

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

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

(CNLS-IST)

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



RAPPORT DE LA REVUE A MI-PARCOURS DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2012-2015

Juin 2014

LE SECRETARIAT PERMANENT

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

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

AVANT-PROPOS

C'est en mai 2012 que toutes les parties prenantes de la riposte nationale ont validé le plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida 2012-2015. Pour faciliter la mise en œuvre de ce plan, le secrétariat permanent du CNLS-IST dans un processus participatif et inclusif avec tous les acteurs a coordonné l'élaboration du plan opérationnel 2012 -2012.

Après deux ans de mise en œuvre du plan opération, il était important de faire un bilan à mi-parcours des résultats obtenus afin de tirer des leçons et faire des recommandations pour l'élaboration du nouveau plan opérationnel 2014-2015.

Sur le plan programmatique des efforts sont notables en matière d'offres de services de préventions aux jeunes, femmes et aux populations clés, de même qu'en matière d'offre de services pour réduction la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les principaux goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des activités de préventions sont constitués par la faible niveau de disponibilité permanente des intrants médicaux et des préservatifs posant non seulement le problème de ressources disponibles mais surtout la faible fonctionnalité des circuits de distribution desdits intrants avec le problème de rapportage et d'impact attendus qui en découle.

En matière de prise en charge, nous avons noté la progression du nombre des personnes vivant avec le VIH qui sont sous médicaments antirétroviraux et la prise en charge des patients co-infectés par le VIH et la tuberculose. Dans le domaine de la prise en charge les résultats de la revue montrent qu'il reste d'énorme progrès à faire en matière d'offre de services de qualité, de continuum de soins et dans la prise en charge pédiatrique

En matière de financement le nouveau de ressources a augmenté sensiblement au cours des premières années de la mise en œuvre du PSN. L'un des principaux goulots d'étranglement reste le faible taux d'absorption des ressources financières mobilisées et disponibles dans la réponse nationale

A deux ans du terme des OMD en 2015 qui correspond aussi le terme de mise en œuvre de notre plan stratégique 2012-2015, nous devons tirer toutes les leçons et mieux investir ensemble sur les interventions à haut impact. La perspective de l'élaboration de la note conceptuelle commune VIH et tuberculoses dans le cadre du nouveau modèle financement du fonds mondial pour les trois prochaines constituent une bonne opportunité pour faire de bonnes allocations de ressources, renforcer les systèmes de santé et communautaire afin d'accélérer dans de bonnes conditions la mise en œuvre des interventions de notre réponse nationale.

Professeur Vincent P. PITCHE

Coordonnateur du SP/CNLS-IST

SOMMAIRE

Avant-propos.....	2
Sommaire.....	3
Résumé Exécutif	4
Liste des abréviations.....	8
1. Introduction.....	10
2. Contexte de l'évaluation a mi-parcours.....	10
3. Objectifs et résultats attendus.....	11
3.1. Objectif général	11
3.2. Objectifs spécifiques	11
3.3. Résultats attendus.....	11
4. Méthodologie de la revue a mi-parcours.....	11
5. Limites de l'évaluation	12
6. Rappel situation de l'infection à VIH en 2013 au Togo.....	12
6.1. Données épidémiologiques	12
6.2. Rappel des orientations stratégiques 2012-2015.....	13
6.2.1. Vision et principes directeurs	13
6.2.2. Cadre de résultats du PSN 2012-2015.....	14
7. Resultats de l'évaluation a mi-parcours	27
7.1. Résultats quantitatifs	27
7.1.2. Axe 2 : Intensification de la prise en charge globale.....	38
7.1.3. Axe 3 : Renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse.....	42
7.2. Résultats des données qualitatives	51
7.2.1. Utilités/acquis avec le PSN 2012-2015.....	51
7.2.2. Mise en œuvre des interventions	52
7.2.3. Financement de la lutte contre l'infection à VIH et le Sida au cours des deux dernières années	52
7.2.4. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre.....	51
7.2.5. Opportunités pour une meilleure réponse	51
8. Constats et recommandations	53
8.1. Constats.....	53
8.1.1. Points forts.....	53
8.1.2. Points à améliorer	53
8.2. Recommandations	53
8.2.1. Au SP/CNLS-IST.....	53
8.2.2. Au gouvernement.....	54
8.2.3. Au Comité de Coordination des Mécanisme(CCM) du Fonds Mondial	54
8.2.4. Aux partenaires techniques et financiers.....	54
8.2.5. Recommandation en rapport avec les principaux axes du PSN	54
Annexes.....	56

RESUME EXECUTIF

Afin de mieux recadrer les interventions en matière de riposte contre l'infection à VIH et le sida pour les deux dernières années de mise en œuvre du PSN 2012-2015, le SP/CNLS-IST a réalisé la revue à mi-parcours dudit plan entre avril et mai 2014. Cette évaluation a porté essentiellement sur les activités et les résultats obtenus au cours des deux premières années (2012 et 2013) en fonction des cibles des plans opérationnels d'une part et surtout des cibles du PSN en 2015 d'autre part. Les principales techniques de collecte des données étaient l'analyse documentaire et les entretiens avec les principaux acteurs.

Les résultats quantitatifs de cette évaluation à mi-parcours font ressortir que certains indicateurs ont atteint un taux de réalisation acceptable. Même s'ils n'ont pas atteint le niveau de performance espéré mais pour d'autres, des efforts supplémentaires doivent être faits au cours des années avenir.

Dans le cas de la **prévention**, les indicateurs suivants ont eu un taux de réalisation satisfaisant :

- Nombre de PS ayant bénéficié de tests de dépistage du VIH (27,0%)
- Nombre de HSH ayant bénéficié de lubrifiants des préservatifs (212,9%)
- Nombre de tests de dépistage réalisés chez les HSH (36,3%)
- Nombre d'hommes et de femmes en uniforme ayant bénéficié de tests de dépistage du VIH (124,5%)
- Nombre de tests de dépistage réalisés en milieu carcéral (30,2%)
- Nombre de poches de sang et dérivés sécurisées (80,87%)
- Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV dans le cadre de la prophylaxie (43,4%)
- Nombre de femmes séropositives ayant accouché, éligibles mises sous ARV (63,4%)

Les indicateurs ci-dessous ont eu un taux de réalisation faible :

- Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités correctement chez les hommes et les femmes en uniforme (3,1%)
- Nombre de transporteurs, chauffeurs routiers et population mobile ayant bénéficié de tests de dépistage du VIH (6,2%) (Problème de définition de cible)
- Nombre de tests de dépistage du VIH réalisé chez les usagers de drogue (3,0%)
- Nombre de tests de dépistage réalisé chez les jeunes (14,7%)
- Nombre de tests de dépistage réalisé chez les femmes de 15-49 ans (9,41%)
- Nombre de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié du comptage des CD4 (11,8%)
- Nombre de couples mère-enfants ayant bénéficié de soutien nutritionnel (0,7%)

En matière de **prise en charge globale**, les indicateurs ci-après ont connus un bon niveau de réalisation :

- Nombre de prophylaxies IO offertes aux PVVIH (adultes adolescents et enfants) (32,1%)
- Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous traitement ARV (48,64%)
- Nombre de nouveau-nés nés de mères séropositives éligibles mis sous ARV (31,63%)
- Nombre de patients co-infectés par le VIH et la tuberculose sous ARV et antituberculeux 90%.

Pour ceux énumérés ci-dessous, il faudra mettre un accent particulier dans les années à venir afin d'améliorer leur taux de réalisation :

- Nombre de personnes dépistées positives au VIH référées dans les structures de prise en charge (0,9%) (Problème de notification)
- Nombre de traitements IO offerts aux PVVIH (adultes, adolescents et enfants) présentant une IO (0,6%)
- Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) dépistées TB+ et mis sous traitement antituberculeux et antirétroviral (4,88%)
- Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) ayant bénéficié d'une charge virale (1,91%)

Dans le cas du renforcement de la **gouvernance et de la gestion de la réponse**, le taux de réalisation des indicateurs portant sur le nombre d'organes de coordination (SP/CNLS, 6 CRLS) dont les capacités ont été renforcées (*en suivi et évaluation*) (100,0%) ainsi que le nombre et type de documents d'opérationnalisation du PSN (Plans Opérationnels, plans de mobilisation de ressources, plan et manuel de suivi et évaluation, plan d'assistance technique...(100,0%) élaborés et mis en œuvre étaient satisfaisants

Par contre l'indicateur sur le nombre d'organes de coordination gérant les ressources mobilisées de façon efficace et efficiente avec obligation de rendre compte selon les procédures (26,7%) doit être renforcé.

Par ailleurs sur le plan de l'analyse qualitative, les principaux constats ressortis se résument comme suit :

Points forts

- La coordination multisectorielle était appréciée par tous les acteurs.
- L'implication de tous les secteurs dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre du PSN et des PO 2012-2013.
- Le renforcement des capacités des points focaux des structures non santé en suivi/évaluation et en élaboration des plans de Travail Annuel.
- La mobilisation des ressources par le CNLS-IST pour la mise en œuvre des activités par certains secteurs.
- Le niveau satisfaisant du décaissement des fonds des partenaires multilatéraux comme les Organisations du système des Nations Unies.
- Le taux élevé de contribution de l'Etat dans la lutte contre l'infection à VIH au cours des deux années (2012-2013).

Points à améliorer

- Les cibles fixées pour les années 2012 et 2013 n'ont pas été atteintes car souvent trop ambitieuses par rapport à la situation de départ.
- Les situations de départ pour un grand nombre de produits n'étaient pas bien maîtrisées, ce qui a provoqué des projections exagérées.
- La grande partie des résultats pour les deux premiers axes est fournie presque exclusivement par le secteur de la santé.
- Le financement utilisé pour mettre en œuvre les activités venait des partenaires traditionnels ; il n'y a pas de sources innovantes de financement (secteur privé lucratif, sociétés) ou bien leur participation est restée faible.
- Les ressources mobilisées n'ont pas atteint les prévisions qui étaient dans les plans opérationnels.

- Les ressources financières du fonds mondial étaient disponibles mais très difficiles à utiliser compte tenu de l'indisponibilité des ressources complémentaires surtout celles venant de l'Etat.
- L'implication très faible de certains ministres et cadres supérieurs des ministères dans la lutte contre le VIH.

Les différents constats interpellent les acteurs à prendre en compte les recommandations ci-dessous :

Au gouvernement

- Mobiliser les ressources financières internes complémentaires afin de faciliter l'exécution du financement du Fonds Mondial.
- Inscrire dans les cahiers de charge des ministères la lutte contre le VIH et voter un budget en conséquence.
- Renforcer les noyaux antisida des ministères avec des cahiers de charge approuvés et des ressources nécessaires.

Au Comité de Coordination des Mécanisme (CCM) du Fonds Mondial

- Définir des critères très rigoureux pour de sélection des organisations candidates au poste de bénéficiaire principal afin d'assurer leur performance dans la mise en œuvre des projets du Fonds Mondial
- Renforcer le suivi stratégique plus rapproché des activités des bénéficiaires principaux et des bénéficiaires secondaires pour augmenter les taux d'absorption des ressources disponibles dans le pays

Au SP/CNLS-IST

- Fixer les cibles des PO 2014 et 2015 en fonction de la réalité vécue au cours des deux premières années.
- Renforcer les organes décentralisés du SP/CNLS-IST afin de bénéficier des contributions efficaces des régions et districts.
- Renforcer le plaidoyer au niveau des ministères des secteurs non santé pour une implication plus active dans la lutte contre l'infection à VIH.
- Développer un partenariat avec les structures privées et ONG pour une mise en œuvre rapide des interventions.
- Veiller à ce que chaque secteur fournisse un rapport annuel d'activité.

Au ministère de la santé

- Renforcer des capacités des prestataires dans le domaine de la prévention et de la prise en charge.
- Augmenter la fréquence et la qualité des supervisions des structures accréditées
- Accélérer la mise sous traitement des PVVIH sous ARV
- Améliorer la qualité des services de prise en charge des PVVIH (charge virale, suivi biologique, prise en charge pédiatrique)

Aux partenaires techniques et financiers

- Renforcer l'appui financier dans le cadre du renforcement des organes de coordination à tous les niveaux.
- Apporter un appui au gouvernement dans la mobilisation des ressources additionnelles.

Pour l'ensemble des parties prenantes, en fonction de chaque axe et selon les taux de réalisation obtenus au cours des deux premières années, un accent doit être mis sur les aspects suivants :

Prévention

- Améliorer la disponibilité des intrants pour le dépistage chez la femme enceinte.
- Renforcer la prévention chez les nouveau-nés, nés de mère séropositive à travers le dépistage précoce.
- Renforcer les actions de préventions chez les HSH et les professionnels de sexe
- Améliorer le circuit de distribution des préservatifs.

