59 757 | 55 325 | 325 754 | 213 680 617 |
| Pays Bas | - | 793 | - | - | 793 | 520 174 |
| Non précisé-par sources (UNION) | - | - | - | 27 581 | 27581 | 18 091 950 |
| **Ressources Externes Disponibles** | 14 713 097 | 12 394 501 | 8 440 409 | 1 905 887 | 37 453 894 | 24 568 143 947 |
| **Total** | 18 098 163 | 16 373 179 | 11 448 215 | 5 464 134 | 51 383 691 | 33 705 491 797 |
| **Total en CFA** | **11 871 616 379** | **10 740 101 487** | **7 509 536 985** | **3 584 236 946** | **33 705 491 797** |  |

***Source : Note Conceptuelle VIH/TB, CCM Togo***

Le principal partenaire financier est le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose dont la contribution représente 61,3%.

Les ressources effectivement dépensées sur la période 2012-2014 se chiffrent à 30,44 milliards de CFA, soit un taux d’exécution budgétaire de 101% (par rapport aux ressources mobilisées). Ce taux dépasse les 100% du fait que dans l’estimation des dépenses, il est tenu en compte les contributions des ménages (2 398 340 308 CFA) qui ne sont ni inclus dans le budget estimé du PSN ni dans l’estimation des ressources disponibles.

Si on ne tient pas compte des dépenses des ménages, le taux d’exécution des ressources mobilisées s’élève à 93%. Le détail de la répartition des dépenses par interventions se présente comme suit :

Tableau 7: Répartition des dépenses par axe stratégique et par an (en CFA)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interventions** | **2012** | **2013** | **2014** | **TOTAL** | **%** |
| **Prévention** | 2 303 869 799 | 1 669 173 544 | 1 589 822 856 | **5 562 866 199** | **18%** |
| **Soins et soutien** | 4 550 176 657 | 6 320 951 039 | 5 284 933 417 | **16 156 061 113** | **53%** |
| **OEV** | 223 809 468 | 227 709 598 | 87 122 844 | **538 641 910** | **2%** |
| **Gestion de programme** | 1 908 486 803 | 1 608 354 592 | 1 673 477 703 | **5 190 319 098** | **17%** |
| **Ressources humaines** | 141 398 129 | 897 119 566 | 1 156 065 808 | **2 194 583 503** | **7%** |
| **Protection sociale et services sociaux** | 73 175 421 | 50 877 881 | 25 150 929 | **149 204 231** | **0%** |
| **Recherche** | 33 357 635 | 71 262 532 | 326 533 642 | **431 153 809** | **1%** |
| **Environnement favorable** | 72792118 | 2 787 670 | 136 960 084 | **212 539 872** | **1%** |
| **TOTAL** | **9 307 066 030** | **10 848 236 422** | **10 280 067 283** | **30 435 369 735** | **100%** |

Source : REDES 2012, 2013, 2014

## Opportunités pour une riposte efficace

Elles s’inscrivent dans l’engagement de l’Etat réaffirmé dans les politiques publiques de développement durable et de lutte contre les maladies prioritaires lors de la déclaration de politique devant l’assemblée nationale en juillet 2015. En effet au niveau national il plusieurs éléments favorables pour la mise en œuvre efficace du prochain PSN 2016-2020 :

* Perspectives favorables de croissance économique, la mise en œuvre des politiques macroéconomiques et des reformes visant la mobilisation des recettes et l’amélioration de la fiscalité offrent des espaces budgétaires et un potentiel réel d’augmentation des ressources publiques en faveur du financement du cadre d’investissement ;
* Mise en place d’un nouveau régime obligatoire d’assurance maladie des agents de l’Etat et assimilés, géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) ;
* Signature du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial (NFM) pour le VIH et la tuberculose pour les années 2015-2017 ;
* L’adoption des nouveaux objectifs de développement durables (ODD) en septembre 2015 par l’ONU avec l’engagement actif des partenaires techniques et financiers au niveau national pour accompagner le gouvernement dans leur mise en œuvre efficace des programmes notamment dans le secteur de la santé et VIH.

1. **Orientations stratégiques du PSN 2016-2020**

## Grandes options stratégiques

Les interventions stratégiques de la riposte au sida du Togo pour la période allant de 2016 à 2020 se fondent sur les objectifs d’accélération de l’ONUSIDA jusqu’en 2020, notamment l’approche ***« 90 – 90 – 90 »*** pour la connaissance du statut sérologique, traitement et la suppression virale du VIH. Cette stratégique s’inscrit dans la perspective de la fin de l’épidémie du VIH à l’horizon 2030 ; ambition retenue dans les Objectifs de Développement Durable.

L’engagement du Togo est exprimé dans sa Vision 2020 de la politique nationale de lutte contre le sida et se traduit déjà dans l’extension de l’offre des services de préventions à toutes les populations les plus vulnérables (notamment les femmes, jeunes et populations clés) et des services soins et traitement l’accès aux ARV de toutes les populations clés et les femmes enceintes dépistées positives au VIH dans le cadre des dernières recommandations OMS.

C’est dans ce cadre que le présent plan stratégique est orienté sur :

1. l’amplification de la réduction de la nouvelles infections VIH par le développement d’un environnement favorable pour l’accélération des interventions ciblant les populations clés, les adolescents et jeunes, les femmes en prenant en compte les vulnérabilités liées aux genres et droits humains.
2. L’accélération de la prise en charge globale portant sur l’accélération dans la mise en œuvre de services d’offre des ARV en mettant l’accent sur la qualité de services, le suivi biologique et virologique ainsi que les comorbidités hépatites B, C et tuberculose.
3. L’amélioration de la gouvernance du programme par une meilleure gestion de la réponse grâce à l’information stratégique et le suivi et évaluation.

Les interventions seront prioritairement orientées vers une meilleure couverture géographique des zones à forte prévalence ayant une grande charge de morbidité notamment les villes[[13]](#footnote-13) avec une implication accrue de différents secteurs dans le cadre de la multisectorialité, de la société civile et des populations cibles. Un accent sera également mis sur l’accessibilité et l’amélioration de la qualité des services en vue d’un meilleur impact des interventions.

Pour une gestion efficace et efficience de la réponse nationale au sida, tous les goulots d’étranglements limitant la mobilisation et l’absorption des ressources financières seront levés en vue de faire rapidement la différence dans l’atteinte des résultats.

## Priorités de la réponse nationale

### Cibles *:*

* Populations clés : PS, HSH, UDI, Détenus
* Populations vulnérables : Jeunes et adolescents, Femmes, Hommes et femmes en uniforme, populations mobiles, Clients des PS
* Personnes vivant avec le VIH

### Régions*:*

Les régions de Lomé Commune, Maritime et Plateaux sont prioritaires à cause du poids de la maladie qu’elles portent, soit 81% du nombre total des PVVIH dans le pays.

### Interventions :

Tenant compte de l’analyse de la situation, du cadre d’investissement et des objectifs 90-90-90, les interventions suivantes sont prioritaires :

***Réduction de nouvelles infections à VIH à travers :***

* + La communication pour le changement de comportement,
  + La promotion et distribution des préservatifs ;
  + Elimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant ;
  + Dépistage du VIH ;

***Traitement et Soins aux ARV et soutien***

* Focus sur l’efficacité des traitements (extension de la charge virale et mise en place d’un programme d’observance et recherche active de perdues de vue)
* Renforcement de la prise en charge des coïnfections (Tuberculose et hépatites virales B et C)

***Bonne gestion du Programme.***

Les aspects Environnement favorable, droits humains et genre sont été pris en compte de manière transversale dans les trois axes stratégiques.

## Principes directeurs

* + 1. **Alignements sur les stratégies nationales et internationales**

Le plan stratégique de lutte contre le SIDA est arrimé sur les objectifs et orientations stratégiques définis par la SCAPE, le PNDS, la stratégie des 3X90 de l’ONUSIDA et les ODD.

* + 1. **Accès universel des services et décentralisation**

Les services de conseil et dépistage, de prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant, de prise en charge doivent être disponibles, accessibles en tenant compte des aspects économiques, géographiques, du taux de prévalence et des groupes vulnérables et les groupes à haut risque. Pour ce fait, il faut accélérer l’extension rapide de tous les services à offrir en mettant un accent sur la gestion décentralisée de la réponse.

* + 1. **Approche multisectorielle et inclusive**

La prise en charge du VIH/SIDA est basée sur une approche multisectorielle, multidimensionnelle, multidisciplinaire et communautaire.

Les PVVIH et les populations les plus vulnérables face au VIH dans leurs capacités et à tous les niveaux, seront impliquées dans tous les aspects de la politique, de la gestion et des services liés au VIH/SIDA ;

* + 1. **Genre et droits humains**

La dimension genre et des droits humains doit être systématiquement prise en considération dans l’élaboration et la mise en œuvre de tous les programmes et projets de lutte contre le SIDA au Togo. Cela suppose qu’il faut mettre en œuvre des mesures pour réduire les violences basées sur le genre et lutter contre les problèmes de discrimination et stigmatisation.

* + 1. **Adaptation la réponse en fonction de la charge de morbidité**

La mise en œuvre des interventions VIH doivent tenir compte du poids de l’épidémie en terme répartition géographique et des populations les plus touchées.

Les personnes à haut risque d’infection à VIH doivent bénéficier des programmes de prévention du VIH/SIDA adaptés ;

Les personnes les vulnérables constituent les cibles prioritaires des programmes de prévention et de prise en charge.

* + 1. **Bonne gouvernance de la réponse au VIH**

Le Togo a adopté les « Trois Principes Directeurs » ou « Three Ones » pour la gouvernance et la gestion de la réponse au VIH et au sida. En effet, les « Trois Principes Directeurs » invitent les responsables nationaux et les partenaires à s’aligner sur une coordination nationale efficace s’appuyant sur : (i) un seul cadre stratégique national ; (ii) une seule instance de coordination nationale ; et, (iii) un seul système de suivi & évaluation.

Une gestion efficiente de la réponse au VIH basée sur la responsabilité partagée, la transparence et l’obligation de rendre compte supposent qu’un résultat (impact, effet ou produit) soit le fruit d’un changement souhaitable, mesurable ou descriptible et provenant d’une relation de cause à effet.

* + 1. **Décentralisation et investissement dans les villes**

La décentralisation de la riposte au sida doit se faire par l’élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels sectoriels et régionaux, le renforcement des capacités des organes et structures de coordination décentralisés et l’investissement dans les villes.

## Vision de la réponse nationale

Avoir à moyen terme une population en bonne santé exempte du VIH/SIDA, avec l’émergence d’une génération sans Sida au Togo.

* 1. **But du PSN**

Mettre en œuvre la réponse nationale basée sur des évidences scientifiques et programmatiques afin d’obtenir un meilleur impact des interventions.

1. **Cadre des résultats du PSN 2016-2020**

### 5.1. Axe 1 : Amplification de la réduction de nouvelles infections à VIH

Les grands défis de la réduction de nouvelles infections à VIH dans la population togolaise portent sur l’accès aux services de prévention combinée notamment en ce qui concerne l’accès et l’utilisation des préservatifs, la connaissance de son statut sérologique, la prise en charge correcte des cas des IST. L’accès à la prévention combinée auprès des populations clés et autres populations vulnérables clés constitue est un enjeu de santé publique qui vise la réduction des nouvelles infections. L’élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant reste encore un autre défi majeur dans la protection des enfants. La création d’un environnement favorable aux populations clés, aux jeunes et aux femmes au regard de la problématique des violences basées sur le genre et les droits humains.

La réponse nationale sur la réduction de nouvelles infections à VIH va reposer sur :

* L’extension et le renforcement des services offerts aux populations clés et aux populations vulnérables permettront l’adoption des comportements à moindre risque au VIH et une large connaissance du statut sérologique grâce aux interventions innovantes ;
* Le renforcement quantitatif et qualitatif de l’offre des services intégrés de SMNI/PTME, l’utilisation et la mise en œuvre de l’option B+, l’approche basée sur l’équité pour la satisfaction des populations ayant les plus grands besoins non couverts et le renforcement de l’engagement communautaire. Ces actions cibleront les 4 composantes de la PTME : Femmes en âge de procréer, les femmes séropositives, femmes enceintes infectées par le VIH, leurs enfants et leurs partenaires, ainsi que toute la cellule familiale.
* La sécurisation transfusionnelle par une couverture totale des besoins ;
* L’élimination des facteurs influents sur les violences basées sur le genre et les droits humains des populations clés, des jeunes et des femmes.
* L’intensification des interventions de préventions ciblant prioritairement les populations dans les grandes villes du Togo qui ont un poids important dans la charge de morbidité dans le pays.

###### Les nouvelles infections sont réduites de 50% dans la population générale d’ici 2020

|  | **Secteurs responsables** | **Ministères structures partenaires** |
| --- | --- | --- |
| 90% des populations clés adoptent des comportements à moindre risque au VIH d’ici 2020 | | |
| 34 272 701 unités de préservatifs (masculins et féminins) et 9 628 919 unités de gels lubrifiants sont offertes aux populations clés d’ici 2020 | | |
| Renforcement de réseaux de distributions communautaires de proximité | SP/CNLS-IST  Ministère de la santé (DSF) | PNLS-IST ; Plateforme des OSC, UNFPA, DSF, CAMEG, FHI, OCAL |
| Amélioration de la gestion de préservatifs et gels lubrifiants dans le circuit national pour un accès facile |
| Promotion et distribution des préservatifs et gels lubrifiants par un marketing social adapté aux populations clés | SP/CNLS-IST  Ministère de la santé Ministère de la santé (DSF) | PNLS-IST ; Plateforme des OSC, UNFPA, DSF, CAMEG, Min. sectoriels, FHI, OCAL |
| 97 110 populations clés (10 055 PS, 7 479 HSH, 2 370 UDI et 3 948 Détenus) sont dépistés au VIH d’ici 2020 | | |
| Renforcement de l’offre de services et de la promotion du conseil dépistage en stratégie, fixe avancée et à l’initiative du prestataire y compris les compétences des acteurs en genre et droits humains | PNLS-IST | Min. Justice + Communication, Plateforme des OSC, Structures privées et confessionnelles de santé |
| Extension de la stratégie sur le conseil dépistage (CDIP) dans le cadre de la prévention combinée | PNLS-IST | Plateforme des OSC, |
| Renforcement de la disponibilité des intrants | CAMEG  Ministère de la santé (DML) | Plateforme des OSC, PNLS-IST, Min. du commerce + Economie et Finances, |
| Réduction des obstacles pour l’accès aux services de prévention dans les structures de soins et au niveau communautaire | CNLS-IST | Min. de la santé, Min. de la justice, plateforme des OSC, |
| 77 999 cas d’IST sont diagnostiqués et traités chez les populations clés (40 350 PS, 20 942 HSH, 6 289 UDI et 10 417 Détenus) d’ici 2020 | | |
| Augmentation de la couverture géographique des Services Adaptés | PNLS-IST | Min. de la santé ; plateforme des OSC, Min. de la justice |
| Mobilisation communautaire en faveur du diagnostic et le traitement des IST |
| Renforcement des capacités des prestataires et des agents communautaire y compris les compétences des acteurs en genre et droits humains | PNLS-IST | Plateforme des OSC, Min. de la santé, CNLS-IST |
| 80% des Hommes, Femmes en uniforme et les populations mobiles adoptent des comportements à moindre risque au VIH d’ici 2020 | | |
| 6 249 175 unités de préservatifs (masculins et féminins) sont offerts aux Hommes, Femmes en uniforme et populations mobiles d’ici 2020 | | |
| Renforcement de réseaux de distributions communautaires de proximité | SP/CNLS-IST | Min. Défense + Sécurité + Action sociale + Elevage, agriculture et pêche |
| Promotion et distribution des préservatifs | SP/CNLS-IST | Ministères sectoriels, PNLS-IST ; Plateforme des OSC, UNFPA, DSF, CAMEG, FHI, OCAL |
| Intégration des modules VIH associé au genre et Droits Humains dans les cursus de formation des Hommes et Femmes en uniforme | Min. de la défense, Min. de la sécurité | Min. de la santé |
| 61 613 Hommes, Femmes en uniforme et 312 500 populations mobiles (Routier, transporteurs, réfugiés) sont dépistés au VIH d’ici 2020 | | |
| Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH | PNLS-IST | Min. de la défense, Min. de la sécurité, Min. du transport, plateforme des OSC |
| Renforcement de l’offre de services en stratégie fixe et avancée |
| 27 181 cas d’IST sont diagnostiqués et traités chez 4 050 Hommes, Femmes en uniforme et 23 131 populations mobiles (Routier, transporteurs, réfugiés) d’ici 2020 | | |
| Renforcement capacité des formations sanitaires et réseau communautaire à proximité des sites des Hommes, Femmes en uniforme et des populations mobiles (Routier, transporteurs, réfugiés) | Min. de la santé | Min. de la défense, Min. de la sécurité, Min. des transports, Min. de l’action sociale, Min. de l’agriculture, plateforme des OSC |
| Mobilisation communautaire en faveur du diagnostic et le traitement des IST |
| 90% des enfants de 10 à 14 ans et des jeunes de 15 à 24ans adoptent des comportements à moindre risque au VIH d’ici 2020 | | |
| 890 442 des adolescents de 10-14 ans et 1 523 841 jeunes de 15 à 24 ans (774 834 filles et 749008 garçons) bénéficient des programmes de prévention du VIH et des IST d’ici 2020 | | |
| Promotion de l’éducation basée sur les compétences de vie incluant la sexualité, la socialisation de l’adolescent, les compétences courantes de vie, les VBG, droits humains, … | Min. Enseignements primaire et secondaire + Enseignements techniques et formation professionnelle | Min. de la santé, plateforme des OSC |
| Promotion de l’abstinence sexuelle et de l’utilisation du préservatif |
| Extension et Amélioration des centres conviviaux offrant le paquet complet de prévention du VIH avec renforcement du réseau et a mobilisation communautaire | Min. de la santé ; Min. de l’économie et des finances, plateforme des OSC |
| Promotion de la prévention positive chez les adolescents vivant avec le VIH |  |  |
| 152 206 jeunes de 15 à 24 ans sont dépistés au VIH d’ici 2020 | | |
| Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH | Min. Santé | Ministère Enseignements, PNLS-IST |
| Amélioration de la couverture géographique et de la capacité des infirmeries scolaire et des enseignements professionnelles | Min. Enseignements primaire et secondaire + Enseignements techniques et formation professionnelle | Min. de l’économie et des finances, Min. de la santé |
| 44 030 cas d’IST sont diagnostiqués et traités chez les jeunes de 15 à 24 ans d’ici 2020 | | |
| Amélioration de la couverture géographique et de la capacité des infirmeries scolaires et enseignements professionnelles | Min. de la Santé | Min. des enseignements primaire et secondaire ; Min. des enseignements techniques et de la formation professionnelle et Min. de l’économie et des finances |
| Amélioration de la qualité de service des formations sanitaires dans les infirmeries scolaires et enseignements professionnelles (formation des prestataires, disponibilités des intrants et médicaments, suivi des références et contre-référence,) |
| 2 606 212 unités de préservatifs (masculins et féminins) sont offerts aux jeunes de 15 à 24 ans d’ici 2020 | | |
| Renforcement de réseaux de distributions communautaires de proximité | Plateforme des OSC | SP/CNLS-IST, PNLS-IST, Min. sectoriels |
| Promotion et distribution des préservatifs | SP/CNLS-IST | Min. Communication ; Min. Santé, Plateforme des OSC |
| 33 % de la population générale connaissent leur statut sérologique au VIH d’ici 2020 | | |
| 2 732 504 personnes sont dépistées au VIH dans la population générale d’ici 2020 | | |
| Vastes campagne de consultations communautaires sur la nécessité de dépistage du VIH | SP/CNLS-IST | Min. de la communication ; Plateforme des OSC, Min. de la santé |
| Déploiement d’un arsenal de logistique mobile et autre pour le prélèvement et dépistage | PNLS-IST | Min. de l’économie et des finances ; Plateforme des OSC, Min. de la santé |
| Intensification des conseils à l’initiative du prestataire et des approches communautaires ciblées avec promotion de marketing efficace de dépistage | PNLS-IST | Min. Communication ; Min. Santé. CNLS-IST Plateforme des OSC |
| 90 % des femmes 15-49 ans adoptent des comportements à moindre risque au VIH | | |
| 1 564 930 femmes de 15-49 ans sont dépisté au VIH d’ici 2020 | | |
| Mobilisation communautaire sur la SSR/VIH (Importance de CPN, vaccination, planification familiale, etc.) | Min. de la santé (PNLS-IST et DSF) | Min. de la communication ; Min. de l’action sociale et de la promotion de la femme plateforme des OSC |
| Renforcement/ création des services de dépistage du VIH au niveau communautaire avec promotion du dépistage volontaire et le dépistage des partenaires | PNLS-IST |
| Approvisionnement en intrants pour le dépistage du VIH | PNLS-IST |
| 29 457 501 unités de préservatifs (masculins et féminins) sont distribués aux femmes de 15-49 d’ici 2020 | | |
| Développement du marketing social pour la distribution et l’utilisation des préservatifs. | SP/CNLS-IST | Min. de la communication ; plateforme des OSC, Min. de l’action sociale et de la promotion de la femme |
| Mobilisation et renforcement communautaire (fourniture de matériels, renforcement de capacités…) pour accroître l’accès aux préservatifs et leur utilisation |
| 200 628 cas d’IST sont diagnostiqués et traités chez les femmes de 15-49 ans d’ici 2020 | | |
| Mobilisation communautaire en faveur du diagnostic et le traitement des IST | PNLS-IST | Min. Communication + Action sociale et promotion de la femme, plateforme des OSC |
| Renforcement des capacités des prestataires de services en matière de VBG et des agents communautaires | PNLS-IST | Plateforme des OSC |
| Prise en charge médico-psycho-sociale et juridique des victimes en matière de VBG | Min. de la Santé |
| 90 % des femmes séropositives en âge de procréer adoptent une méthode de planification de leur choix dans le cadre de la double protection | | |
| 14 273 femmes séropositives ont accès au service de Planning Familial | | |
| Extension et renforcement des services de Planning Familial dans les structures de prise en charge des PVVIH et les formations sanitaires en général | DSF | PNLS-IST |
| Renforcement de la distribution à base communautaire des produits Planning Familial |  |  |
| Mobilisation et renforcement communautaire pour augmenter l’utilisation des services de planning familial et réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH | Min. de la santé | Min. Communication, Action sociale et promotion femme, Justice, Plateforme des OSC |
| Mise en place d’une plateforme d’échange périodique entre les deux programmes (DSF et PNLS-IST) | Min. de la santé | PNLS-IST ; DSF |
| Renforcement de la référence et contre référence en matière de PF/SSR/PTME | Min. de la santé | PNLS-IST ; DSF, plateforme des OSC |
| La proportion de femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV augmentera de 87,4% à 100 % d’ici 2020. | | |
| 19 645 femmes enceintes séropositives ont bénéficié du protocole d’un traitement ARV d’ici 2020 | | |
| Mise en place d’un dispositif national d’accompagnement de la mise en œuvre du traitement ARV chez les femmes enceintes séropositives y compris la délégation des tâches | PNLS-IST | Min. de la santé, plateforme des OSC |
| Renforcement de l’intégration de la PTME dans les services PF/SMI des structures sanitaires publiques et privées avec capacitation des prestataires en éducation thérapeutique et prise en charge globale des PVVIH | PNLS-IST | DSF, structures privées de santé, Plateforme des OSC |
| Renforcement du mécanisme de contrôle de l’assurance qualité de l’offre des services PF/SMI/PTME | PNLS-IST | DSF |
| Approvisionnement en ARV | CAMEG | PNLS-IST |
| Renforcement des plateaux techniques des laboratoires (CD4 et Charge Virale) | Min. de la santé | PNLS-IST ; Min. de l’économie et des finances |
| Approvisionnement en intrants de laboratoire (CD4 et Charge Virale) | CAMEG | PNLS-IST ; Min. de l’économie et des finances |
| Renforcement des plateaux techniques des services de gynécologie et obstétrique | Min. de la santé | Min. de l’économie et des finances |
| 95% des enfants issus de la PTME ont la sérologie VIH négative à 18\_ mois après la naissance d’ici 2020 | | |
| 14 679 nouveau-nés nés de mères séropositives sont sous cotrimoxazole | | |
| Approvisionnement en intrants IO | CAMEG | PNLS-IST |
| Renforcement du mécanisme de suivi du couple mère enfant (système de référence et contre référence, système de recherche active des perdu de vue ; groupes de soutien des femmes séropositives y compris la médiation) | PNLS-IST | Plateforme ; Min. sectoriels |
| 21 330 couples mère-enfants issus du protocole PTME ont bénéficié de soutien nutritionnel | | |
| Renforcement du soutien et conseils liés à l’alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, et accompagnement des mères dans le contexte du VIH | Service national de Nutrition | PNLS-IST  Plateforme des OSC  PAM, Min. de l’action sociale |
| Renforcement des capacités des prestataires de soins et des relais communautaires en matière de promotion de l’alimentation du nourrisson et du jeune | Service national de Nutrition | Plateforme des OSC  PNLS-IST  PAM |
| Promotion des pratiques familiales essentielles | DSF | PNLS-IST  Plateforme des OSC |
| 6399 nouveau-nés nés de mères séropositives testés à la PCR1 et la sérologie au VIH à 18 mois d’âge | | |
| Renforcement des capacités pour le diagnostic précoce (4-6S) avec PCR1 et administration d’un traitement précoce aux nourrissons infectés | PNLS-IST | Min. de la santé |
| Approvisionnement en réactifs et intrants pour la sérologie et pour la PCR | CAMEG | CNR |
| 1029 nouveau-nés nés de moins de un an de mères séropositives éligibles sont mis sous ARV | | |
| Renforcement de l’accès aux traitements antirétroviraux pour les enfants éligibles au TARV | PNLS-IST | CAMEG |
| La sécurité transfusionnelle est passée de 80% à 100% d’ici 2020 | | |
| 235 000 poches de sang primaires sécurisées d’ici 2020 | | |
| Plaidoyer pour un environnement favorable à la transfusion | CNLS-IST | Parlement, Min. de la justice |
| Promotion du don de sang | CNTS | Min. de la santé  Organisation de la société civile |
| Promotion de la fidélisation des donneurs de sang |
| Disponibilisation des intrants de transfusion à travers d’autres programmes de santé | CAMEG | Min. de la santé |
| Dépistage systématique de qualité des infections transmissibles sur le sang (VIH, VHB, VHC, syphilis) | CNTS |