Prise en charge globale

- Renforcer les actions de la prise en charge de la co-infection VIH et Tuberculose pour réduire le taux de mortalité encore élevée chez ces patients.
- Renforcer le système d'approvisionnement des centres accrédités en médicaments comme les ARV, les médicaments pour la prévention et la prise en charge des IO, etc.
- Améliorer la qualité d'offres services pour la prise en charge des adultes et surtout des enfants

Gouvernance

- Opérationnaliser les organes déconcentrés et décentralisés de coordination de la riposte national.
- Effectuer les principales recherches permettant d'apprécier les impacts et les effets de la riposte.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV	Antiretroviraux
AWARE	Action for West Africa Region
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM-Togo	Comité de Coordination Multisectoriel pour l'accès au Fonds Mondial
CD4	Globules blancs
CDI	Consommateurs de Drogues Injectables
CNAD	Comité National Anti-Drogue
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPLS-IST	Comité Préfectoraux de Lutte contre le Sida et les IST
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
DGS	Directeur Générale de la Santé
DSF	Division de la Santé Familiale
FICR	Fédération Internationale de la Croix Rouge
GNRSE	Groupe National de Réflexion sur le Suivi et l'Evaluation
HCR	Haut Commissariat pour les Réfugiés
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
IEC	Information, Education, Communication
INH	Institut National de l'Hygiène
IO	Infection Opportuniste
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IPPF	Fédération Internationale de Planification Familiale
MS&E	Manuel de Suivi & Evaluation
MS	Ministre de la Santé
OCAL	Organisation du Corridor Abidjan Lagos
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA
OSC	Organisations de la Société Civile

PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PCD	Postes de Collecte et de Distribution
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEC	Prise en Charge
PF	Planification Familiale
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNS&E	Plan National de Suivi & Evaluation
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PO	Plan Opérationnel
PS	Professionnel(le)s de Sexes
PSI	Population Service International
PSN	Plan Stratégique National
PTA	Plans de Travail Annuels
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REDES	Estimation des Flux des Ressources et Dépenses Nationales de lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome Immunodéficitaire Acquis SP
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNTS	Service National de Transfusion Sanguines
SP	Santé Publique
SSR	Santé Sexuelle et de Reproduction
TDR	Termes de Références
UE	Union Européenne
UGP	Unité de Gestion des Projets
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	Organisation/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui connaît une épidémie de l'infection à VIH de type généralisé avec un taux prévalence dans la population générale situé actuelle était de 2,3% en 2013 contre les 6% à la fin des années 90. Les différentes stratégies de riposte contre l'infection sont structurées dans des plans stratégiques nationaux depuis 2005. Le plan actuel qui couvre la période 2012-2015 a été adopté au premier trimestre de 2012. En août de la même année, des plans opérationnels pour les années 2012 et 2013 ont été également adopté avec la participation active de tous les intervenants. Dans le soucis de mesurer le chemin parcouru et de se fixer des perspectives factuelles et réalisables pour les années à venir dans la mise en œuvre de ce plan, le secrétariat permanent du conseil national de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles (SP/CNLS-IST) a réalisé une évaluation à mi-parcours entre avril et mai 2014. Le présent rapport d'évaluation issu de cet exercice couvre les aspects liés à la méthodologie, les orientations et le cadre des résultats du plan, les résultats obtenus en fonction de chaque axe, les difficultés rencontrées ainsi que les suggestions et recommandation.

2. CONTEXTE DE L'EVALUATION A MI-PARCOURS

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2012-2015 a été élaboré dans un processus participatif impliquant tous les acteurs et partenaires de la riposte nationale au VIH. Ce Plan Stratégique National constitue le cadre programmatique de base dans lequel s'inscrit l'ensemble des activités de lutte contre le VIH/Sida. Il comprend 3 axes stratégiques et répond aux normes des plans stratégiques de troisième génération pour la réalisation de l'accès universel et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 6).

Afin de faciliter sa mise en œuvre, différents outils de travail ont été élaborés dont le Plan National de Suivi & Evaluation (PNS&E), le Plan Opérationnel (PO) 2012 - 2013 et le Manuel de Suivi & Evaluation (MS&E) pour le suivi de l'exécution du PSN 2012-2015.

A la suite de l'élaboration du PO 2012-2013, chaque secteur d'activités a élaboré son plan d'intervention. Dans la mise en œuvre du PO 2012-2013, il y avait une nécessité de rendre compte des interventions. Ainsi le CNLS a élaboré les rapports d'activités pour les années 2012 et 2013 qui reprennent les différents axes du Plan Stratégique. L'élaboration de ces rapports a permis de faire la synthèse des résultats acquis, des leçons tirées, des difficultés rencontrées et des lacunes programmatiques relevées au cours de la mise en œuvre du PO 2012-2013.

L'année 2013 marque une exécution à mi-parcours du PSN 2012-2013, justifiant le besoin d'une évaluation à mi-chemin par le SP/CNLS-IST. Cette évaluation permettra de faire les ajustements nécessaires pour les deux années restantes.

Une autre raison qui justifie cette revue porte sur la disponibilité du cadre d'investissement dans le domaine du VIH/SIDA au Togo. Le Togo a élaboré ce document afin d'utiliser l'approche basée sur l'investissement stratégique pour la priorisation des interventions. Ce document ayant donné des orientations sur les

interventions à haut impact, l'allocation des ressources conforme aux tendances épidémiologiques actuelles et les synergies avec tous les secteurs et les acteurs du développement, il était alors nécessaire de revisiter le PSN pour prendre en compte toutes ces informations durant les deux prochaines années à venir. Donc les résultats contenus dans ce rapport de la revue à mi-parcours du PSN et le document de cadre d'Investissement seront alors utilisés pour l'élaboration du nouveau Plan Opérationnel 2014-2015.

3. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

3.1. Objectif général

L'objectif général pour le CNLS-IST était d'élaborer la revue à mi-parcours du PSN 2012-2015.

3.2. Objectifs spécifiques

Pour atteindre l'objectif général, il fallait réaliser les objectifs spécifiques ci-après :

- Evaluer le niveau de réalisation du Plan Stratégique National 2012-2015 à travers le PO 2012-2013.
- Identifier les difficultés et contraintes liées à la mise en œuvre de ce plan.
- Evaluer la pertinence et l'évolution des actions de mise en œuvre au cours de l'année 2012-2013.
- Evaluer l'exécution des activités en fonction des résultats fixés.
- Identifier les bonnes pratiques, les leçons apprises.
- Formuler des recommandations sur les ajustements nécessaires à la lumière des leçons apprises pour les deux années à venir.

3.3. Résultats attendus

- Le rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2012-2015 est disponible.
- Les différents goulots d'étranglement de la réponse nationale sont connus et des propositions pertinentes permettent d'envisager des solutions appropriées.

4. METHODOLOGIE DE LA REVUE A MI-PARCOURS

Pour réaliser cette évaluation à mi-parcours du PSN 2012-2015, le SP/CNLS-IST a élaboré les termes de références (TDR) qui ont été soumis au groupe national de réflexion sur le suivi et l'évaluation (GNRSE) en matière de lutte contre l'infection à VIH et le SIDA au Togo.

A la suite de l'approbation des TDR par le GNRSE, le SP/CNLS-IST a identifié le consultant qui allait réaliser cette évaluation. Ce dernier a eu une séance de travail avec le service de suivi évaluation du SP/CNLS-IST pour une séance de briefing sur la mission. Au cours de cette séance, un calendrier de prise de contact avec les différents acteurs ci-dessous a été adopté. Il s'agit du SP/CNLS, de la DGS, du PNLIS ; de la DSF ; du PSI, de la Plateforme de la société civile, de la CAMEG, de l'UGP/MS, du SP/CCM-Togo, du GNRSE, etc.

Les points focaux des différents secteurs de lutte contre l'infection ainsi que les personnes ressources des institutions internationales comme l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD ont été également contactés lors de la mission. Les principales techniques de collecte d'information étaient de deux ordres :

- **Revue documentaire** : Elle a porté sur l'ensemble des documents normatifs et rapports la lutte contre l'infection à VIH dans le pays.
- **Entretien individuel avec les acteurs** : des guides d'entretien ont été conçus en fonction des différentes catégories d'acteurs pour faciliter les discussions.

Le premier draft du rapport a été transmis au SP/CNLS-IST et a été l'objet d'une séance de travail avec l'équipe de suivi/évaluation de ce service. Le second draft du rapport obtenu après l'intégration des différentes contributions a été envoyé aux principaux acteurs afin de recueillir leurs suggestions et de procéder à la validation au cours d'une réunion spécialement organisée à cet effet.

5. LIMITES DE L'ÉVALUATION

Les résultats réalisés pour chacun des produits du PSN pour chaque cible du PSN 2012-2015, a été fourni presque exclusivement par le secteur santé. Mais pour éviter les risques de doublons, seuls les chiffres communiqués par le CNLS/IST ont été utilisés dans cette évaluation. Cette démarche peut provoquer quelques controverses sans incident majeur.

L'évaluation de la prise en charge des PVVIH sur le plan psychosocial et nutritionnel n'a pas pris en compte l'observation directe des activités des médiateurs et autres acteurs des ONG sur le terrain ce qui aurait permis de mettre en exergue les forces et faiblesses de leurs capacités Opérationnelles et d'avoir l'appréciation des bénéficiaires.

6. RAPPEL SITUATION DE L'INFECTION A VIH EN 2013 AU TOGO

6.1. Données épidémiologiques

Au Togo, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 2,9 %. Le nombre de PVVIH tout âge confondu est estimé à 130000 en 2012. Celui des nouvelles infections dans la population générale est passé de 18000 en 2001 à 4800 en 2012. La proportion des PVVIH chez les jeunes de 15-24 ans est estimée à 0,5% en 2012 contre 0,9% en 2001.. L'épidémie est de type généralisé avec des disparités entre les groupes de population, entre les différentes régions du pays et entre les sexes. Concernant les disparités régionales, la prévalence est plus élevée au sud qu'au nord (6,8 % dans Lomé-commune et 1,6 % dans les Savanes) et elle est plus élevée en milieu urbain (4,4 %) qu'en milieu rural (2,3 %)¹. Le contexte épidémiologique du Togo est marqué par une féminisation de l'épidémie (sur 100 adultes vivant avec le VIH, un peu plus de 60 sont de sexe féminin,). La tranche d'âge des 15-49 ans considérée comme sexuellement active, est la plus touchée par l'épidémie.

¹ Rapport PNLS, 2010

6.2. Rappel des orientations stratégiques 2012-2015

6.2.1-Vision et principes directeurs

6.2.1.1. Vision

Parvenir à un Togo sans nouvelles infections à VIH et atténuer l'impact du Sida sur la population en général, les groupes hautement vulnérables et les PVVIH en particulier afin qu'elles contribuent au développement socio-économique.

6.2.1.2. Principes directeurs

Pour réaliser cette vision, l'Etat, les institutions, les acteurs et les Partenaires sont guidés par les principes suivants :

⇒ **Engagement national dans la réponse au VIH**

Depuis longtemps que le VIH et le Sida ont cessé d'être un problème individuel pour devenir un défi majeur pour le Togo et le Gouvernement, et pour atteindre les résultats prévus dans le présent document, il est impératif qu'il y ait un engagement politique au plus haut niveau et de toutes les instances de gouvernance du pays et des organes et structures de la réponse nationale. Ainsi, le CNLS assurera un leadership permettant à tous les institutions et secteurs y compris la société civile et le réseau des ONG et associations de PVVIH de s'impliquer davantage dans la riposte au VIH.

⇒ **Gouvernance et gestion de la réponse au VIH**

Le Togo a adopté les « Trois Principes » ou « Three Ones » pour la gouvernance et la gestion de la réponse au VIH et au Sida. En effet, les « Trois Principes » 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 suppose 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. Les résultats du PSN 2012-2015 se fondent sur l'efficacité et l'efficacé.

Ainsi, pour qu'en 2015 il soit possible de mesurer la réalisation des objectifs tracés, il a été adopté pendant tout le processus de l'élaboration, le principe de gestion axée sur les résultats et qui guidera la mise en œuvre du PSN 2012-2015.