### 

### 5.2. Axe 2 : Accélération de la prise charge globale des PVVIH

Les efforts déployés ces dernières années ont permis d’améliorer les résultats en matière de Soins et Traitements. Cependant des défis restent encore relevé notamment :

* la qualité de l’offre de service
* la ressource humaine
* le système d’approvisionnement en intrants
* le plateau technique (Réseau de laboratoire)

Les interventions proposées dans ce nouveau plan stratégique vise l’accélération du programme (fast-tracking), accroitre l'offre et la demande du conseil dépistage à l’initiative du prestataire pour tester le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH (60%), à augmenter la couverture en TARV à 81% des PVVIH et permettre à 60% d’entre elles d’atteindre une suppression virale. Cette accélération s’effectuera à travers :

* La mise en œuvre des directives actuelles de l’OMS, adoptés et adaptés au contexte national ;
* l’application de l’Initiative «Tester et traiter» en faveur des populations-clés, femmes enceintes séropositives, partenaire séropositif dans un couple sérodiscordant, enfants infectés ainsi que des patients co-infectés VIH-TB et VIH VHB ;
* le passage à l’échelle du dépistage à l’initiative des prestataires de soins et la promotion du dépistage en stratégie avancée à l’endroit des populations les plus exposées ;
* La création d’un environnement favorable pour lever les obstacles à l’accès aux soins des PVVIH en général et aux populations clés en particulier ;
* La promotion de la délégation des tâches, la décentralisation et l’intégration des services pour combler les gaps de la cascade TARV (perdus de vue, non observance) ;
* L’implication des organisations communautaires.

###### La mortalité des PVVIH (adultes, adolescents, enfants) est réduite de 80% d’ici 2020

|  | **Secteurs responsables** | **Ministères &structures partenaires** |
| --- | --- | --- |
| La proportion des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) qui optent pour le suivi en soins chroniques passe de 43 % à 90 % en 2020 | | |
| 88.499 personnes dépistées VIH+ sont enregistrées dans les structures de PEC | | |
| Renforcement du Système national d’orientation recours | Min. Santé | Min. sectoriels, OSC |
| Renforcement des capacités et extension des structures pour l’offre de services complets minimum | Min. Santé | Min. de l’économie et des finances, Min. de la fonction publique |
| Les PVVIH qui bénéficient de la prophylaxie IO passe de 5.921 à 9.559 en 2020 et 42.284 PVVIH ont bénéficié de traitements IO d’ici 2020 | | |
| Renforcement de la Prophylaxie IO | Min. Santé | CAMEG |
| Renforcement des capacités des prestataires de services (publics, privés et associatifs) | Min. Santé | OSC, Structures privées de santé |
| Traitement des cas d’IO |
| Renforcement des capacités des laboratoires | Min. Santé | Min. de l’économie et des finances |
| La proportion de PVVIH (enfants, adolescents, femmes enceintes/allaitante, adultes, populations clés, co infectes TBVIH) qui prennent les ARV augmente de 35% à au moins 81% en 2020 | | |
| Le nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous traitement ARV a augmenté de 48.607 en 2016 à 79.649 en 2020 | | |
| Approvisionnement en ARV | CAMEG | PNLS-IST  Min. de la santé |
| Renforcement du mécanisme d’enrôlement des patients | Min. de la santé | Plateforme des OSC |
| Renforcement des plateaux techniques et Ressources humaines des structures de prise en charge | Min. de l’économie et des finances, Min. de la fonction publique  Plateforme des OSC |
| Extension de la couverture géographique des structures de prise en charge globale des PVVIH | Plateforme des OSC |
| Mise en place du dispositif national pour la délégation de tâches |  |
| Renforcement du suivi des PVVIH par l’utilisation des nouvelles technologies de l’information et de la communication pour améliorer le continuum de soins | PNLS-IST | Min. de l’économie numérique, Min. des postes et télécommunication  Plateforme des OSC |
| 80% de PVVIH sous traitement ARV ont bénéficié de la recherche active de la tuberculose et 100% de tuberculeux bénéficient de dépistage actif du et d’une prise en charge thérapeutique des cas de coïnfection VIH/TB d’ici 2020 | | |
| Intensification du dépistage actif de la tuberculose chez les PVVIH | PNLS-IST | PNLT, Plateforme des OSC |
| Renforcement du dépistage du VIH chez les patients TB+ et Prise en charge thérapeutique des Co infecté TBVIH | PNLT | PNLS-IST, Plateforme des OSC |
| Intégration de la surveillance de la tuberculose dans les structures de prise en charge des PVVIH | PNLS-IST | PNLT |
| Renforcement du système d’orientation recourt pour les TBVIH | PNLS-IST | PNLT, Plateforme des OSC |
| 8 849 PVVIH (enfants, adolescents, femmes enceintes/allaitante, adultes, populations clés, co infectes TBVIH) ont bénéficié d’un dépistage actif et d’une prise en charge de l’hépatite B et C | | |
| Renforcement des capacités des laboratoires et des prestataires pour le dépistage actif et la prise en charge des hépatites B et C chez les PVVIH | Ministère Santé et de la Protection sociale | Min. de l’économie et des finances, |
| Mise en place d’un mécanisme d’exemption du paiement des soins pour le dépistage et la prise en charge de la coïnfection VIH – VHB. | Min. de l’économie et des finances, Ministère des Affaires sociales, Ministère de l’Action sociale |
| Mise en place d’un mécanisme de surveillance et prévention des hépatites B et C | Ministère de la santé et de la Protection sociale | Ministère del’Enseignement Supérieur et la recherche Professionnelle |
| 60 % des PVVIH (enfants, adolescents, femmes enceintes/allaitante, adultes, populations clés, co infectes TBVIH) sous ARV ont une charge virale indétectable | | |
| 79.649 PVVIH ont bénéficié suivis biologiques 71.684 ont bénéfice de la charge virale d’ici 2020 | | |
| Renforcement des capacités des techniciens de laboratoires et extension des laboratoires pour le suivi biologique des PVVIH | Min. de la santé | Min. de l’économie et des finances |
| Mise en place d’un mécanisme national de contrôle qualité et de suivi du réseau de laboratoire pour l’offre des services d’analyse médicales biologiques | CNR | Min. de la santé |
| Renforcement du dispositif d’approvisionnement et de distribution des intrants (réactifs et consommables) | CAMEG | PNLS-IST |
| 65.376 PVVIH sous ARV sont maintenus dans le système de soins 24 mois après leur mise sous traitement | | |
| Renforcement de l’éducation thérapeutique | PNLS-IST | Plateforme des OSC |
| Sensibilisation et formation des prestataires sur les questions relatives à la stigmatisation et la discrimination | PNLS-IST | Min. de la justice |
| Mobilisation et implication communautaire pour le soutien psychologique et social aux PVVIH |  |  |
| Effet 2.4 : 60% des PVVIH et des OEV bénéficient d’une prise en charge psychosociale et économique | | |
| 81720 PVVIH (d’adultes, adolescents et enfants) ont bénéficié d’une prise en charge psychologique et sociale | | |
| Mobilisation et implication communautaire pour le soutien psychologique et social aux PVVIH | PNLS-IST | Plateforme des OSC |
| Renforcement et définition de la Prise en charge psychologique et sociale avec un référentiel de connaissance de compétence et organisationnel pour les médiateurs et accompagnateurs | PNLS-IST | Plateforme des OSC |
| Vulgarisation de la loi portant protection des personnes en matière du VIH | PNLS-IST | Plateforme des OSC |
| Renforcement des activités de l’observatoire dans la prévention de la stigmatisation/discrimination et la prise en charge des victimes |  |  |
| Renforcement du dispositif de recherche des perdus de vue (Visite à domicile) | PNLS-IST | Plateforme des OSC |
| 60 467 PVVIH (d’adultes, adolescents et enfants infecté et affectés) ont bénéficié d’une prise en charge nutritionnelle | | |
| Renforcement des capacités des structures pour le dépistage et la prise en charge de la malnutrition | PNLS-IST | Plateforme des OSC |
| Renforcement du soutien et appui nutritionnelle aux PVVIH démunis et enfants vulnérable y compris les OEV dénutries. | PAM | SP/CNLS-IST, Plateforme des OSC |
| 15 727 OEV ont bénéficié des services de base essentiels | | |
| Renforcement des capacités des structures de PEC et des prestataires pour la prise en charge économique et alimentaire des OEV | Plateforme des OSC | SP/CNLS-IST, Min. e l’action sociale  Min. du développement à la base |
| Renforcement des capacités des familles d’accueil des OEV |
| Mobilisation communautaire pour la prise en charge des OEV |
| Accès des OEV aux services essentiels (éducation, soins médicaux, inscription au registre des naissances) |
| Développement de plaidoyers pour un environnement favorable à la PEC des OEV |
| Soutien juridique aux OEV et familles affectées | Plateforme des OSC | SP/CNLS-IST |

### *5.3. Axe 3 : Amélioration de gouvernance*

L’efficacité de la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2016 – 2020 repose sur la bonne gouvernance du Programme sida dans son ensemble par les différentes parties prenantes. Le relèvement des défis qui ont impacté l’atteinte des résultats dans le passé est déterminant, notamment dans la mobilisation des ressources domestiques, la capacité d’absorption des ressources mobilisées, la décentralisation de la gestion de la riposte au sida et la coordination de tous les intervenants à tous les niveaux.

Les acquis obtenus dans la production des données stratégiques, l’intégration de la riposte au sida dans les différents secteurs et le progrès observé sur beaucoup d’indicateurs seront soutenus par l’affirmation du leadership national et de la coordination de la riposte nationale à tous les niveaux, la gestion efficace des informations stratégiques par tous les acteurs de lutte, la gestion efficace et efficience des ressources mobilisées et la création d’un environnement sociopolitique et légal favorable à l’amélioration de l’accès de service de qualité.

###### La gouvernance de la réponse nationale au VIH et au sida est performante

|  | **Secteurs responsables** | **Ministères structures partenaires** |
| --- | --- | --- |
| Les organes de coordination aux niveaux central, décentralisé et sectoriel assurent efficacement le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH | | |
| 100% des organes de coordination (CNLS, SP/CNLS, 6 CRLS, 35 CPLS, CMLS) ont leurs capacités renforcées | | |
| Renforcement du cadre réglementaire en matière de la riposte contre le VIH pour la mise en œuvre de l’application du décret portant création du CNLS-IST. | CNLS-IST | Min. de la justice et santé |
| Renforcement des capacités de gestion des organes de coordination de la riposte nationale | SP/CNLS-IST | CNLS-IST  Plateforme des OSC |
| Renforcement de la coordination des structures décentralisées de lutte contre le VIH/sida (SP/CRLS ; SP/CPLS) | SP/CNLS-IST | Tous les Min. |
| Les parties prenantes participent à la réponse nationale au VIH et utilisent de façon optimale les ressources pour créer les services de qualité | | |
| Renforcement des capacités des parties prenante (Secteur public, privé et de la société civile) de la lutte contre le VIH (ressources humaines, formation en planification/gestion de projets, … ; fonctionnement) | SP/CNLS-IST | OSC, CMLS |
| Renforcement de la coordination des parties prenantes de la lutte contre le VIH | SP/CNLS-IST | OSC, CMLS |
| Développement de partenariats intra et intersectoriels | SP/CNLS-IST | OSC, CMLS, Secteur Privés |
| Elaboration et mise en œuvre des plans opérationnels multisectoriels régionaux et de districts découlant du plan stratégique national, | CRLS/CPLS | Tous les Min. |
| Elaboration et financement du Plan national d’assistance technique et financière | SP/CNLS-IST | Tous les Min. |
| Révision à mi-parcours du PSN 2016-2020 et élaboration du nouveau PSN post 2020 | SP/CNLS-IST | Tous les Min. |
| Tous les acteurs utilisent à temps réel l’information stratégique pour orienter la réponse au VIH | | |
| Les données de routine liées à la gestion du plan stratégique sont générées régulièrement à tous les niveaux | | |
| Renforcement des capacités des acteurs y compris de la société civile à tous les niveaux en suivi & évaluation | SP/CNLS-IST | Tous les Min. |
| Mise en place d’un mécanisme de suivi (plan et manuel de suivi-évaluation) | SP/CNLS-IST | Tous les Min. |
| Les données du système de surveillance et de recherche sont générées régulièrement à tous les niveaux | | |
| Renforcement du plan de surveillance et de recherche | SP/CNLS-IST | Min. de la santé |
| Renforcement des capacités des acteurs pour la surveillance et la recherche |
| Mise en œuvre des activités de surveillance et de recherche |
| Définition de profil épidémiologique de chaque région | SP/CNLS-IST | PNLS-IST  ONUSIDA  PTF |
| Les informations stratégiques sont disséminées régulièrement | | |
| Renforcement du mécanisme de dissémination des informations stratégiques | SP/CNLS-IST | Min. de la santé  PNLS-IST  ONUSIDA  PTF |
| Dissémination régulière de l’information stratégique | SP/CNLS-IST | Min. de la santé |
| Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN sont gérées de manière efficace et efficiente | | |
| Les ressources mobilisées sont allouées de façon efficace et efficiente avec obligation de rendre compte | | |
| Plaidoyer pour la mobilisation des ressources (présidence de la république, parlement, PTF etc.) | CNLS-IST | SP/CNLS-IST  ONUSIDA  Tous les Ministères,  PTF |
| Allocation des ressources internes et externes y compris l’assistance technique | SP/CNLS-IST | Min. des finances |
| Renforcement du mécanisme de gestion des ressources mobilisées et de l’obligation de rendre compte à tous les niveaux (outils de gestion, passation de marchés publics) | CNLS-IST | SP/CNLS-IST  Min. de l’Economie et des finances |
| Développement de mécanisme innovant de mobilisation des ressources domestiques dans le cadre de partenariat public-privé |
| Redynamisation du forum des partenaires | CNLS-IST | SP/CNLS-IST  Min. de la santé  PTF |
| Les prestataires et bénéficiaires des services disposent de ressources adéquates et gèrent selon les règles de la bonne gouvernance | | |
| Mise en place d’un mécanisme d’acheminement des ressources | SP/CNLS-IST | Min. Santé et Finances |
| Mise en place d’un dispositif de contrôle de l’utilisation effective des ressources |
| Le Forum des partenaires est opérationnel | | |
| Plaidoyer pour le respect du cadre unique d'intervention en matière de VIH au Togo | SP/CNLS-IST | Min. de la santé |
| Application des textes régissant l’organisation et le fonctionnement du forum | SP/CNLS-IST | Min. de la santé |
| Le Système de Gestion des Achats et Stockage intrants et médicaments est renforcé | | |
| Renforcement du mécanisme de quantification nationale des besoins en intrants et médicaments | CAMEG | PNLS-IST |
| Amélioration du système d’approvisionnement et de distribution à tous les niveaux | CAMEG | Plateforme des OSC, Min. commerce ; Economie et Finances ; Santé |
| Renforcement des capacités des structures (Ressources Humaines en gestion GAS, capacité de Stockage, …) | CAMEG | PNLS-IST |
| Mise en place d’une politique nationale de promotion et de distribution des préservatifs | SP/CNLS-IST | PNLS-IST ; Plateforme des OSC, UNFPA, DSF, CAMEG, Min. sectoriels, FHI, OCAL |
| L’environnement sociopolitique et légal est favorable à l’amélioration de l’accès de service de qualité pour les populations qui en ont véritablement besoin | | |
| L’accès aux soins et services de santé des minorités sexuelles, des groupes à haut risque et des populations nécessiteuses est assuré | | |
| Développement des plaidoyers auprès des leaders communautaires et coutumiers contre les pesanteurs socio-culturelles et traditionnelles sur les questions des droits et VBG et pour un environnement favorable à la PEC juridique des PVVIH et des populations clés | SP/CNLS-IST | Min. de la justice  Plateforme des OSC  Min. de l’Administration territoriale |
| Renforcement de l’application de la politique nationale de prévention, de prise en charge et protection des PVVIH et des populations clés | SP/CNLS-IST | Min. de la justice  Min. de la santé  Plateforme des OSC |
| Renforcement des capacités des structures identitaires et des organisations des PVVIH en leadership, plaidoyer, en services juridiques complémentaires … |
| Extension de capacités de l’observatoire nationale de droits humains dans toutes les régions | SP/CNLS-IST | Plateforme des OSC, Min. de la justice |
| Renforcement des capacités des magistrats, des avocats, des greffiers, des officiers de police judiciaire, des professionnels de la santé et des membres des OSC sur la loi portant protection des personnes en matière du VIH | Min. de la justice | Min. de la sécurité, Min. de la santé, Plateforme des OSC |

1. **Budget du PSN 2016-2020**

 6.1. Budget du plan stratégique de lutte contre le sida 2016-2020 (en Euro)

Le financement de la riposte nationale pour les cinq prochaines années s’élèvent **136 244 845 € soit 89 376 618 320 FCFA**