⇒ **Non discrimination, équité, genre et droits humains**

Tous les bénéficiaires sont au centre des préoccupations de la stratégie nationale. Une attention spéciale doit être accordée aux femmes car la prévalence dans ce groupe est élevée. Pour l'atténuation des effets du VIH et du Sida, il est important de promouvoir la vulgarisation de la loi portant protection des personnes en matière de VIH et du Sida. Une attention particulière sera accordée aux femmes.

Le principe de l'équité dans la distribution des ressources et dans la mise en œuvre des actions prioritaires devra être assuré au niveau des secteurs sociaux et des régions de

manière à réduire le fossé entre des différents groupes sociaux en matière d'accès aux services publics essentiels et à une meilleure qualité de vie.

Accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et soutien

Pour atteindre l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement ainsi qu'au soutien il est fondamental d'intégrer le VIH et le Sida dans les différents programmes et politiques de développement.

⇒ Multisectorialité et participation des PVVIH

La nature et les caractéristiques de la réponse nationale imposent une approche multisectorielle aussi bien dans la mobilisation des ressources que dans le partage des responsabilités et la promotion des synergies pour l'exécution des activités et des interventions dans la lutte contre le VIH et le Sida. C'est dans ce sens qu'on s'attend à une participation effective de tous les secteurs, notamment public (santé, éducation entre autres), privé et associatif, et un engagement et une appropriation des communautés.

La participation effective des PVVIH et autres entités minoritaires à orientation sexuelle dans la réponse nationale est fondamentale pour la dynamisation des activités de lutte contre le VIH et le Sida en tenant compte des besoins des communautés. Il s'agit d'une mesure qui vise une participation déterminante des PVVIH dans le combat contre l'épidémie dans le pays, dans l'acceptation de l'existence du Sida et dans le plaidoyer pour la réduction de la marginalisation, la stigmatisation et la discrimination. Il faudra s'assurer que les PVVIH et les familles affectées par le Sida ainsi que les toutes les populations vulnérables bénéficient de programmes de protection sociale qui permettent d'améliorer de manière significative l'accès au traitement et aux services de soutien.

⇒ Décentralisation

La coordination et la conduite du processus de la réponse nationale au Sida doit se faire de manière décentralisée en restant dans la dynamique des Trois Principes Directeurs. Pour une réponse plus efficace, cette décentralisation doit se faire par l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels sectoriels et régionaux, le renforcement des capacités des organes de coordination décentralisés. Elle doit être effective à tous les niveaux y compris communautaires, par le biais des associations à base communautaire ou comités de lutte contre le Sida et, pour cela des ressources humaines et financières mais aussi les services essentiels à la réponse régionale et locale doivent être disponibles.

6.2.2- Cadre de résultats du PSN 2012-2015

Pour atteindre la vision ci-dessus fixée, trois (3) axes stratégiques ont été identifiés à savoir :

- Axe 1 : Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST ;
- Axe 2 : Intensification de la prise en charge globale ;
- Axe 3 : Renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse.

Ces différents axes stratégiques traduits en **effets**, **produits** et **interventions** ou **stratégies**, constituent le cadre de résultats ci-après.

AXE 1 : RENFORCEMENT DE LA PREVENTION DE L'INFECTION A VIH ET DES IST

Impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites dans la population générale de 50% d'ici 2015

Effet 1.1 : 90 % des PS adoptent des comportements à moindre risque au VIH

Produit 1.1.1 : 26 000 tests de dépistage du VIH sont offerts à 7 200 PS d'ici 2015

- Stratégie 1.1.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.1.1.2 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.1.1.3 : IEC/CCC
- Stratégie 1.1.1.4 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

Produit 1.1.2 : 18 797 184 unités de préservatifs masculins et de lubrifiants, et 18 816 préservatifs féminins sont distribués à 8 000 PS d'ici 2015

- Stratégie 1.1.2.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.1.2.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.1.2.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

Produit 1.1.3 : 24 000 cas d'IST sont diagnostiqués et traités correctement chez les PS d'ici 2015

- Stratégie 1.1.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.1.3.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

Produit 1.1.4 : 6 400 PS sensibilisées sur les violences basées sur le genre d'ici 2015

- Stratégie 1.1.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.1.3.2 : IEC/CCC sur les violences basées sur le genre
- Stratégie 1.1.3.3 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge des victimes des violences basées sur le genre

Organes de coordination, de mise en œuvre et Partenaires d'appui Technique et Financiers (Effet 1.1)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Promotion de la Femme
Structures de mise en œuvre : ONG et associations, Ministère de la Santé, Ministère du Tourisme, Ministère de la Sécurité

Partenaires d'appui technique et financier : UNFPA, OMS, ONUSIDA, PSI, OCAL, USAID, Fonds Mondial, AWARE/USAID.

Effet 1.2 : 90 % des HSH adoptent des comportements à moindre risque au VIH

Produit 1.2.1 : 3 250 tests de dépistages du VIH sont offerts à 900 HSH d'ici 2015

- Stratégie 1.2.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.2.1.2 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.2.1.3 : IEC/CCC
- Stratégie 1.2.1.4 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

Produit 1.2.2 : 832 000 unités de préservatifs masculins et de lubrifiants sont distribués à 1 000 HSH d'ici 2015

- Stratégie 1.2.2.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.2.2.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.2.2.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

Produit 1.2.3 : 4 500 cas d'IST sont diagnostiqués et traités chez les HSH d'ici 2015

- Stratégie 1.2.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs

- Stratégie 1.2.3.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

Organes de coordination, de mise en œuvre et Partenaires d'appui Technique et Financiers (Effet 1.2)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de l'Action Sociale

Structures de mise en œuvre : ONG et associations, Ministère de la Santé, Ministère du Tourisme et ses démembrés

Partenaires d'appui technique et financier : UNFPA, OMS, ONUSIDA, PSI, OCAL, USAID, Fonds Mondial, AWARE/USAID

Effet 1.3. : 90 % des hommes et femmes en uniforme adoptent des comportements à moindre risque au VIH

Produit 1.3.1. : 45 136 tests de dépistage du VIH offerts à 13 888 hommes et femmes en uniforme d'ici 2015

- Stratégie 1.3.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.3.1.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.3.1.3 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

Produit 1.3.2. : 10 724 314 unités de préservatifs masculins et de lubrifiants et 108 326 préservatifs féminins sont distribués à 17 360 hommes et femmes en uniforme d'ici 2015

- Stratégie 1.3.2.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.3.2.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.3.2.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

Produit 1.3.3. : 8 680 cas d'IST sont diagnostiqués et traités chez les hommes et femmes en uniforme d'ici 2015

- Stratégie 1.3.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.3.3.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

Produit 1.3.4. : 13 888 hommes et femmes en uniforme sensibilisés sur les violences basées sur le genre d'ici 2015

- Stratégie 1.3.4.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.3.4.2 : IEC/CCC sur les violences basées sur le genre
- Stratégie 1.3.4.3 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge des victimes des violences basées sur le genre

Organes de coordination, de mise en œuvre et Partenaires d'Appui Technique (Effet 1.3)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère en charge de la Défense, de la sécurité

Structures de mise en œuvre : Comités Ministériels de Lutte contre le Sida des Ministères de la Défense, de la sécurité, de l'Administration territoriale, de l'Environnement, des Finances, ONG/Associations.

Partenaires d'appui technique et financier : USA, OCAL, PSI, Coopération Française, Coopération Allemande, UE, ONU, PNUD, BIT.

Effet 1.4. : 90 % des transporteurs, chauffeurs routiers et populations mobiles adoptent des comportements à moindre risque au VIH

Produit 1.4.1. : 154 000 tests de dépistage du VIH sont offerts à 42 000 transporteurs, chauffeurs routiers et populations mobiles du VIH d'ici 2015

- Stratégie 1.4.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.4.1.2 : IEC/CCC

- Stratégie 1.4.1.3 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

Produit 1.4.2. : 26 853 120 unités de préservatifs masculins et de lubrifiants et 26 880 préservatifs féminins sont distribués à 70 000 transporteurs, chauffeurs routiers et populations mobiles d'ici 2015

- Stratégie 1.4.2.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.4.2.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.4.2.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

Produit 1.4.3. : 49 000 cas d'IST sont diagnostiqués et traités chez les transporteurs, chauffeurs routiers et populations mobiles d'ici 2015

- Stratégie 1.4.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.4.3.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

Produit 1.4.4. : 56 000 transporteurs, chauffeurs routiers et populations mobiles sensibilisés sur les violences basées sur le genre d'ici 2015

- Stratégie 1.1.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.1.4.2 : IEC/CCC sur les violences basées sur le genre
- Stratégie 1.1.4.3 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge des victimes des violences basées sur le genre

Organes de coordination, de mise en œuvre et Partenaires d'Appui Technique (Effet 1.4)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère en charge des Transports

Structures de mise en œuvre : Ministère de la santé, Syndicats des transporteurs

Partenaires d'appui technique et financier : Fonds Mondial, Banque Mondiale, BIT.

Effet 1.5. : 90 % de la population en milieu carcéral adopte des comportements à moindre risque au VIH

Produit 1.5.1 : 4 136 personnes en milieu carcéral sensibilisées sur le VIH et le Sida d'ici 2015

- Stratégie 1.5.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.5.1.2 : IEC/CCC

Produit 1.5.2 : 13 235 tests de dépistage du VIH sont offerts 3 309 personnes en milieu carcéral d'ici 2015

- Stratégie 1.5.2.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.5.2.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.5.2.3 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

Produit 1.5.3 : 4 136 cas d'IST diagnostiqués sont traités en milieu carcéral

- Stratégie 1.5.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.5.3.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

Organes de coordination, de mise en œuvre et Partenaires d'Appui Technique (Effet 1.5)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère en charge de la justice

Structures de mise en œuvre : Direction de l'administration pénitentiaire, PNLS, PNLT, ONG/Associations

Partenaires d'appui technique et financier : ONUSIDA, PNUD, ONUDC, UNFPA, UNICEF

Effet 1.6. : 90 % des usagers de drogues adoptent des comportements à moindre risque au VIH

Produit 1.6.1 : 10 008 tests de dépistage du VIH sont offerts à 3 229 usagers de drogue d'ici 2015

- Stratégie 1.6.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.6.1.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.6.1.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

Produit 1.6.2 : 5 372 224 unités de préservatifs masculins et de lubrifiants sont distribués à 6 457 usagers de drogue d'ici 2015

- Stratégie 1.6.2.1 : Développement d'activités de plaidoyer pour un environnement favorable
- Stratégie 1.6.2.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.6.2.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

Produit 1.6.3 : 7 232 cas d'IST sont diagnostiqués et traités chez les usagers de drogue d'ici 2015.

- Stratégie 1.6.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.6.3.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

Organes de coordination, de mise en œuvre et Partenaires d'Appui Technique (Effet 1.6)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Sécurité

Structures de mise en œuvre : ONG et associations, CNAD, PNLs.