Tableau 8: Budget du PSN 2016-2020

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2 016** | **2 017** | **2 018** | **2 019** | **2 020** | **2016-2020** |
| **Impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% dans la population générale d'ici 2010** | **6 501 897** | **6 893 175** | **7 183 587** | **7 558 756** | **8 012 596** | **36 150 011** |
| **Populations prioritaires** |  |  |  |  |  |  |
| Interventions centrées sur les jeunes | 1 393 947 | 1 433 536 | 1 474 249 | 1 516 117 | 1 559 175 | 7 377 024 |
| Travailleuses de l'industrie du sexe et clients | 664 802 | 756 573 | 842 732 | 946 223 | 1 073 932 | 4 284 262 |
| Usagers de drogues injectables | 83 337 | 82 701 | 90 250 | 92 788 | 95 434 | 444 510 |
| Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes | 356 703 | 472 512 | 597 674 | 732 906 | 904 303 | 3 064 098 |
| Mobilisation de la communauté | 539 971 | 554 683 | 569 582 | 584 591 | 599 698 | 2 848 525 |
| Détenus | 15 369 | 16 222 | 16 741 | 17 427 | 18 113 | 83 872 |
| Hommes et femmes en uniforme | 87 666 | 106 312 | 124 958 | 143 604 | 162 250 | 624 790 |
| Routiers | 298 135 | 365 570 | 433 005 | 500 440 | 567 876 | 2 165 026 |
| Réfugiés et populations hôtes | 200 785 | 200 785 | 200 785 | 200 785 | 200 785 | 1 003 925 |
| Fourniture de préservatifs | 473 794 | 486 902 | 501 328 | 515 563 | 530 206 | 2 507 793 |
| PTME | 2 070 071 | 2 093 022 | 2 000 861 | 1 969 788 | 1 955 164 | 10 088 906 |
| Sécurité du sang | 310 311 | 316 767 | 323 248 | 329 766 | 336 318 | 1 616 410 |
| Prophylaxie post exposition | 7 006 | 7 590 | 8 174 | 8 758 | 9 342 | 40 870 |
| **Impact 2 : La survie des PVVIH est améliorée d'ici 2020** | **11 339 534** | **13 870 869** | **16 520 505** | **18 036 767** | **20 530 899** | **80 298 574** |
| Thérapie ARV | 7 895 788 | 9 539 979 | 10 749 549 | 11 856 465 | 12 865 590 | 52 907 371 |
| Traitement et prophylaxie des IO | 215 042 | 259 102 | 265 872 | 272 065 | 278 442 | 1 290 523 |
| Examen diagnostique (incluant test VIH chez les tuberculeux) | 1 665 260 | 2 859 104 | 3 722 528 | 4 588 128 | 5 456 215 | 18 291 235 |
| Prise en charge psychosociale | 136 900 | 165 792 | 166 743 | 167 693 | 168 644 | 805 772 |
| Soins à domicile et éducation thérapeutique | 345 754 | 345 754 | 345 754 | 345 754 | 345 754 | 1 728 770 |
| Formation aux soins ARV | 453 296 | - | 513 885 | - | 563 815 | 1 530 996 |
| Soutien nutritionnel | 348 646 | 422 226 | 476 409 | 526 028 | 571 296 | 2 344 605 |
| Soins des orphelins | 278 848 | 278 912 | 279 765 | 280 634 | 281 143 | 1 399 302 |
| **Impact 3 : La gouvernance de la réponse nationale au VIH et au sida est harmonieuse et performante** | **3 033 043** | **3 529 888** | **4 029 696** | **4 351 239** | **4 852 394** | **19 796 260** |
| **Total Euro** | **20 874 474** | **24 293 932** | **27 733 788** | **29 946 762** | **33 395 889** | **136 244 845** |

6.2 Analyse du budget

La répartition du budget montre que les financements pour la prise en charge des PVVIH repentent près de 59% du budget suivis par les financements dans la prévention de 26.5%, contre 14.5% pour la gouvernance (Tab).

Tableau 9 : Résumé du budget par axe stratégique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Résumé du budget par axe stratégique** | **TOTAL en €** | **FCFA** | **%** |
| **Axe stratégique 1 : Réduction de nouvelles infections à VIH** | 36 150 011 | 23 714 407 216 | 26,5% |
| **Axe stratégique 2 : Renforcement de la prise en charge globale** | 80 298 574 | 52 675 865 200 | 58,9% |
| **Axe stratégique 3 : Amélioration de la gouvernance** | 19 796 260 | 12 986 372 144 | 14,5% |
| **Total en Euros** | **136 244 845** | **89 376 618 320** | **100%** |

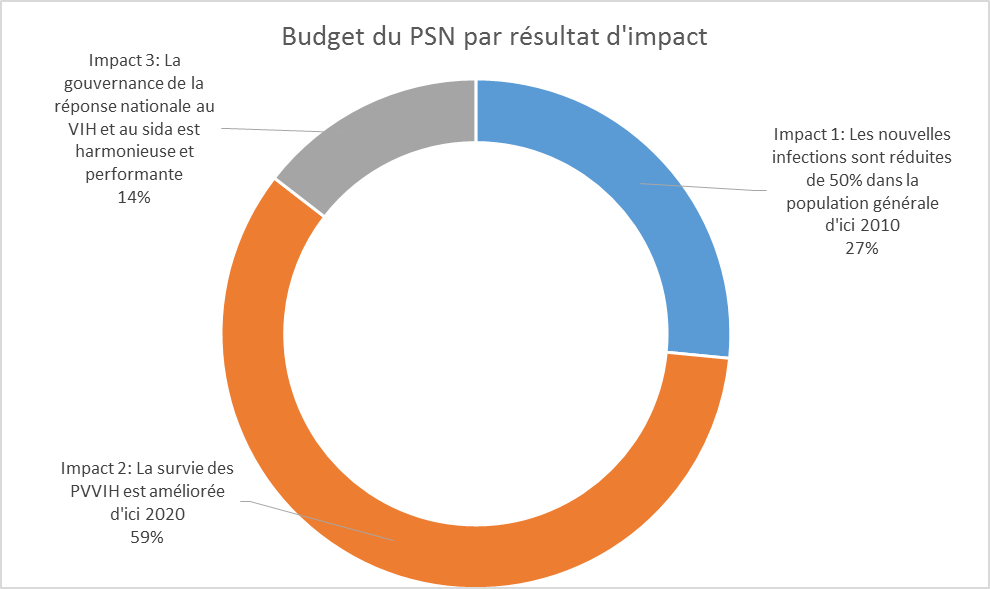


Figure 4 : Répartition des financements selon axes stratégiques

Dans le domaine de la prévention, l’offre des services de PTME est le premier poste de budget avec 28% des financements (ce budget ne prend pas en compte le budget des médicaments ARV et de PCR (qui sont inclus dans l’axe de la prise en charge globale). Ce niveau de financement témoigne de l’importance accordée à l’élimination de la transmission du VIH de la mère à l’enfant qui est à la portée du Togo en 2020 si les investissements sont conséquents. En dehors de la PTME, les services de préventions chez les populations clés (22%) et les services chez les jeunes (20%) constituent les autres principaux postes budgétaires et sont le reflet des priorités retenues dans le PSN (Fig 4)

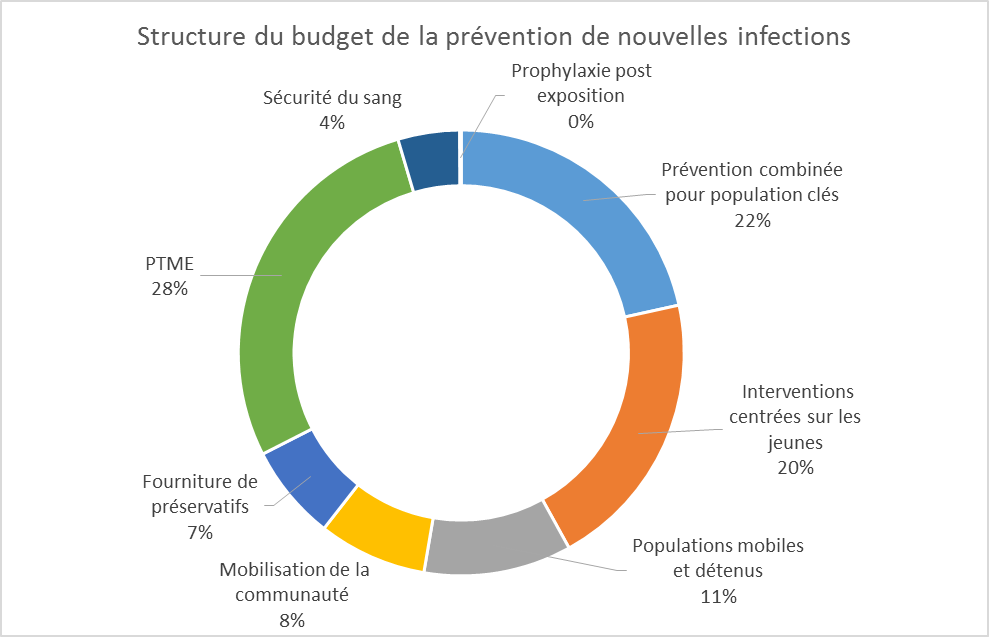


Figure 5 : Répartition des financements selon interventions dans le domaine de la prévention

En matière de soins et traitement (axe 2), les financements pour l’achat des médicaments ARV (60%) constituent le principal poste budgétaire témoignant de l’augmentation importante du nombre des PVVIH à mettre sous ARV en 5 ans (passage du taux de couverture thérapeutique de 35% en 2015 à 81% en 2020). Le second poste budgétaire est le suivi biologique avec 23% reflet de la prise en compte de suivi des PVVIH par la charge virale (passage de 2% en 2014 à 60% en 2020.

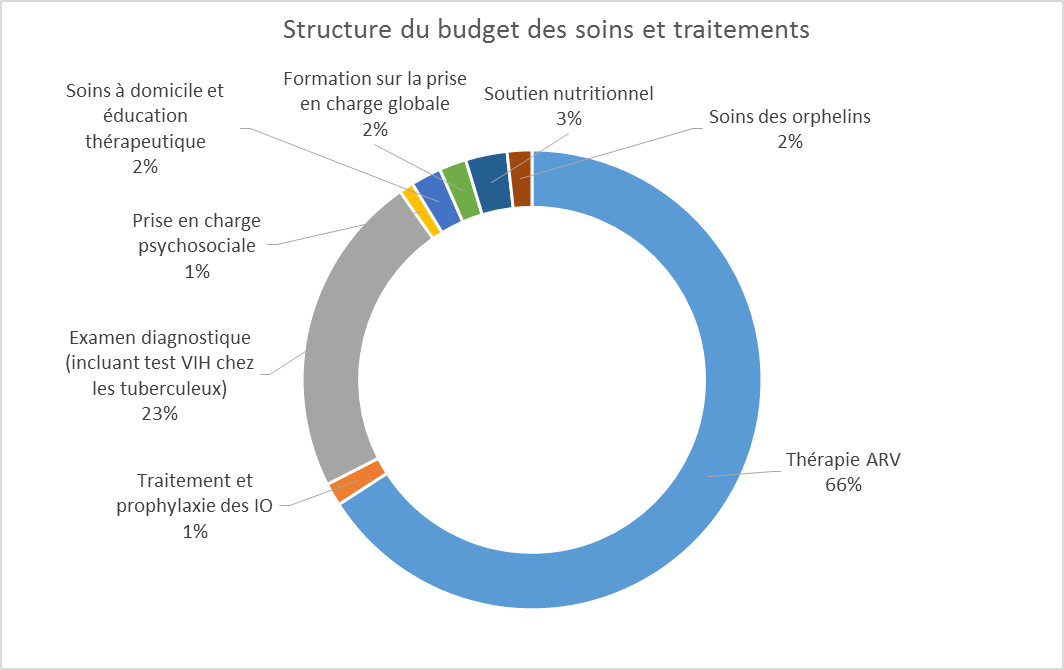


Figure 6 : Répartition des financements en fonction des interventions dans l’axe de la prise en charge globale

Le financement de la gouvernance se répartit majoritairement sur trois postes : renforcement de la gestion de programme (29%), le suivi-évaluation (29%), le renforcement du système de gestion et approvisionnement de stock (12%).

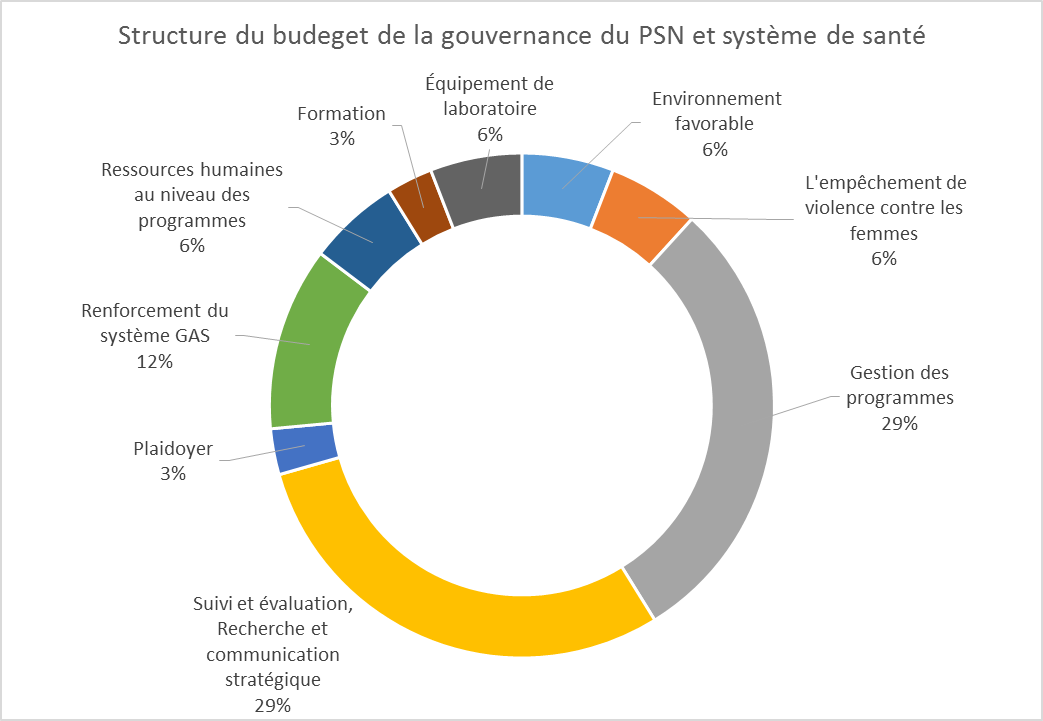


Figure 7 : Répartition des financements en fonction des interventions dans l’axe gouvernance

**6.3. Analyses des Gaps financiers (tableau 10)**

Sur le total du budget de 136.244 845 euro, les ressources disponibles sont estimées à 52 954 562 euro soit un gap financier de 60.9%. Pour des raisons du terme des stratégies nationales (SCAPE 2013-2017) et de document de partenariat avec le système de nations unies (UNDAF), du financement du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA,(cycle de trois 2015-2017), il est difficile d’avoir la prévisibilité des financements des différents partenaires techniques et financiers de 2018 à 2020.

Ainsi en 2016 et 2017, le gap financier est respectivement estimé à 3% et 10.6%. Ce gap financier remonte à 89% à partir de 2018.

Des efforts pour augmenter la mobilisation de ressources domestiques (gouvernement, collectivités locales, privés) d’une part, et la mobilisation des ressources additionnelles dans le prochain cycle de financement du Fonds Mondial entre 2018 et 2021 d’autre part, permettront de réduire significativement ces gaps au cours des trois dernières années de la mise en œuvre du PSN.

Figure 8 : Evolution des Gaps financiers du PSN en fonction des années

Tableau 10 : Analyse des gaps financiers

|  | **2 016** | **2 017** | **2 018** | **2 019** | **2 020** | **Total en Euro** | **Total en FCFA** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BUDGET PSN** | **20 8740 474** | **23 976 288** | **27 733 788** | **29 946 762** | **33 061 224** | **136 244 845** | **89 376 618 320** |
| **Sources internes** | | | | | | |  |
| Etat | 3 572 186 | 3 586 784 | 3 811 225 | 3 811 225 | 3 811 225 | **18 592 646** |  |
| **Total des ressources internes** | **3 572 186** | **3 586 784** | **3 811 225** | **3 811 225** | **3 811 225** | **18 592 646** |  |
| **Sources externes** | | | | | | |  |
| **Bilatéraux** | | | | | | |  |
| Gouvernement Français | 243 697 | 243 683 |  |  |  | **487 380** |  |
| Gouvernement Allemand | 52 520 | 52 520 |  |  |  | **105 040** |  |
| Gouvernement Américain | 260 290 | 205 492 |  |  |  | **465 782** |  |
| **Total Bilatéraux** | **556 507** | **501 695** |  |  |  | **1 058 202** |  |
| **Multilatéraux** | | | | | | |  |
| Fonds Mondial NC | 14 569 263 | 16 373 529 |  |  |  | **30 942 792** |  |
| ONUSIDA | 105 190 | 105 190 |  |  |  | **210 380** |  |
| UNICEF | 304 898 | 304 898 | 192000 |  |  | **609 796** |  |
| PNUD | 361 304 | 361 304 | 83 333 |  |  | **805 942** |  |
| UNPFA | 152 449 | 152 449 |  |  |  | **304 898** |  |
| BAD | 304 898 |  |  |  |  | **304 898** |  |
| OMS | 54 882 | 54 882 |  |  |  | **109 763** |  |
| UNION | 15 245 |  |  |  |  | **15 245** |  |
| **Total Multilatéraux** | **15 868 129** | **17 352 252** | **275333** |  |  | **33 303 714** |  |
| **Total des ressources externes** | **16 424 636** | **17 853 947** | **275333** |  |  | **34 361 916** |  |
| **Total des ressources** | **19 996 822** | **21 440 731** | **4 086 558** | **3 811 225** | **3 811 225** | **53 146 562** | **34 864144672** |
| **GAP PSN** | **877 652** | **2 853 201** | **23 647 230** | **26 135 537** | **29 584 664** | **83 098 283** | **54 638 425 648** |
| **Gap PSN (%)** | **4.27** | **11.9** | **85.27** | **88.23** | **89.23** | **60.99** |  |

1. **Cadre de mise en œuvre du PSN**

Le cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre du PSN 2016-2020 proposé repose sur les faiblesses et contraintes identifiées dans l’analyse de la réponse notamment l’insuffisance des ressources humaines, la faible mobilisation des ressources, la faible fonctionnalité de certains organes de coordination…

## Cadre institutionnel

### Le Conseil National de Lutte contre le Sida et ses organes décentralisés

La lutte contre le sida au Togo étant menée dans une approche multisectorielle, un organe de coordination dénommé ***Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST)***, a été mis en place par décret n° 2001-173/PR du 11 octobre 2001 modifié par le décret n° 2004-054/PR du 28 janvier 2004.

Il dispose en son sein de commissions et de groupes de travail chargés d’éclairer par leurs avis et propositions les prises de décisions du CNLS-IST.

Durant la période de mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2016-2020, les réunions régulières du CNLS-IST constitueront le cadre formel de suivi des interventions prévues en vue de s’assurer de l’atteinte des objectifs liés à l’accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d’appui.

**Au niveau décentralisé**, le Comité Régional de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CRLS-IST) d’une part, et le Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CPLS-IST) d’autre part, seront chargés de coordonner la mise en œuvre du Plan Stratégique National.

### Le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (SP/CNLS-IST)

#### Niveau Central

Le SP/CNLS-IST coordonne la mise en œuvre de la politique nationale de la lutte contre le sida et exécute les décisions prises par le CNLS-IST en la matière. A ce titre, il est chargé de :

* s’assurer de l’alignement de toutes les parties prenantes sur les interventions retenues dans la réponse nationale conformément aux trois principes (three one)
* Mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre effective du PSN
* Assurer une meilleure coordination de toutes les parties prenantes pour plus d’efficacité et pour un meilleur impact
* Générer l’information stratégique pour orienter et adapter la réponse conformément aux principes directeurs dudit plan
* Rendre compte à toutes les parties prenantes (session du CNLS, forum, revue annuelle) de l’évolution de la mise en œuvre du PSN
* Contribuer avec les parties prenantes à lever les principaux goulots d’étranglements pour accélérer la mise en œuvre des interventions.

#### Niveaux Régional et Préfectoral

Le SP/CNLS-IST sera représenté au niveau de chaque région par un secrétariat permanent du Comité Régional de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (SP/CRLS-IST) d’une part, et un secrétariat permanent du Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (SP/CPLS-IST) d’autre part.

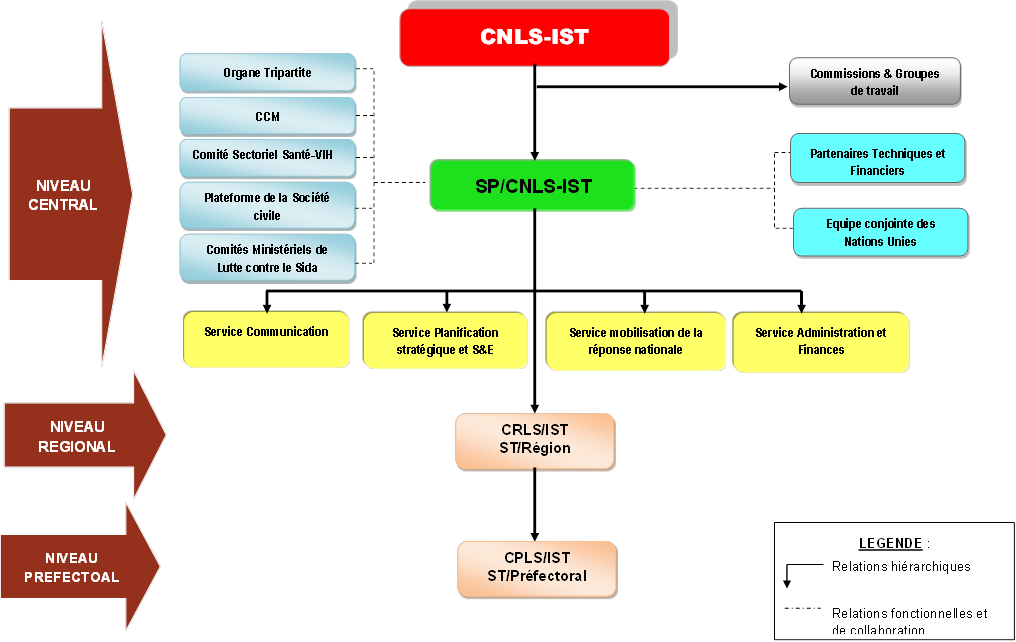


Figure : Cadre institutionnel du CNLS

Figure 9 : Cadre institutionnel du CNL

### Coordination des partenaires au développement

#### Le Forum des Partenaires

Le Forum des Partenaires sur le VIH est un organe de concertation entre le Gouvernement, les Partenaires techniques et financiers (multilatéraux, bilatéraux, ONG internationales…), la société civile et le secteur privé en vue de faciliter la réalisation des objectifs du PSN. Il rend compte au Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST). Il est présidé par le Coordonnateur National du SP/CNLS-IST avec comme Vice-président le Coordonnateur Pays ONUSIDA.

#### Equipe conjointe des Nations Unies

La coordination de la lutte contre le VIH au sein du système des Nations Unies se fait à travers l’équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH et le sida. L’équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH est subdivisée en deux : (i) l’Equipe de Pays, entité décisionnelle, où siègent les Chefs d’agences sous la coordination du Coordonnateur Résident ; et (ii) l’Equipe Conjointe, bras technique, où siègent les chargés de programmes des agences co-sponsors ou toute autre personne ressource sous la coordination du Coordonnateur Pays ONUSIDA.

Les missions assignées à l’Equipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH et le sida sont :

* apporter un soutien au SP/CNLS-IST pour la mise en place d’une réponse nationale multisectorielle et efficacement coordonnée ;
* apporter une assistance technique et financière à la réponse nationale selon les avantages comparatifs des co-sponsors
* renforcer les capacités de leadership et d’engagement politique des membres du CNLS-IST au plus haut niveau.