Partenaires d'appui technique et financier : PNUD, ONUSIDA, UNICEF, ONUDC

Effet 1.7. : 90 % de jeunes de 15 à 24 ans adoptent des comportements à moindre risque au VIH

Produit 1.7.1 : 824 654 jeunes de 15 à 24 ans sensibilisés sur le VIH, le Sida et les IST d'ici 2015

- Stratégie 1.7.1.1 : Développement d'activités de plaidoyer pour un environnement favorable
- Stratégie 1.7.1.2 : IEC/CCC

Produit 1.7.2 : 2 989 372 tests de dépistage du VIH sont offerts à 824 654 jeunes de 15-24 ans d'ici 2015

- Stratégie 1.7.2.1 : Développement d'activités de plaidoyer pour un environnement favorable
- Stratégie 1.7.2.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.7.2.3 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

Produit 1.7.3 : 43 937 582 unités de préservatifs masculins et féminins et de lubrifiants sont distribués à 593 751 jeunes 15-24 ans d'ici 2015

- Stratégie 1.7.3.1 : IEC/CCC
- Stratégie 1.7.3.2 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

Produit 1.7.4 : 103 082 cas d'IST sont diagnostiqués et traités chez les jeunes de 15-24 ans d'ici 2015

- Stratégie 1.7.4.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.7.4.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

Organes de coordination, de mise en œuvre et Partenaires d'Appui Technique (Effet 1.7)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Comité interministériel (Ministère des Enseignements primaires... ; Ministère de l'Enseignement Technique, Ministère de l'Enseignement Supérieur ; Ministère en charge de la Jeunesse)

Structures de mise en œuvre : Noyaux anti-Sida des ministères concernés, ONG, Organisations de jeunes, Ministère de la Santé, Ministère de l'Agriculture
Partenaires d'appui technique et financier : UNFPA, UNICEF, UNESCO, PNUD

Effet 1.8 : La sécurité transfusionnelle est assurée à 100 % d'ici 2015

Produit 1.8.1 : D'ici 2015, 80 % des donneurs bénévoles sont fidélisés

- Stratégie 1.8.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.8.1.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.8.1.3 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH
- Stratégie 1.8.1.4 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

Produit 1.8.2 : 27 Postes de collecte et de distribution (PCD) de sang sont fonctionnels d'ici 2015

- Stratégie 1.8.2.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.8.2.2 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable

Produit 1.8.3 : 100 000 poches de sang et dérivés sont sécurisées jusqu'en 2015

- Stratégie 1.8.3.1 : Dépistage systématique du VIH et des hépatites dans le sang et les produits sanguins
- Stratégie 1.8.3.2 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs
- Stratégie 1.8.3.3 : Promouvoir la sécurité du don de sang
- Stratégie 1.8.3.4 : Garantir l'offre de services de conseil et de test de dépistage pour les receveurs de sang et de produits sanguins

Organes de coordination, de mise en œuvre et Partenaires d'Appui Technique (Effet 1.10)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Santé

Structures de mise en œuvre : SNTS, CNTS, CRTS, Croix Rouge Togolaise

Partenaires d'appui technique et financier : OMS, Coopération Française

Effet 1.9 : 80 % des femmes 15-49 ans adoptent des comportements à moindre risque au VIH

Produit 1.9.1 : 1 321 478 femmes de 15-49 ans sensibilisées sur les violences basées sur le genre, le VIH et le Sida d'ici 2015

- Stratégie 1.9.1.1 : Intégration du VIH dans les services de Santé Maternelle et Infantile (SMI)
- Stratégie 1.9.1.2 : Renforcement de la sensibilisation sur la SSR/VIH et les violences basées sur le genre chez les femmes et les adolescentes
- Stratégie 1.9.1.3 : IEC/CCC sur les violences basées sur le genre et la SSR/VIH

Produit 1.9.2 : 4 401 412 test de dépistage du VIH sont offerts aux femmes de 15-49 ans d'ici 2015

- Stratégie 1.9.2.1 : Mobilisation et renforcement communautaire (fourniture de matériels, renforcement de capacités...)
- Stratégie 1.9.2.2 : Promotion du dépistage volontaire y compris les conjoints

Produit 1.9.3 : 10 103 877 unités de préservatifs masculins et féminins et de lubrifiants sont distribués aux femmes de 15-49 d'ici 2015

- Stratégie 1.9.3.1 : Mobilisation et renforcement communautaire (fourniture de matériels, renforcement de capacités...) pour accroître l'accès aux préservatifs
- Stratégie 1.9.3.2 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

Produit 1.9.4 : 161 221 cas d'IST sont diagnostiqués et traités chez les femmes de 15-49 ans d'ici 2015

- Stratégie 1.9.4.1 : Incitation au diagnostic et traitement des IST et au dépistage du VIH dans les services de santé de la reproduction et maternelle incluant le couple et surtout dans les zones de fortes concentrations VIH et parmi les groupes à risque
- Stratégie 1.9.4.2 : Renforcement de l'accès aux préservatifs pour les couples mariés et les concubins

Produit 1.9.5. : 1 268 001 femmes de 15-49 ans victimes de violence ont bénéficié d'une prise en charge d'ici 2015

- Stratégie 1.9.5.1 : Prise en charge psychosociale
- Stratégie 1.9.5.2 : Prise en charge médicale
- Stratégie 1.9.5.3 : Assistance juridique

Effet 1.10 : 80 % des femmes séropositives en âge de procréer adoptent une méthode de planification de leur choix en particulier la double protection

Produit 1.10.1 : 2 787 706 contraceptifs distribués aux femmes séropositives

- Stratégie 1.10.1.1 : Promotion de l'utilisation des préservatifs pour les couples mariés et les concubins
- Stratégie 1.10.1.2 : Mobilisation et renforcement communautaire pour augmenter l'accès aux services de planning familial et l'information sur la stigmatisation et la discrimination
- Stratégie 1.10.1.3 : Renforcement et extension des services de planning familial et de dépistage dans les structures de PEC globale des PVVIH

Produit 1.10.2 : 232 309 femmes séropositives en âge de procréer référées en planning familial

- Stratégie 1.10.2.1 : Renforcement des services de planning familial
- Stratégie 1.10.2.2 : Prévention positive chez les femmes séropositives
- Stratégie 1.10.2.3 : Intégration des services de planning familial dans les services d'accompagnement psychosocial
- Stratégie 1.10.2.4 : Renforcement et extension des services de planning familial et de dépistage dans les structures de PEC globale des PVVIH

Effet 1.11 : La proportion de femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant augmentera de 51 % à 95 %

Produit 1.11.1 : 20 576 femmes enceintes séropositives ont bénéficié du comptage de CD4 d'ici 2015

- Stratégie 1.11.1.1 : Renforcement de l'intégration de la PTME dans les services PF/SMI des structures sanitaires publiques et privées
- Stratégie 1.11.1.2 : Renforcement des plateaux techniques des laboratoires
- Stratégie 1.11.1.3 : IEC/CCC sur la PTME

Produit 1.11.2 : 26 475 femmes enceintes séropositives ont bénéficié d'interventions obstétricales sûres en 2015

- Stratégie 1.11.2.1 : Renforcement de l'intégration de la PTME dans les services PF/SMI des structures sanitaires publiques et privées
- Stratégie 1.11.2.2 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI
- Stratégie 1.11.2.3 : Promotion de l'assurance qualité de l'offre de services PF/SMI/PTME
- Stratégie 1.11.2.4 : Renforcement des plateaux techniques des services de gynécologie et obstétrique
- Stratégie 1.11.2.5 : Promotion de la fréquentation et de l'utilisation des services PF/SMI/PTME

Produit 1.11.3 : 8 230 femmes enceintes séropositives éligibles au traitement sont sous ARV d'ici 2015

- Stratégie 1.11.3.1 : Renforcement de l'intégration de la PTME dans les services PF/SMI des structures sanitaires publiques et privées
- Stratégie 1.11.3.2 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI

- Stratégie 1.11.1.3 : Promotion de l'assurance qualité de l'offre de services PF/SMI/PTME
- Stratégie 1.11.1.4 : Promotion de la fréquentation et de l'utilisation des services PF/SMI/PTME
- Stratégie 1.11.1.5 : Approvisionnement en ARV

Produit 1.11.4 : 18 245 femmes enceintes séropositives sont sous ARV dans le cadre de la prophylaxie en 2015

- Stratégie 1.11.4.1 : Renforcement de l'intégration de la PTME dans les services PF/SMI des structures sanitaires publiques et privées
- Stratégie 1.11.4.2 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI
- Stratégie 1.11.4.3 : Promotion de l'assurance qualité de l'offre de services PF/SMI/PTME
- Stratégie 1.11.4.4 : Promotion de la fréquentation et de l'utilisation des services PF/SMI/PTME
- Stratégie 1.11.4.5 : Approvisionnement en ARV

Effet 1.12 : 90 % des couples mère/enfants issus du protocole PTME vont en consultations postnatales au cours des 18 mois suivant l'accouchement

Produit 1.12.1 : 7 298 femmes séropositives ayant accouché, éligibles sont mises sous ARV

- Stratégie 1.12.1.1 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI
- Stratégie 1.12.1.2 : Promotion de l'assurance qualité de l'offre de services PF/SMI/PTME
- Stratégie 1.12.1.3 : Renforcement du système de référence et contre référence
- Stratégie 1.12.1.4 : Approvisionnement en ARV

Produit 1.12.2 : 26 475 nouveau-nés nés de mère séropositives sont sous cotrimoxazole

- Stratégie 1.12.2.1 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI
- Stratégie 1.12.2.2 : Renforcement des soins de routine aux nouveau-nés
- Stratégie 1.12.2.3 : Approvisionnement en intrants IO

Produit 1.12.3 : 21 180 couples mère-enfant ont bénéficié de soutien nutritionnel

- Stratégie 1.12.3.1 : Promotion du soutien et conseils liés à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, et accompagnement des mères dans le contexte du VIH
- Stratégie 1.12.3.2 : Renforcement du soutien nutritionnel des femmes séropositives et de leurs enfants en y associant le conjoint

Produit 1.12.4 : 21 180 nouveau-nés nés de mères séropositives testés à la PCR1

- Stratégie 1.12.4.1 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI
- Stratégie 1.12.4.2 : Renforcement des capacités pour le diagnostic précoce (4-6S) avec charge virale et administration d'un traitement précoce aux nourrissons infectés
- Stratégie 1.12.4.3 : Renforcement des systèmes communautaires

Produit 1.12.5 : 686 nouveau-nés nés de mères séropositives éligibles, sont mis sous ARV

- Stratégie 1.12.5.1 : Promotion du traitement antirétroviral pour les nourrissons éligibles
- Stratégie 1.12.5.2 : Promouvoir la prise en charge nutritionnelle

Mécanisme de mise en œuvre (Effets 1.11 à 1.14)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Santé

Structures de mise en œuvre : Ministère de la Promotion de la Femme, PNLS, DSF, ONG/associations, Ministère de l'Agriculture.

Partenaires d'appui technique et financier : UNICEF, UNFPA, OMS

AXE 2 : INTENSIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

Impact 2 : La survie des personnes (adultes, adolescents et enfants) infectées et affectées par le VIH est améliorée

Effet 2.1 : La proportion des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) qui optent pour le suivi en soins chroniques passe de 35 % à 80 % en 2015

Produit 2.1.1 : **122 202** personnes (adultes, adolescents et enfants) dépistées positives au VIH sont référées dans les structures de PEC

- Stratégie 2.1.1.1 : Renforcement des capacités des prestataires de services (publics, privés et associatifs)
- Stratégie 2.1.1.2 : Assurance-qualité des prestations y compris accompagnement pour observance au traitement
- Stratégie 2.1.1.3 : Mobilisation (implication) communautaire pour le soutien psychosocial aux PVVIH
- Stratégie 2.1.1.4 : Renforcement du système d'orientation recours

Produit 2.1.2 : **113 641** prophylaxie IO sont offertes aux PVVIH (adultes, adolescents et enfants)

- Stratégie 2.1.2.1 : Renforcement du dispositif d'approvisionnement et de distribution des intrants (IO, réactifs et consommables)
- Stratégie 2.1.2.2 : Prophylaxie IO
- Stratégie 2.1.2.3 : Renforcement des capacités des prestataires de services (publics, privés et associatifs)

Produit 2.1.3 : **272 739** traitements IO sont offerts aux PVVIH (adultes, adolescents et enfants) présentant une IO

- Stratégie 2.1.3.1 : Traitement IO
- Stratégie 2.1.3.2 : Renforcement des capacités des prestataires de services (publics, privés et associatifs)
- Stratégie 2.1.3.3 : Renforcement des capacités des laboratoires
- Stratégie 2.1.3.4 : Renforcement du dispositif d'approvisionnement et de distribution des intrants (IO, réactifs et consommables)

Produit 2.1.4 : **782 090** suivis biologique y compris le comptage CD4 sont offerts aux PVVIH (adultes, adolescents et enfants)

- Stratégie 2.1.4.1 : Renforcement des capacités des laboratoires pour le suivi biologique des PVVIH
- Stratégie 2.1.4.2 : Renforcement des capacités des prestataires (techniciens de laboratoires)
- Stratégie 2.1.4.3 : Mise en place d'un mécanisme national de suivi biologique

Effet 2.2 : La proportion de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) éligibles qui prennent les ARV augmente de 42,3% en 2011 à au moins 80% en 2015

Produit 2.2.1 : Le nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous traitement ARV a augmenté de 24 635 à 70 900 en 2015

- Stratégie 2.2.1.1 : Approvisionnement en ARV
- Stratégie 2.2.1.2 : Renforcement des capacités des prestataires
- Stratégie 2.2.1.3 : Renforcement des capacités des structures de prise en charge

Produit 2.2.2 : **70 900** PVVIH (adultes, adolescents et enfants) bénéficient d'une charge virale

- Stratégie 2.2.2.1 : Renforcement des capacités des laboratoires pour la charge virale
- Stratégie 2.2.2.2 : Renforcement des capacités des prestataires

Produit 2.2.3 : **100 %** des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) dépistées TB+, sont mises sous traitement antituberculeux et antirétroviral

- Stratégie 2.2.3.1 : Intensification du dépistage actif de la tuberculose chez les PVVIH et la prophylaxie à l'isoniazide (INH)
- Stratégie 2.2.3.2 : Prise en charge thérapeutique des PVVIH TB+
- Stratégie 2.2.3.3 : Intégration de la surveillance de la tuberculose dans les structures de prise en charge des PVVIH
- Stratégie 2.2.3.4 : Renforcement du système d'orientation recours.

Produit 2.2.4 : 70 900 PVVIH (adultes, adolescents et enfants) éligibles aux ARV bénéficient d'un dépistage actif de l'hépatite B et C

- Stratégie 2.2.4.1 : Renforcement des capacités des laboratoires pour le dépistage actif des hépatites B et C chez les PVVIH éligibles.
- Stratégie 2.2.4.2 : Renforcement de la prise en charge de la co-infection des hépatites B et C

Effet 2.3 : Au moins 95 % de la population expriment des attitudes d'acceptation envers les PVVIH

Produit 2.3.1 : 7 921 980 hommes et femmes ont une connaissance juridique de base en matière protection des droits humains dans le contexte du VIH

- Stratégie 2.3.1.1 : Vulgarisation de la loi portant protection des personnes en matière du VIH
- Stratégie 2.3.1.2 : Renforcement des capacités des organisations des PVVIH en matière de services juridique complémentaires

Produit 2.3.2 : La loi portant protection des personnes en matière du VIH est appliquée par les magistrats, la police judiciaire, les juristes, les assistants juridiques

- Stratégie 2.3.2.1 : Renforcement des capacités des magistrats, 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

Produit 2.3.3 : 100 % des cas de violations de la loi portant protection des personnes en matière du VIH déclarées sont prises en charges

- Stratégie 2.3.3.1 : Mise en place de mécanismes et de structures de réhabilitation des victimes de discrimination
- Stratégie 2.3.3.2 : Renforcement des capacités des organisations de PVVIH et de défense des droits de l'homme.

Effet 2.4 : La situation socioéconomique d'au moins 80 % des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) et des OEV en besoin d'assistance est améliorée

Produit 2.4.1 : 122 202 PVVIH (d'adultes, adolescents et enfants) ont bénéficié d'une prise en charge psychosociale et nutritionnelle

- Stratégie 2.4.1.1 : Mobilisation (implication) communautaire pour le soutien psychosocial aux PVVIH
- Stratégie 2.4.1.2 : Prise en charge psychosociale
- Stratégie 2.4.1.3 : Prise en charge nutritionnelle
- Stratégie 2.4.1.4 : Lutte contre la discrimination et la stigmatisation des personnes infectées et affectées par le VIH
- Stratégie 2.4.1.5 : Renforcement des capacités des structures de PEC et des prestataires de services

Produit 2.4.2 : 73 877 OEV ont bénéficié des services de base essentiels

- Stratégie 2.4.2.1 : Renforcement des capacités des familles d'accueil des OEV
- Stratégie 2.4.2.2 : Mobilisation communautaire pour la prise en charge des OEV
- Stratégie 2.4.2.3 : Accès des OEV aux services essentiels (éducation, soins médicaux, inscription au registre des naissances)

- Stratégie 2.4.2.4 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable à la PEC des OEV
- Stratégie 2.4.2.5 : Soutien juridique aux OEV et familles affectées

Mécanisme de mise en œuvre Axe 2

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Santé

Structures de mise en œuvre : PNLS, CNTS, CAMEG, structures privées, confessionnelles et associatives, Ministère de l'Action Sociale.

Partenaires d'appui technique et financier : OMS, UNICEF, ONUSIDA, Fonds Mondial, les Fondations et autres Organisations internationales, bilatérales et multilatérales.

AXE 3 : RENFORCEMENT 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

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

Produit 3.1.1 : 100% des organes de coordination (CNLS, SP/CNLS, 6 CRLS, 35 CPLS) ont leurs capacités renforcées

- Stratégie 3.1.1.1 : Réorganisation des structures de coordination (diagnostic organisationnel, révision des textes mettant en place les organes)
- Stratégie 3.1.1.2 : Création et mise en place des structures décentralisées
- Stratégie 3.1.1.3 : Renforcement des rôles et capacités des organes de coordination (fonctionnement, formation)
- Stratégie 3.1.1.4 : Plaidoyer politique

Produit 3.1.2 : Tous les documents d'opérationnalisation du PSN (Plans Opérationnels et Plans de Travail Annuel, plans de mobilisation de ressources, plan GAS, Plan de suivi et évaluation, Plan d'assistance technique...) sont élaborés et mis en œuvre

- Stratégie 3.1.2.1 : Développement et mise en œuvre de politiques et stratégies/directives nationales
- Stratégie 3.1.2.2 : Elaboration des différents documents de mise en œuvre du PSN
- Stratégie 3.1.2.3 : Mobilisation des ressources internes et externes y compris l'assistance technique
- Stratégie 3.1.2.4 : Plaidoyer

Produit 3.1.3 : Les ressources mobilisées sont gérées de façon efficace et efficiente avec obligation de rendre compte

- Stratégie 3.1.3.1 : Allocation des ressources internes et externes y compris l'assistance technique
- Stratégie 3.1.3.2 : Renforcement du mécanisme de gestion des ressources mobilisées et de l'obligation de rendre compte à tous les niveaux

Effet 3.2 : Les parties prenantes participent à la réponse nationale au VIH et utilisent de façon optimale les ressources pour créer les services de qualité

Produit 3.2.1 : Les capacités des parties prenantes (Secteur public, privé et de la société civile) sont renforcées

- Stratégie 3.2.1.1 : Renforcement de l'organisation de la coordination des parties prenantes de la lutte contre le VIH
- Stratégie 3.2.1.2 : Renforcement des capacités des parties prenante de la lutte contre le VIH (ressources humaines, formation en planification/gestion de projets,... ; fonctionnement)
- Stratégie 3.2.1.3 : Développement de partenariats intersectoriels
- Stratégie 3.2.1.4 : Mobilisation sociale et des secteurs

Produit 3.2.2 : Plans Opérationnels et des Plan de Travail Annuel sont élaborés et mis en œuvre

- Stratégie 3.2.2.1 : Elaboration de plans d'actions sectoriels (secteurs public et privé, niveaux décentralisés, société civile)
- Stratégie 3.2.2.2 : Mise en œuvre des plans d'actions sectoriels

Produit 3.2.3 : Les ressources allouées sont gérées de façon efficace et efficiente avec obligation de rendre compte

- Stratégie 3.2.3.1 : Développement des outils de gestion
- Stratégie 3.2.3.2 : Renforcement des capacités
- Stratégie 3.2.3.3 : Mise en place d'un cadre de concertation périodique entre les parties prenantes

Effet 3.3 : Tous les acteurs utilisent à temps réel l'information stratégique pour orienter la réponse au VIH

Produit 3.3.1 : Les données de routine liées à la gestion du plan stratégique sont générées régulièrement à tous les niveaux

- Stratégie 3.2.1.3 : Mise en place d'un cadre organisationnel de suivi-évaluation
- Stratégie 3.2.1.3 : Renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux
- Stratégie 3.2.1.3 : Mise en place d'un mécanisme de suivi (plan et manuel de suivi-évaluation)

Produit 3.3.2 : Les données du système de surveillance et de recherche sont générées régulièrement à tous les niveaux

- Stratégie 3.3.2.1 : Renforcement du plan de surveillance et de recherche
- Stratégie 3.3.2.2 : Renforcement des capacités des acteurs pour la surveillance et la recherche
- Stratégie 3.3.2.3 : Mise en œuvre des activités de surveillance et de recherche

Produit 3.3.3 : Les informations stratégiques sont disséminées régulièrement

- Stratégie 3.3.3.1 : Mise en place d'un mécanisme de dissémination de l'information stratégique (évaluation des besoins en information stratégique, élaboration d'un plan de dissémination, définition du calendrier de dissémination)
- Stratégie 3.3.3.2 : Dissémination régulière de l'information stratégique.

Effet 3.4 : Les Partenaires d'appui Technique et Financier s'alignent, harmonisent leurs procédures et contribuent efficacement à la réponse nationale

Produit 3.4.1 : Le Plan national d'assistance technique et financière est disponible et mis en œuvre

- Stratégie 3.4.1.1 : Plaidoyer politique
- Stratégie 3.4.1.2 : Elaboration du plan

Produit 3.4.2 : Forum des partenaires formalisé et opérationnel

- Stratégie 3.4.2.1 : Plaidoyer politique
- Stratégie 3.4.2.2 : Mise en place de textes régissant l'organisation et le fonctionnement du forum

Effet 3.5 : 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

Produit 3.5.1 : L'accès aux minorités sexuelles, aux groupes à haut risque et aux populations nécessiteuses est assuré

- Stratégie 3.5.1.1 : Plaidoyer politique
- Stratégie 3.5.1.2 : Mise en place de documents favorisant l'encadrement de ces groupes
- Stratégie 3.5.1.3 : Organisation des groupes

Produit 3.5.2 : Les prestataires et bénéficiaires des services disposent de ressources adéquates

- Stratégie 3.5.2.1 : Mise en place d'un mécanisme d'acheminement des ressources
- Stratégie 3.5.2.2 : Mise en place d'un dispositif de contrôle de l'utilisation effective des ressources

Mécanisme de mise en œuvre

Organes de coordination techniques et opérationnels : CNLS-IST

Structures de mise en œuvre : SP/CNLS-IST

Partenaires d'appui technique et financier : Système des Nations Unies, partenaires bilatéraux et multilatéraux, le secteur privé, les ONG internationales, les fondations

7. RESULTATS DE L'EVALUATION A MI-PARCOURS

L'évaluation à mi-parcours du PSN 2012-2015 a été faite sur le plan quantitatif et qualitatif. Ainsi sur le plan quantitatif, la revue documentaire a fourni des informations sur le niveau de réalisation des différents produits pour les années 2012 et 2013.

Concernant l'aspect qualitatif, des entretiens ont permis de relever les préoccupations des différents acteurs ainsi que leurs suggestions pour améliorer la mise en œuvre du PSN pour les deux années à venir.

7.1. Résultats quantitatifs

7.1.1.1. Niveau de réalisation des produits chez les PS

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de PS ayant bénéficié de tests de dépistage du VIH	1 600	2112	132	1 829	3548	193	7 200	5660	78,8
Nombre de test de dépistage réalisés chez les PS	3600	ND	ND	6 400	ND	ND	26 000	ND	ND
Quantité de préservatifs masculins et lubrifiants distribués aux PS	4 704 000	203 430	4,3	4 704 000	163 551	3,48	18 797 184	366 981	2,0
Quantité de préservatifs féminins et lubrifiants distribués aux PS	4704	ND	ND	4 704	600	12,76	18 816	600	3,2
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités correctement chez les PS	7 201	1846	25,6	3 600	3 475	96,53	24 000	5 321	22,2
Nombre de PS sensibilisés sur les violences basés sur le genre	4 000	ND	ND	4 800	1 950	40,63	6 400	1 950	30,5

7.1.1.2. Niveau de réalisation des produits chez les HSH

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de HSH ayant bénéficié de tests de dépistage du VIH	200	517	258	258	327	126,7	3 250	583	17,9
Nombre de tests de dépistage réalisés chez les HSH	350	ND	ND	800	327	40,9	900	327	36,3
Quantité de préservatifs masculins distribués aux HSH	208 000	7 832	3,7	208 000	74 750	35,9	832 000	82582	9,9
Quantité de lubrifiants de préservatifs masculin distribués aux HSH	208 000	ND	ND	208 000	47 103	22,6	832 000	47103	5,7
Nombre de HSH ayant bénéficié de préservatifs masculins	500	248	50	257	1 100	428,0	1000	1348	134,8
Nombre de HSH ayant bénéficié de lubrifiants des préservatifs	500	ND	ND	257	2 129	828,4	1000	2129	212,9
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités correctement chez les HSH	2000	68	3%	1 000	436	43,6	4 500	504	11,2