#### Le CCM Togo

Le CCM Togo, organisme de coordination nationale des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, a pour missions entre autres de : i) coordonner l’élaboration des propositions à soumettre pour financement au Fonds Mondial ; ii) suivre la mise en œuvre des projets financés par tous les moyens de vérification appropriés ; iii) assurer le lien et la cohérence entre les interventions subventionnées par le Fonds Mondial et les programmes nationaux de développement.

Le Coordonnateur National du Secrétariat Permanent du CNLS-IST en sa qualité de membre de droit du CCM Togo, devra s’assurer de la prise en compte des priorités telles que décrites dans le PSN en vue de la mobilisation des ressources auprès du Fonds Mondial.

### Structures sectorielles de coordination

#### Le Comité Santé et VIH

Organe de coordination du secteur de la santé, présidé par le ministre de la santé au sein duquel se retrouve les organes techniques impliqués dans la lutte contre le SIDA (SP/CNLS, PNLS) et les partenaires techniques et financiers du secteur, ce comité contribue à mieux compte tous les aspects transversaux des interventions de santé. Il coordonne aussi la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire (PNDS). L’

#### La coordination du secteur privé

Elle sera assurée par la Coordination Tripartite du monde du travail. Ses principales attributions seront :

* planifier et coordonner les activités de lutte contre le VIH, le sida et les IST dans le secteur privé ;
* participer à la diffusion et à la mise en œuvre des orientations nationales en matière de lutte contre le VIH, le sida et les IST ;
* faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès de ses partenaires y compris des entreprises ;
* mobiliser et gérer les ressources mises à sa disposition ;
* impliquer davantage les responsables des entreprises dans la lutte contre le VIH, le sida et les IST.

Elle jouera le rôle d’interface entre les entreprises et le SP/CNLS-IST.

#### La coordination des ONG/Associations

La Plate-forme des Organisations de la Société Civile (PF-OSC/VIH) est l’organe de coordination des actions des ONG et Associations intervenant dans le domaine du VIH et du sida. C’est un cadre de concertation, de plaidoyer, de mobilisation et de répartition de ressources. Il assurera le renforcement des capacités, la modélisation et le professionnalisme des OSC.

Au niveau décentralisé, les relais de la Plate-forme nationale assureront la coordination de la mise en œuvre opérationnelle au niveau des régions et préfectures.

## Stratégies de mise en œuvre du PSN 2016-2020

La mise en œuvre efficiente du PSN dépendra du degré d’implication de tous les secteurs (public santé, public non santé, privé et société civile) avec l’appui de tous les partenaires (bilatéraux, multilatéraux, Organisations Internationales,…) dans une approche multisectorielle et pluridisciplinaire.

Cette multisectorialité devra se refléter à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) avec un renforcement des capacités du cadre institutionnel et organisationnel pour une coordination nationale efficace. Il convient de noter la nécessité d’une interrelation entre les différents organes basée sur le respect de la hiérarchie et la fonctionnalité entre les diverses structures pour une meilleure planification, une mise en œuvre efficace et un suivi et évaluation.

L’opérationnalisation du présent PSN devra sa réussite aux divers cadres de concertation et d’échanges qui seront mis en place afin d’assurer un meilleur leadership, un bon alignement et une harmonisation des interventions de la riposte nationale.

## Planification opérationnelle et sectorielle

La planification opérationnelle globale de toutes les interventions de la riposte nationale découlera du présent PSN qui sert de document de référence national. Ce Plan Opérationnel National Multisectoriel (PONM) sera élaboré sous le leadership du SP/CNLS avec les parties prenantes pour la mise en œuvre du PSN. Il précisera les activités à mener pour l’atteinte des résultats, les parties prenantes responsables de la mise en œuvre, les coûts, le chronogramme de ces activités.

Dans le cadre de la décentralisation des activités, la mise en œuvre de ce plan sera traduite au niveau de chaque région et préfecture par la tenue d’un atelier de dissémination du PSN et du PONM.

## 

## Cadre organisationnel et suivi-évaluation du PSN 2016-2020

## Synthèse du cadre de performance du PSN 2016 – 2020

Tableau 11 : Synthèse du cadre de performance du PSN 2016 – 2020 (tous les indicateurs de performance sont dans l’annexe)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Baseline | | | **Performance** | | | | |
| **RESULTATS** | **INDICATEURS** | Valeur | Année | Source | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| AXE 1 : Amplification de la réduction des nouvelles infections | | | | | | | | | |
| **Impact 1 :** Les nouvelles infections sont réduites dans la population générale de 50% d’ici 2015 | Incidence du VIH chez les enfants (0-14 ans) et les adultes (15 ans et plus) | 4 100 | 2014 | SPECTRUM | 3 690 | 3 280 | 2 870 | 2 460 | 2050 |
| Prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans | 2,5% | 2014 | EDST III | 2,4% | 2,3% | 2,2% | 2,1% | 1.5% |
| Pourcentage d’enfants nés de mères séropositives qui sont séro positifs à 18 mois | 14,2% | 2010 | PNLS | 11,7% | 9,3% | 6,9% | 4,4% | 2% |
| **AXE 2 : Accélération de la prise en charge globales des PVVIH** | | | | | | | | | |
| **Impact 2 :** La survie des personnes (adultes, adolescents et enfants) infectées et affectées par le VIH est améliorée | Pourcentage de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV dont on sait qu’ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement | 86% | 2014 | Rapport GARP | 89,5% | 91,2% | 93,2% | 95,6% | 98% |
| **AXE 3**: **Amélioration de la gouvernance** | | | | | | | | | |
| **Impact axe 3** : La gouvernance de la réponse nationale au VIH et au sida est harmonieuse et performante | Le score de l’Indice Composite des Politiques Nationales est passé de 60 % à 90 % en 2015 | 60% | 2009 | SP/CNLS | 66% | 72% | 78% | 84% | 90% |
| Montant des dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement | 9 958 902 695 | 2014 | REDES | 12 367 122 156 | 14 775 341 617 | 17 183 561 078 | 19 591 780 539 | 22 000 000 000 |

## Le Cadre Institutionnel du Système National de Suivi et Evaluation

Le cadre institutionnel du système national de suivi et évaluation axé sur les résultats s’inscrit dans la mise en œuvre des *Trois Principes Directeurs* (Three One’s), garantissant une bonne harmonisation et une coordination efficace de la réponse nationale au VIH. Calqué sur le système d’information sanitaire (SIS) national, on y distingue quatre niveaux (central, régional, district et communautaire) de mise en œuvre.

### Au niveau central

***Organe de coordination***

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.

Cet organe est appuyé par le Groupe de Référence sur le Suivi et l’Evaluation composé des chargés de suivi et évaluation provenant de ces structures centrales.

***Organes d’exécution***

Les organes d’exécution sont les services centraux techniques des différents secteurs et des ONG nationales et internationales.

### Au niveau régional

***Organes décentralisés de coordination***

* Les unités de Suivi et d’Evaluation des structures techniques décentralisées du SP/CNLS-IST au niveau régional ;
* Les unités de suivi évaluation des sections régionales des secteurs impliqués ;
* Le Groupe de Référence sur le Suivi et l’Evaluation (GRSE) de la région.

***Organes d’exécution***

* Les différents secteurs, partenaires et associations présents au niveau de la région ;
* les ONG et Associations au niveau régional.

### Au niveau préfectoral

***Organes décentralisés de coordination***

* Les unités de Suivi et d’Evaluation des structures techniques décentralisées du SP/CNLS (CPLS) ;
* Les unités de suivi évaluation des sections préfectorales des secteurs impliqués ;
* Le Groupe de Référence sur le Suivi et l’Evaluation (GRSE) de la préfecture.

***Organes d’exécution***

* Les différents secteurs, partenaires et associations présents au niveau de la préfecture ;
* les ONG et Associations au niveau de la préfecture ;
* les structures (publiques, privées, confessionnelles, ONG/Associations…) de mise en œuvre des activités.

### Au niveau communautaire / village

Les organes d’exécution sont les agences d’exécution des activités, prestataires de soins et services.

La stratégie de gestion, adoptée par le Togo, mettra l’accent sur le suivi du progrès vers la réalisation des résultats escomptés, l’amélioration de la performance, l’intégration des enseignements tirés dans les décisions de gestion et l’information au sujet de la performance.

A cet effet, les mécanismes suivants seront développés : le suivi, l’évaluation et la recherche.

### Le suivi

Le mécanisme du suivi permettra au système national de suivi et évaluation de recueillir systématiquement de l’information afin de suivre les changements depuis la situation de référence jusqu’à l’effet recherché lors de la mise en œuvre du PSN. Ce suivi se fera à travers la collecte des données de routine, les enquêtes et surveillances.

### L’évaluation et la recherche

Dans la mise en œuvre, le SP/CNLS doit actualiser le plan national de recherche opérationnelle afin d’avoir un consensus sur les principaux axes et sujets de recherche et le chronogramme de sa mise en œuvre afin de disposer des informations stratégiques pour l’évaluation et la mesure des indicateurs d’impacts du PSN. Cette évaluation permettra d’orienter les interventions pour une réponse harmonieuse et efficace.

Figure : Fluxogramme des données/informations

**Ministère Santé ; Autres Ministères ; Secteur Privé ; Société Civile**

**Démembrements Régionaux**

**Ministère Santé ; Autres Ministères ; Secteur Privé ; Société Civile**

**Démembrements Préfectoraux**

**Ministère Santé ; Autres Ministères ;**

**Secteur Privé ; Société Civile**

**NIVEAU 1**

**(Communautés**

**(Villages/quartiers)**

**CNLS-IST**

NIVEAU  
CENTRAL

NIVEAU 3  
(Région)

NIVEAU 2  
(Préfecture/district)