7.1.1.3. Niveau de réalisation des produits chez les hommes et les femmes en uniformes

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux(%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre d'hommes et de femmes en uniforme ayant bénéficié de tests de dépistage du VIH	2 490	1 502	60,3	2 976	15 791	530,6	13 888	17 293	124,5
Nombre de tests réalisés chez les hommes et de femmes en uniforme	8680	ND	ND	10 416	15791	151,6	45 163	15 791	35,0
Quantité de préservatifs masculins distribués aux hommes et aux femmes en uniforme	2 683 579	221 241	8,2	3 683 579	867 808	23,6	10 724 314	1 089 049	10,2
Quantité de lubrifiants de préservatifs distribués aux hommes et aux femmes en uniforme	2 683 579	ND	ND	2 683 579	ND	ND	10 724 314	ND	ND
Nombre d'hommes et de femmes en uniforme ayant bénéficié de préservatifs masculin	4340	ND	ND	4340	ND	ND	17 360	ND	ND
Nombre d'hommes et de femmes en uniforme ayant bénéficié de lubrifiant des préservatifs	4340	ND	ND	4340	ND	ND	17360	ND	ND
Quantité de préservatifs féminin distribués aux hommes et aux femmes en uniforme	27 084	ND	ND	27 084	ND	ND	108 326	ND	ND
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités correctement chez les hommes et les femmes en uniforme	3 472	128	3,7	2 604	144	5,5	8 680	272	3,1
Nombre d'hommes et de femmes en uniforme ayant bénéficié de sensibilisation sur les violences basées sur le genre	8 680	ND	ND	10 416	ND	ND	13 883	ND	ND

7.1.1.4. Niveau de réalisation des produits chez les transporteurs, chauffeurs routiers et population mobile

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de transporteurs, chauffeur routiers et population mobile ayant bénéficié de tests de dépistage du VIH	12 000	5 011	42	12 000	4609	38,4	154 000	9 620	6,2
Nombre de tests de dépistage du VIH réalisé chez les transporteurs, chauffeurs routiers et population mobile	ND	ND	ND	35 000	4609	13,2	42 000	4 609	11,0
Quantité de préservatifs masculins distribués aux transporteurs, routiers et population mobile	6 720 000	32 021	0,5	6 720 000	6027	0,1	26 853 120	38 048	0,1
Quantité de préservatifs féminins distribués aux transporteurs, routiers et population mobile	20 000	4 342	22	27 084	2873	10,6	26 880	7 215	26,8
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités correctement chez les transporteurs, routiers et population mobile	12 000	2 378	20	14 700	ND	ND	49 000	2 378	4,9
Nombre de transporteurs, routiers et population mobile sensibilisés sur les violences basées sur le genre	ND	ND	ND	42 000	665	1,6	56 000	665	1,2

7.1.1.5. Niveau de réalisation des produits attendus en milieu carcéral

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de personnes sensibilisées en milieu carcéral	4 136	2216	53,6	4 136	9510	229,9	4 136	9510	229,9
Nombre de personnes ayant bénéficié du test de dépistage du VIH en milieu carcéral	1 000	276	27,6	1 000	1 000	100,0	13 235	1 276	9,6
Nombre de tests de dépistage réalisés en milieu carcéral	ND	ND	ND	3 102	1 000	32,2	3 309	1 000	30,2
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités correctement chez les personnes en milieu carcéral	1 654	ND	ND	1 241	ND	ND	4 136	ND	ND

7.1.1.6. Niveau de réalisation des produits chez les usagers de drogues

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux(%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de tests de dépistage du VIH réalisé chez les usagers de drogue	1937	ND	ND	2 260	300	13,3	10 008	300	3,0
Nombre d'usagers de drogue ayant bénéficié du test de dépistage du VIH	1 200	137	11,41	950	300	31,6	3 229	437	13,5
Quantité de préservatifs masculins distribués chez les usagers de drogue	1 343 056	ND	ND	1 343 056	2 972	0,2	5 372 224	2972	0,1
Quantité de préservatifs féminins distribués chez les usagers de drogue	ND	ND	ND	1 614	88	5,5	6 457	88	1,4
Nombre de cas d'IST les usagers de drogue	2777	ND	ND	2 131	ND	ND	7 232	ND	ND

7.1.1.7. Niveau de réalisation des produits chez les jeunes

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de jeunes sensibilisés sur le VIH et le Sida	515 409	221 939	43,1	618 491	637 674	103,1	824 654	859 613	104,2
Nombre de jeunes ayant bénéficié du test de dépistage du VIH	191438	27 214	14,7	235 616	121 195	51,4	2 989 372	148 409	5,0
Nombre de tests de dépistage réalisé chez les jeunes	670 032	ND	ND	721 573	121 229	16,8	824 654	121 229	14,7
Quantité de préservatifs masculin distribués chez les jeunes	11 000 000	501 475	4,5	12 542 992	200 370	1,0	43 937 582	701 845	1,6
Nombre de préservatifs féminins distribués aux jeunes	173 177	ND	ND	173 177	82 194	47,5	593 751	82 194	13,8
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités correctement chez les jeunes	ND	17 145	ND	30 925	11 341	36,7	103 082	28 486	27,6

7.1.1.8. Niveau de réalisation des produits dans le cadre de la sécurisation des poches de sang (Sécurité Transfusionnelle)

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Proportion de donneurs bénévoles fidélisés	60%	73,92%	123,2	70%	23,01%	32,87	80%	23,01	28,87
Nombre de postes de collecte et de distribution de sang supplémentaire fonctionnels	3	3	100	4	6	150,0	27	9	33,33
Nombre de poches de sang et dérivés sécurisées	44 000	42 676	97	49000	38197	78,0	100 000	80 873	80,87

7.1.1.9. Niveau de réalisation des produits chez les femmes de 15-49 ans

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de séance de sensibilisations réalisés envers les femmes de 15 à 49 ans	ND	510	ND	ND	578	ND	ND	1088	ND
Nombre de femmes de 15-49 ans sensibilisées sur la SSR/VIH	846 122	49293	5,8	618491	442 478	71,5	1 321 478	491771	37,21
Nombre de femmes de 15-49 ans sensibilisées sur les violences basées sur le genre.	846 122	99860	11,8	1 023 961	1534	0,1	1 321 478	101394	7,67
Nombre de tests de dépistage réalisés chez les femmes de 15-49 ans	846122	186715	22,1	732 227	227 394	31,1	4 401 412	414109	9,41
Quantité de préservatifs masculins offerts aux femmes de 15-49 ans	2 495 315	46 752	1,9	2 495 315	33054	1,3	10 103 877	79806	0,79
Quantité de préservatifs féminin offerts aux femmes de 15-49 ans	24 953	ND	ND	24 953	49086	196,7	100 000	49086	49,1
Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités chez les femmes de 15-49 ans	43 407	38 469	88,6	44 449	20039	45,1	161 221	58508	36,29
Nombre de femmes de 15-49 ans victimes de violence basées sur le genre prises en charge	312 296	ND	ND	283 559	781	0,3	1 268 001	781	0,06

7.1.1.10. Niveau de réalisation des produits chez les femmes en âge de procréer et séropositives

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Quantité de contraceptifs distribués aux femmes séropositives en âge de procréer ayant adopté des méthodes de planification familiale de leur choix en particulier la double protection	696 927	ND	ND	696 927	ND	ND	2 787 706	ND	ND
Nombre de femmes séropositives en âge de procréer référées en planning familial	53 629	2 693	5,02	58 078	1831	3,2	232 309	4 524	1,9
Nombre de femmes séropositives au VIH en âge de procréer sous contraceptif moderne	53629	2693	5,02	53629	1518	2,8	53629	4 211	7,84

7.1.1.11. Niveau de réalisation des produits dans le cadre de la prévention de l'infection chez les femmes enceintes séropositives

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié du test VIH	330370	140890	42,6	286597	165809	57,9	1321480	306699	23,2
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié du comptage des CD4	3 863	1 501	38,9	4 927	929	18,9	20 576	2 430	11,8
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié des interventions obstétricales sûres	6 439	ND	ND	6 569	ND	ND	26 475	ND	ND
Nombre de femmes enceintes séropositives éligibles au traitement mises sous ARV	1 545	ND	ND	1 971	1 036	52,56	8 230	1 036	12,6
Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV dans le cadre de la prophylaxie	4 894	3 448	70,5	4 598	4478	97,4	18 245	7 926	43,4

7.1.1.12. Niveau de réalisation des produits dans le cadre de la prévention de l'infection à VIH chez le couple mère-enfant

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de femmes séropositives ayant accouché, éligibles mises sous ARV	1 957	1 954	99,8	1 839	2676	145,51	7 298	4 630	63,4
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives mis sous cotrimoxazole	6 439	2 476	38,5	6 569	2431	37,01	26 475	4 907	18,5
Nombre de couples mère-enfants ayant bénéficié de soutien nutritionnel	5 151	ND	ND	5 255	150	2,85	21 180	150	0,7
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives ayant bénéficié de la PCR1	5 151	2 007	39,0	5 255	2244	42,70	21 180	4 251	20,1
Nombre de nouveau-nés nés de mères séropositives éligibles mis sous ARV	172	155	90,1	172	62	36,05	686	217	31,6

7.1.1.4. Mise en œuvre des interventions de l'Axe stratégique 1

Les principales interventions mises en œuvre par le secteur santé et les Organisations de la Société Civile au niveau de l'axe stratégique I étaient :

- Le conseil et dépistage chez toutes les cibles surtout les femmes enceintes dans le cadre de l'élimination de la transmission mère-enfant (PTME),
- La distribution des préservatifs surtout les préservatifs masculins,
- La prise en charge des IST,
- La prophylaxie par les ARV des femmes enceintes séropositives,
- Le traitement des femmes enceintes éligibles par les ARV,
- La mise sous ARV des femmes séropositives qui ont accouché et qui sont éligibles,
- La création des post de collecte et de distribution de sang,
- La sécurisation des poches de sang et la fidélisation des donateurs de sang,
- Les tests de PCR chez les nouveaux nés de mères séropositives.

Dans le cadre de la PTME, d'important progrès ont été réalisés au cours des deux dernières années (2012 et 2013). Au total 17 nouveaux sites ont été aménagés en 2013, ce qui porte le nombre de site capables de fournir des services complets au couple mère-enfant est passé de 4 en 2012 à 21. Le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de test de dépistage a également augmenté de 24919 en 2013.

Le dépistage à l'initiative des prestataires chez les enfants de moins de 5 ans est en net progression également. Il faut reconnaître que le traitement pédiatrique est resté stationnaire à moins de 13% de couverture. Le pays dispose actuellement de deux appareils PCR l'un à Kara et l'autre à Lomé.

Au niveau du secteur non santé, les interventions ont été menées au niveau des ministères en charge de l'enseignement lors de la journée mondiale de lutte contre le Sida. Il s'agit des activités de sensibilisation, mais à ce jour, les données sur le nombre estimé de jeunes sensibilisés n'étaient pas disponibles.

Au niveau de la sensibilisation des jeunes, l'enseignement du VIH dans les écoles de l'enseignement secondaire est en progression. De plus en plus d'enseignants reçoivent les formations à cet effet. Un arrêté ministériel pris en ce sens en 2009 facilite le passage à échelle de cette activité.

Malgré les efforts des différents acteurs pour améliorer les activités de préventions, l'analyse de la situation en vue de l'élaboration du cadre d'investissement a noté qu'au cours des deux dernières années les faiblesses ci-après persistent :

- (i) les efforts de prévention ne sont pas suffisamment ciblés et concentrés sur les groupes qui sont les foyers de l'épidémie notamment les professionnelles du sexe et leurs clients, les hommes en uniformes, les routiers et autres populations mobiles et les populations carcérales.
- (ii) l'insuffisance de passage à échelle des services de prévention, dépistage volontaire ; PTME ; diagnostic et le traitement corrects des IST ; promotion de l'utilisation du préservatif.
- (iii) la généralisation du dépistage volontaire est encore limitée par des contraintes importantes telles que l'insuffisance dans l'approvisionnement des sites en réactifs et consommables et des ressources humaines formées en conseil et dépistage, l'inadaptation de certains centres au conseil et dépistage et la faible couverture du territoire national en centres de conseil et dépistage.

- (iv) le faible taux de couverture en services de santé de reproduction / planification familiale limite l'accès à la population féminine.
- (v) le taux des perdus de vue du couple mère-enfant entre les sites PTME et les sites de prise en charge est encore élevé, en plus de l'insuffisance de PCR pour le dépistage précoce et la prise en charge des enfants infectés.

Conformément au cadre de performance de la mise en œuvre du PSN, cette l'évaluation à mi-parcours montre que le chemin pour atteindre l'objectif de 2015 reste encore long car sur les différentes stratégies de préventions, celles qui ont eu un taux de réalisation de plus de 50 %, ne sont pas nombreuses. Il s'agit des indicateurs portant sur le nombre de :

- HSH ayant bénéficié de préservatifs masculins,
- Hommes et de femmes en uniforme ayant bénéficié de tests de dépistage du VIH,
- Tests réalisés chez les HSH,
- Personnes sensibilisées en milieu carcéral,
- Jeunes sensibilisés sur le VIH et le Sida,
- Poches de sang et dérivés sécurisées,
- Femmes séropositives ayant accouché, éligibles mises sous ARV.

En conclusion, dans le cadre de la prévention du VIH et des IST au Togo, au cours des deux premières années de mise en œuvre du PSN (2012-2013) ; correspondant à l'étape de mis parcours :

- les séances de sensibilisation ont permis d'atteindre les taux de 68,57% chez les jeunes de 15 à 24 ans, 12,8% chez les femmes et 7,6% chez les transporteurs et populations mobiles.
- l'offre des préservatifs a atteint un taux de réalisation de 51,53% chez les Hommes et femmes en uniforme, 47,34% chez les jeunes, 18,19% chez les professionnels de sexe et 2,53% chez les HSH.
- l'offre de service de conseil dépistage, a atteint un taux de réalisation de 46,01%. Les femmes dans leur ensemble représentent 80,09% ; et les jeunes représentent 16,49%. Ce taux de réalisation chez les populations clés est de 27,0% chez les PS, 20,3% chez les usagers de drogues, 17,9% chez les HSH et 9,6% chez les détenus.
- l'offre de service de prise en charge des cas d'IST, a permis d'atteindre 63,52% de cas d'IST chez les femmes de 15 à 49 et 30,92% chez les jeunes. Le niveau de réalisation chez les professionnelles de sexe et les populations mobiles est respectivement de 2,48% et 2,58%. Aucun cas n'a été notifié chez les femmes enceintes, les usagers de drogues et les populations en milieu carcéral.

Concernant les difficultés rencontrées au cours des deux premières années de mise en œuvre du PSN ont peut retenir :

- les difficultés dans la notification du nombre de personnes touchées par les activités. En effet ce sont les personnes-contact qui ont été rapportées pour la plupart des indicateurs au lieu de personnes individus.
- L'insuffisance dans la coordination des activités des ONG et associations.
- Les défaillances dans le système de rapportage des données et dans le système de suivi évaluation.

- L'insuffisance dans la gestion des intrants marqué par de multiples portes d'entrées des intrants pour les tests de dépistage.
- L'insuffisance de personnel en quantité et en qualité car il n'y a plus eu de renforcement de capacité d'un grand nombre au cours de la période.
- L'insuffisance de renforcement de capacité du personnel en conseil dépistage des prestataires de sites ciblant les populations clés et vulnérable et dans le cadre dépistage communautaire.
- La multiplicité des supports de rapports à renseigner par les acteurs de terrains ;
- La charge du travail en fin d'année a retardé le remplissage à temps du rapport.

Les principaux goulots d'étranglement :

- Le faible niveau d'atteinte des cibles en matière d'accès à des services comme les préservatifs pose la question de la maîtrise et de l'efficacité des circuits d'approvisionnement des préservatifs et des intrants ;
- La question de la pertinence de certains indicateurs, de la détermination des cibles du PSN ;
- La qualité de la prise en charge du couple mère enfant (problème de perdues de vue, ainsi que les problèmes pour la réalisation du PCR et la prise en charge pédiatrique sont des questions d'une préoccupation inquiétante.

7.1.2. AXE 2 : INTENSIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

7.1.2.1. *Survie des personnes dépistées séropositives*

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux (%)
Nombre de personnes dépistées positives au VIH référées dans les structures de prise en charge	78 943	1 131	1,4	96 853	ND	ND	122 202	1 131	0,9
Nombre de prophylaxies IO offertes aux PVVIH (adultes adolescents et enfants)	19 736	20 235	1 02,5	24 213	16 209	66,9	113 641	36 444	32,1
Nombre de traitements IO offertes aux PVVIH (adultes, adolescents et enfants) présentant une IO	47 366	ND	ND	58 112	1730	3,0	272 739	1 730	0,6
Nombre de suivis biologiques y compris le comptage de CD4 offerts aux PVVIH (adultes, adolescents et enfants)	79 678	22 020	27,6	97 756	28 213	28,9	782 090	50 233	6,4

7.1.2.2. *Prise en charge des PVVIH par les ARV*

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous traitement ARV	33 408	31 638	94,7	59 000	34489	58,5	70 900	34489	48,64
Nombre de nouveau-nés nés de mères séropositives éligibles mis sous ARV	172	155	90,1	172	62	36,0	686	217	31,63
Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) ayant bénéficié d'une charge virale	33 408	771	2,3	59 000	582	1,0	70 900	1 353	1,91
Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) dépistées TB+ et mis sous traitement antituberculeux et antirétroviral	4 797	476	9,9	2 093	21	1,0	10181	497	4,88
Nombre de PVVIH (Adultes, Adolescents et enfants) éligibles aux ARV ayant bénéficié d'un dépistage actif de l'hépatite B et C	33 408	ND	ND	59 000	18	0,031	70 900	18	0,03

7.1.2.3. Connaissances juridiques de l'infection à VIH

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre d'hommes et de femmes ayant une connaissance juridique de base en matière de protection des droits humains dans le contexte du VIH	1 522 868	ND	ND	1 843 043	12 972	0,7	7 921 980	12 972	0,2

7.1.2.4. Prise en charge psychosociale et nutritionnelle

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux	Cible 2015	Réalisé	Taux
Nombre de PVVIH (d'adultes, adolescents et enfants) ayant bénéficié d'une prise en charge psychosociale et nutritionnelle	74 299	4 087	5,5	91 156	32 225	35,4	122 202	36 312	29,7
Nombre d'OEV ayant bénéficié des services de base essentiels	16 171	ND	ND	18 470	9 120	49,4	73 877	9 120	12,3

7.1.2.5. Interventions de l'Axe stratégique 2

L'axe stratégique II du PSN 2012-2015 est consacré à l'intensification de la prise en charge globale. La mise en œuvre des interventions liées à cet axe ont été exécutées par le secteur santé. Le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS/IST) a mis en œuvre toutes les interventions prévues à savoir :

- L'offre de la prophylaxie des IO aux PVVIH,
- Le traitement des IO chez les PVVIH,
- Le suivi biologique y compris le dosage des CD4 au moins une fois par an,
- Le traitement par les ARV,
- Le dosage de la charge virale.

Deux réseaux des ONG ont contribué à la mise en œuvre des interventions en rapport avec la prise en charge psychosociale et nutritionnelle des PVVIH et l'offre des services de base essentiels aux Orphelins et Enfants rendus Vulnérables par l'infection par le VIH et le Sida.

Force est de reconnaître que les interventions dans ce domaine de prise en charge psychosociale et nutritionnelle ont été paralysées au cours de l'année 2012 et le premier semestre de l'année 2013 du fait de la suspension du financement du Fonds Mondial car cette rubrique y dépend fortement.

Certaines interventions n'ont pas été programmées par le Plan Opérationnel de 2012, elles l'ont été seulement au cours de l'année 2013. Leur taux de réalisation est alors très bas à mi-parcours de la mise en œuvre du PSN. Il s'agit du :

- renforcement des connaissances juridiques de base en matière de lutte contre l'infection par le VIH et le Sida, bien que le nombre de personnes ayant bénéficié de ce renforcement n'a pas été notifié en 2012, il est de 12 972 personnes en 2013 avec un taux de réalisation à mi-parcours de 0,2%. De nouvelles stratégies seront nécessaires pour améliorer la situation.
- dépistage actif de l'hépatite B et C chez les PVVIH éligibles aux ARV, dont le nombre de cas réalisés en 2012 n'était pas notifié est passé seulement à 18 cas en 2013, ce qui explique un taux de réalisation très faible à mi-parcours (0,025%). Cette intervention mérite une attention particulière au cours des deux années à venir.
- dépistage systématique de la tuberculose chez les PVVIH sous traitement antirétroviral et l'association du traitement antituberculeux si positif a été effectif au cours des deux années. Malheureusement le nombre de patient mis sous traitement à la fois ARV et Antituberculeux a chuté de 476 en 2012 à 21 en 2013. Cette situation était liée à des problèmes d'intrants pour le diagnostic de la tuberculose dans les centres accrédités.

Mais la couverture des besoins de mise sous ARV bien qu'en augmentation progressive est toujours restée en deçà de l'objectif de l'accès universel de 80%.

L'analyse des différentes actions de prise en charge globale fait ressortir qu'aucun indicateur n'a atteint le niveau prévu par le cadre de performance du plan stratégique national et des plans opérationnels. Seul l'indicateur portant sur Nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous traitement ARV a atteint un taux de réalisation de 48,6%.

Si le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 30334 à 34489 personnes soit une progression de 12% au cours de la période, cela relève de la bonne performance

réalisée au cours de la première année avec un taux de 94,7%. Au cours de la deuxième année, la marge de progression est faible. Cette situation est due plus au système d'approvisionnement des produits au niveau des structures accréditées de prise en charge que des problèmes de rupture de stock dans le pays. Vu aussi la mobilité des prescripteurs, certaines structures sont actuellement sans personnel qualifié. Il reste alors d'important progrès à réaliser en matière de la qualité de prise en charge notamment en matière de gestion de l'efficacité de traitement en augmentant l'accès à la charge virale, le dépistage des co-infections par les hépatites B et C puis la tuberculose. La prise en charge des infections opportunistes et l'accès au suivi biologique nécessitent également un renforcement des capacités des agents et du plateau technique. L'amélioration de la qualité de la prise en charge permettra d'augmenter le taux de survie des malades et lutter efficacement contre les échecs thérapeutiques.

Les principales difficultés qui relèvent de l'axe II relatif à la prise en charge global des personnes vivant avec le VIH peuvent être résumées en cinq points ci-dessous :

- Insuffisance dans le suivi des patients: cette insuffisance s'est manifestée de plusieurs façons dont le nombre faible de personnes suivies à mi-parcours, le mode de suivis comme le déploiement tardif et insuffisant des médiateurs sur le terrain pour aider à la recherche des perdus de vue et animer les activités psycho-sociales, etc.
- Faible qualité du suivi des patients: A ce jour la réalisation de la charge virale n'est pas systématique à cause du faible plateau technique dans les hôpitaux des régions et des districts. A cela il faut ajouter les cas de rupture en réactif pour le dosage des CD4. Quand on sait que c'est un examen indispensable pour la prise de décision thérapeutique on comprend alors les efforts qu'il faudra fournir dans les deux années à venir.
- Faible motivation des prestataires.
- Programme d'éducation thérapeutique non effectif dans toutes les structures de PEC.
- Soutien nutritionnel insuffisant.

7.1.3. Axe 3 : RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET GESTION DE LA REPONSE

7.1.3.1. Organes de coordination de la réponse

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux(%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre d'organes de coordination (SP/CNLS, 6 CRLS) dont les capacités ont été renforcées (<i>en suivi et évaluation</i>)	7	7	100,0	35	35	100,0	42	42	100,0
Nombre et type de documents d'opérationnalisation du PSN (Plans Opérationnels, plans de mobilisation de ressources, plan et manuel de suivi et évaluation, plan d'assistance technique...) élaborés et mis en œuvre	7	6	85,7	7	7*	100,0	7	7	100,0
Nombre d'organes de coordination gérant les ressources mobilisées de façon efficace et efficiente avec obligation de rendre compte selon les procédures	42	1	2,38	44	11	25,0	45	12	26,7

* élaboration d'autres types de documents que les plans d'action annuelle.

7.1.3.2. Dissémination et utilisation des informations stratégiques

Libellé des cibles	2012			2013			Situation à mi-parcours		
	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible	Réalisé	Taux (%)	Cible 2015	Réalisé	Taux(%)
Nombre de secteurs partageant à temps réel les informations stratégiques (public, privé et la société civile)	3	2	66,7	3	2	66,7	3	2	66,7
Nombre d'organe de coordination décentralisés partageant à temps réel les informations stratégiques	7	7	100,0	35	35	100,0	42	42	100,0
Données de routines liées à la gestion du PSN sont générées régulièrement au niveau des CPLS	9	9	100,0	35	35	100,0	44	44	100,0
Nombre de recherches réalisées	2	0	0,0	3	2	66,7	5	2	40,0
Nombre de Plans Opérationnels et Plan de travail Annuel élaborés et mis en œuvre (3 secteurs et 42 organes décentralisés de coordination)	10	1	10,0	35	7	20,0	45	8	17,8
Nombre de parties prenantes dont les capacités ont été renforcées	45	1	2,2	45	11	24,4	45	12	26,7
Nombre de secteurs et organes de coordination gérant les ressources mobilisées de façon efficace et efficiente avec obligation de rendre compte	10	1	10,0	45	12	26,7	45	13	28,9

7.1.3.3. Intervention de l'Axe Stratégique 3

L'axe stratégique 3 du PSN 2012-2015 traite la question du renforcement de la gouvernance et la gestion de la réponse. Au cours des deux premières années de mise en œuvre du plan certaines activités ont été réalisées il s'agit notamment de :

- l'élaboration des Plans Opérationnels pour les années 2012 et 2013,
- l'élaboration du plan d'assistance technique,
- l'élaboration du plan de suivi/évaluation des interventions,
- l'élaboration des plans d'action annuels (PTA) pour la société civile et certains services du secteur public non santé,
- l'élaboration du document de politique nationale de prévention et de prise en charge des populations clés en matière d'IST, VIH et le Sida,
- l'élaboration du rapport GAS,
- l'élaboration du REDES,
- la formation des points focaux en suivi/évaluation des interventions.