**COORDINATION**

**LEGENDES**

Transmission

Retro-information

**EXECUTION**

Source : SP/CNLS ; plan national de Suivi-Evaluation

Annexes

### Annexe 1 : Cadre des performances du PSN 2016 – 2020

|  | | Baseline | | | Performance | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RESULTATS | INDICATEURS | Valeur | Année | Source | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| **AXE 1**: AMPLICATION DE LA REDUCTION DES NOUVELLES INFECTIONS | | | | | | | | | |
| **Impact 1 :** Les nouvelles infections sont réduites dans la population générale de 50% d’ici 2020 | Incidence du VIH chez les enfants (0-14 ans) et les adultes (15 ans et plus) | 4 100 | 2014 | SPECTRUM | 3 690 | 3 280 | 2 870 | 2 460 | 2050 |
| Prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans | 2,5% | 2014 | EDST III | 2,4% | 2,3% | 2,2% | 2,1% | 2% |
| Pourcentage d’enfants nés de mères séropositives qui sont séro positifs à 18 mois | 14,2% | 2014 | PNLS | 11,7% | 9,3% | 6,9% | 4,4% | 2% |
| **Effet 1.1. :** 90 % des populations clés adoptent des comportements à moindre risque au VIH | Pourcentage de PS déclarant avoir utilisé le préservatif avec leurs derniers clients | 89,1% | 2015 | ESSG PS 2015 | 89,3% | 89,5% | 89,6% | 89,8% | 90% |
| Pourcentage de PS ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat | 71,6% | 2015 | ESSG PS 2015 | 75,3% | 79,0% | 82,6% | 86,3% | 90% |
| Pourcentage de PS possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus | 47,4% | 2015 | ESSG PS 2015 | 55,9% | 64,4% | 73,0% | 81,5% | 90% |
| Pourcentage de HSH déclarant avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin | 68,5% | 2015 | ESSG HSH 2015 | 72,8% | 77,1% | 81,4% | 85,7% | 90% |
| Pourcentage de HSH ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat | 66,3% | 2015 | ESSG HSH 2015 | 71,0% | 75,8% | 80,5% | 85,3% | 90% |
| Pourcentage de HSH possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus | 8,7% | 2015 | ESSG HSH 2015 | 25,0% | 41,2% | 57,5% | 73,7% | 90% |
| Pourcentage de la population en milieu carcéral qui identifie correctement les 3 modes de prévention | 16,9% | 2012 | ESSG Détenus | 31,5% | 46,1% | 60,8% | 75,4% | 90% |
| Pourcentage de la population en milieu carcéral ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat | 28,0% | 2012 | ESSG Détenus | 40,4% | 52,8% | 65,2% | 77,6% | 90% |
|  | Pourcentage d’usagers de drogues déclarant avoir utilisé les seringues à usage unique | 24,2% | 2015 | Enquête CAP UDI | 37,4% | 50,5% | 63,7% | 76,8% | 90% |
| Pourcentage d’usagers de drogues déclarant avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel | 56,1% | 2015 | Enquête CAP UDI | 62,9% | 69,7% | 76,4% | 83,2% | 90% |
| **Effet 1.2.** 80 % des hommes et femmes en uniforme adoptent des comportements à moindre risque au VIH | Pourcentage d’hommes et femmes en uniforme déclarant avoir utilisé le préservatif avec leurs derniers partenaires occasionnels/réguliers | 80,0% |  |  | 82,0% | 84,0% | 86,0% | 88,0% | 90% |
| Pourcentage d’hommes et femmes en uniforme ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat | ND |  |  | 30,0% | 45,0% | 60,0% | 75,0% | 90% |
| Pourcentage d’ hommes et femmes en uniforme possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus | ND |  |  | 30,0% | 45,0% | 60,0% | 75,0% | 90% |
| **Effet 1. 3.** 90 % des jeunes de 10-14 ans et 15 à 24 ans adoptent des comportements à moindre risque au VIH | Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat | 24,0% | 2014 | EDST III | 37,2% | 50,4% | 63,6% | 76,8% | 90% |
| Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui connaissent les modes de transmission, les principaux moyens de prévention du VIH et qui rejettent les idées fausses sur la transmission du VIH | 23,4% | 2014 | EDST III | 36,7% | 50,0% | 63,4% | 76,7% | 90% |
| Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans déclarant avoir utilisé le préservatif avec leurs partenaires | 49,6% | 2014 | EDST III | 57,7% | 65,8% | 73,8% | 81,9% | 90% |
| Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l’âge de 15 ans | 10,0% | 2014 | EDST III | 8,2% | 6,4% | 4,6% | 2,8% | 1% |
| **Effet 1.4.** 33% de la population générale connaissent leur statut sérologique d’ici 2020 | Pourcentage de Personne ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat | 15%  (16% femmes  12% hommes | 2014 | EDST III | 20% | 23% | 26% | 30% | 33% |
| **Effet 1.5 :** 90 % des femmes 15-49 ans adoptent des comportements à moindre risque au VIH | Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant eu plus d’un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel | 55,0% | 2014 | EDST III | 60,0% | 65,0% | 70,0% | 75,0% | 90% |
| Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat | 16,0% | 2014 | EDST III | 28,8% | 41,6% | 54,4% | 67,2% | 90% |
| Pourcentage de femmes de 15-49 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus | 20,0% | 2014 | EDST III | 32,0% | 44,0% | 56,0% | 68,0% | 90% |
| **Effet 1.6 :** 90 % des femmes en âge de procréer séropositives adoptent une méthode de planification de leur choix en particulier la double protection | Pourcentage de femmes en âge de procréer séropositives adoptant une méthode de planification de son choix en particulier la double protection | ND |  |  | 30,0% | 42,5% | 55,0% | 67,5% | 90% |
| **Effet 1.7 :** La proportion de femmes enceintes séropositives qui adoptent le protocole de réduction de la transmission du VIH de la mère à l’enfant augmentera de 87 % à 98 % | Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l’on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant | 87,4% | 2014 | Rapport GARP | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Pourcentage de nouveau-nés nés de femmes enceintes séropositives à qui l’on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant | 52,0% | 2014 | Rapport GARP | 60,6% | 69,2% | 77,8% | 86,4% | 98% |
| **Effet 1.8 :** 90 % des couples mère/enfants issus du protocole PTME vont en consultations postnatales au cours des 18 mois suivant l’accouchement | Proportion d’enfants nés de mères séropositives testés au VIH à 18 mois qui sont séro positifs | 21,8% | 2014 | Rapport GARP | 35,4% | 49,1% | 62,7% | 76,4% | 90% |
| **Effet 1.9 :** La sécurité transfusionnelle est assurée à 100% d’ici 2015 | Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH | 92,5% | 2014 | CNTS | 93,4% | 94,3% | 95,2% | 96,1% | 100% |
| **AXE 2 :** ACCELERATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE | | | | | | | | | |
| **Impact 2 :** La survie des personnes (adultes, adolescents et enfants) infectées et affectées par le VIH est améliorée | Pourcentage de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV dont on sait qu’ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement | 86% | 2014 | Rapport GARP | 89,5% | 91,2% | 93,2% | 95,6% | 98% |
| **Effet 2.1 :** La proportion des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) qui optent pour le suivi en soins chroniques passe de 43 % à 91 % | Pourcentage de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) qui bénéficient de soins et de soutien psychosocial | 35% | 2014 | SP/CNLS | 44,0% | 53,0% | 62,0% | 71,0% | 80% |
| **Effet 2.2 :** La proportion de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) éligibles qui prennent les ARV augmente de 35 à 81% | Pourcentage de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous antirétroviraux | 32,98% | 2014 | Rapport GARP | 44% | 55% | 63% | 72% | 81% |
| Pourcentage de tuberculeux dépistés séropositifs au VIH recevant concomitamment le traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH | 527 | 2014 | Rapport GARP | 96,0% | 96,6% | 97,2% | 97,8% | 98,4% |
| **Effet 2.3 :** 60 % des PVVIH (enfants, adolescents, femmes enceintes/allaitante, adultes, populations clés, co infectes TBVIH) sous ARV ont une charge virale indétectable | Pourcentage des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du traitement | ND |  |  | 30,0% | 37,5% | 45,0% | 52,5% | 60% |
| **Effet 2.4 :** 60% des PVVIH et d’OEV bénéficient d’un soutien psychosocial et nutritionnel d’un soutien psychosocial, nutritionnel | Taux de malnutrition chez les PVVIH sous ARV | 14% | 2013 | PNLS |  | 12% |  |  | 8% |
| Taux de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans | 76,00% | 2010 | MICS4 | 76,8% | 77,6% | 78,4% | 79,2% | 80% |
| Taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins par rapport aux enfants non orphelins | 90,00% | 2010 | MICS4 | 91,0% | 92,0% | 93,0% | 94,0% | 95% |
| **AXE 3**: AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE ET GESTION DE LA REPONSE | | | | | | | | | |
| **Impact axe 3** : La gouvernance de la réponse nationale au VIH et au sida est harmonieuse et performante | Le score de l’Indice Composite des Politiques Nationales est passé de 60 % à 90 % en 2015 | 60% | 2009 | SP/CNLS | 66% | 72% | 78% | 84% | 90% |
| Montant des dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement | 9 958 902 695 | 2014 | REDES | 12 367 122 156 | 14 775 341 617 | 17 183 561 078 | 19 591 780 539 | 22 000 000 000 |
| **Effet 3.1 :** Les organes de coordination aux niveaux central, décentralisé et sectoriel assurent efficacement le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH | Nombre de structures de coordination dont les capacités en ressources humaines répondent aux besoins | 5 | 2015 | SP/CNLS | 9 | 17 | 25 | 33 | 41 |
| Nombre de rencontres annuelles du CNLS | 2 | 2014 | SP/CNLS | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| **Effet 3.2 :** Tous les acteurs utilisent à temps réel l’information stratégique pour orienter la réponse au VIH | Proportion des structures ciblées recevant de manière systématique les données stratégiques | 30% | 2013 | CNLS | 35,0% | 55,5% | 75,0% | 82,5% | 90% |
| Nombre des documents de plaidoyer produits à partir des données disponibles sur la riposte au Sida | 2 | 2014 | CNLS | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| **Effet 3.3 :** Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN sont générées de manière efficace et efficiente | Nombre de structures de coordination sectorielle dont les capacités ont été renforcées | 5 | 2014 | SP/CNLS | 10 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Nombre d’épisodes de ruptures de stocks d’intrants médicaux constatés au niveau national | 2 | 2015 | SP/CNLS | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nombre de ministères ayant une cellule de coordination fonctionnelle | 10 | 2014 | SP/CNLS | 12 | 17 | 22 | 27 | 32 |
| **Effet 3.4 :** L’environnement sociopolitique et légal est favorable à l’amélioration de l’accès de service de qualités pour les populations qui en ont véritablement besoin | Nombre de plaidoyer effectués auprès de leaders communautaires religieux et politiques pour un environnement favorable | 5 | 2015 | CNLS | 10 | 15 | 20 | 30 | 50 |
| Nombre de documents élaborés pour le renforcement de la prise en charge des violences basés sur le genre et les droits humains | 1 | 2015 | CNLS | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

1. Troisième Enquête démographique et de santé Togo 2013-2014. 2014 [↑](#footnote-ref-1)
2. Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les professionnelles du sexe et leurs clients au Togo. CNLS; 2015. [↑](#footnote-ref-2)
3. Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les homosexuels au Togo en 2015. CNLS, 2015. [↑](#footnote-ref-3)
4. Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues au Togo en 2011. PNLS; 2012. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ekouevi DK, D’almeida S, Salou M, Kariyiare BG, Coffie PA, Dagnra AC, et al. HIV seroprevalence among inmates in Togo. Médecine Mal Infect. 2013 Jul, 43(7):279–85 [↑](#footnote-ref-5)
6. Prévalence du VIH chez les jeunes, connaissances attitudes et pratiques en matière de VIH/SIDA auprès de la population générale au Togo et sur la disponibilité et l’accès au préservatif. CNLS, 2010. [↑](#footnote-ref-6)
7. Rapport EDST-III 2013 – 2014 [↑](#footnote-ref-7)
8. Enquête sur la séroprévalence du VIH et les risques épidémiologiques liés au comportement – SABERS TOGO 2014 [↑](#footnote-ref-8)
9. Enquête MICS III, 2010 [↑](#footnote-ref-9)
10. Nombre de femmes enceintes VIH+ attendues en 2014: estimations Spectrum 2014 [↑](#footnote-ref-10)
11. EPP/Spectrum, 2015 [↑](#footnote-ref-11)
12. Etude des marqueurs immunologiques du virus de l’hépatite B (VHB) chez les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement antirétroviral (TAR) dans 4 centres de prise en charge à Lomé, 2013 [↑](#footnote-ref-12)
13. Initiative des Villes :

    http://www.unaids.org/sites/default/files/media\_asset/2015\_Fast\_Track\_Cities\_Paris\_Outcomes\_fr. [↑](#footnote-ref-13)