Au cours de ces deux premières années de mise en œuvre du PSN, les activités ci-dessous auraient dû être mise en œuvre :

- le renforcement des capacités des comités régionaux de lutte contre l'infection à VIH,
- l'organisation du forum des partenaires en matière de lutte contre l'infection à VIH,
- le plaidoyer en direction des ministres pour une plus grande implication et la mobilisation des ressources nationales pour la lutte contre l'infection,
- l'organisation des sessions annuelles du CNLS,
- l'élaboration du plan de mobilisation des ressources,
- le renforcement des capacités en gestion des ressources financières,
- l'acquisition et la mise à disposition du matériel et des mécanismes de gestion des ressources financières,
- l'organisation des audits périodiques au niveau des acteurs.

Il faut reconnaître que dans l'élaboration du présent plan stratégique, la majorité des indicateurs de l'axe stratégique III nécessite une plus grande précision afin de pouvoir faire les évaluations nécessaires. Il sera nécessaire par exemple de lister clairement les différentes parties prenantes qui doivent avoir l'information stratégique en temps réel, les différentes études ou recherche indispensables selon les années de l'exécution du plan stratégique.

Force est de constater que la coordination de la mise en œuvre du PSN au niveau national a fait de grands effort pour mettre à la disposition du pays d'importants documents stratégique en matière de lutte contre l'infection à VIH. Il s'agit des documents comme :

- Le plan national de communication 2012-2015 ;
- Le cadre d'Investissement 2013-2017 ;
- *Le plan national d'assistance technique 2013-2015 ;*
- La traduction de la Loi portant protection des personnes en matière de VIH 2010 en Ewé et en Kabyè ;
- Le programme national de prévention et de prise en charge globale du VIH des populations clés au Togo ;

- La charte des journalistes sur les populations clés.

Certaines études ont été également réalisées elles méritent d'être citées même si elles ne sont pas les plus importantes pour mesurer les effets et impacts de la réponse. Il s'agit de :

- L'Etude de faisabilité de la mise en place de l'observatoire national sur la stigmatisation et la discrimination ;
- L'Analyse de la distribution de nouvelles infections du VIH au Togo : Rapport MOT 2013.

7.2. Résultats des données qualitatives

Les responsables de la lutte contre l'infection à VIH et le SIDA au Togo ont été contactés pour avoir leur opinion sur le PSN 2012-2015, sa mise en œuvre au cours des deux dernières années et s'assurer de l'adhésion de tous à ce plan. Les principaux acteurs qui ont accueilli l'équipe d'évaluation sont les suivants :

- Les responsables de la lutte contre l'infection à VIH dans le secteur de la santé (PNLS) et l'Unité de Gestion des projets et Programmes du fonds mondial au Togo (UGP),
- Les responsables de la lutte contre l'infection à VIH au niveau du secteur non santé ci-après :
 - o Le ministère des enseignements primaire et secondaires,
 - o Le ministère de l'enseignement technique, de la formation professionnelle et de l'industrie,
 - o Le ministère de la justice et des relations avec les institutions de la République,
 - o Le ministère des Droits de l'Homme, de la Consolidation de la Démocratie, chargé de la mise en œuvre des Recommandations de la CVJR,
 - o Le ministère de la sécurité et de la protection civile,
 - o Le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- Les partenaires techniques et financiers comme l'UNICEF, l'UNFPA et l'ONUSIDA ont également été interviewés,
- La Plateforme des OSC et l'ONG PSI ont été contactées dans le cadre des acteurs de la société civile.

7.2.1. Utilités/acquis avec le PSN 2012-2015

Les acteurs ont reconnu que le PSN a été très utile pour la lutte contre l'infection à VIH et le Sida dans le pays. «*Ce document a mobilisé tout le monde depuis la phase d'élaboration jusqu'à l'opérationnalisation de la mise en œuvre*» a déclaré un des acteurs. Le PSN a été indispensable à l'application de l'un des principes du «Three in One» préconisé par l'ONUSIDA surtout le principe du cadre unique de référence en matière de lutte contre l'infection au Togo. Le PSN 2012-2015 a eu l'avantage d'être l'outil qui a contribué à la levée de certaines conditionnalités du financement par du Fonds Mondial pour le pays.

L'opérationnalisation du PSN a permis aux différents intervenants des différents secteurs d'avoir des notions en élaboration de Plans Opérationnels, des Plans de Travail Annuel (PTA) et en suivi/évaluation des interventions.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN, certains secteurs ont profité pour réorganiser les noyaux antisida de certains ministères. Certains ministères ont bénéficié des financements pour sensibiliser les jeunes pour d'autres le financement a permis d'organiser des ateliers entre personnel du ministère.

Le PSN 2012-2015 a également permis de sélectionner les cibles et les interventions prioritaires puis d'en faire une large diffusion au niveau des différents acteurs. Il a été conçu de manière à fournir des informations sur les objectifs visés ainsi que les indicateurs de suivi pour chaque cible.

L'autre avantage du PSN 2012-2015 porte sur la sélection des interventions par cible. Cette identification des interventions permet aux acteurs de savoir ce qu'il faut faire en fonction de la cible visée. Les interventions prévues sont également celles qui ont un plus grand impact sur les cibles. Les cibles du PSN sont pertinentes ainsi que les interventions.

7.2.2. Mise en œuvre des interventions

Les activités du PSN 2012-2015 ont été effectivement mises en œuvre entre 2012 et 2013 dans le pays. Mais selon les informations recueillies deux secteurs auraient été très actives au cours de la période. Il s'agit du secteur santé et des Organisations de la Société Civile. Le secteur santé à travers le réseau des structures de soins et des centres de dépistage volontaire a contribué à la mise œuvre des interventions au niveau de tous les axes mais principalement les deux premiers axes (Axe de prévention et de prise en charge).

Les Organisations de la Société Civile ont mené des interventions très spécifiques en direction des populations clés surtout les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH), les Professionnels de Sexes (PS) et les jeunes.

7.2.3. Financement de la lutte contre l'infection à VIH et le Sida au cours des deux dernières années

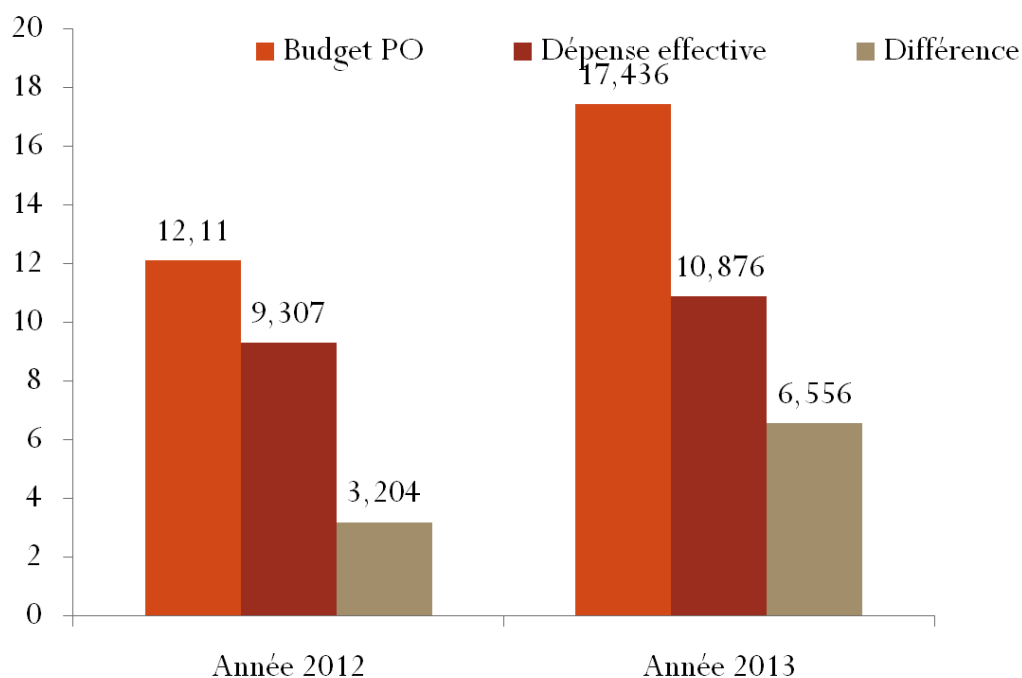
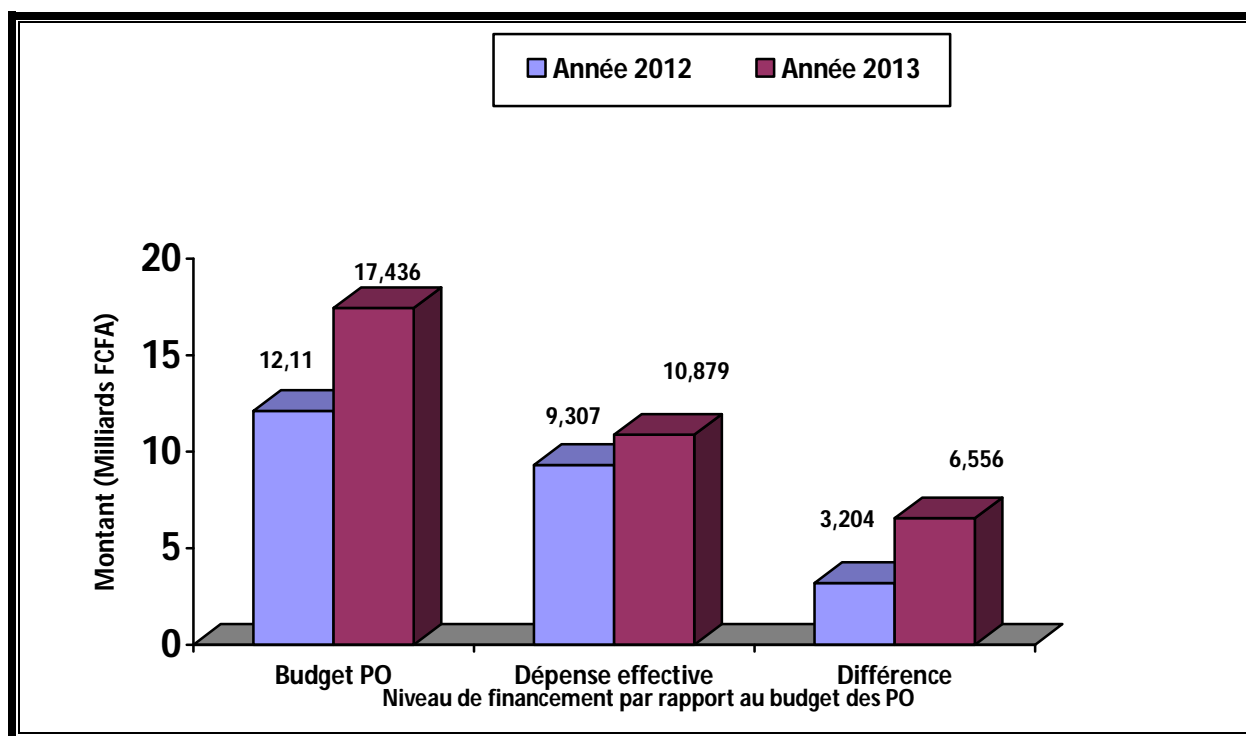
⇒ Dépenses consacrées à la lutte contre l'infection à VIH et le Sida 2012-2013

Les dépenses consacrées à la lutte contre l'infection à VIH et le Sida au Togo au cours des années 2012 et 2013 s'élèvent à Vingt milliards cent quatre-vingt-six millions quatre cent soixante-onze mille cent soixante-sept (**20 186 471 167**) F CFA dont Neuf milliards trois cent sept millions soixante-six mille trente (**9 307 066 030**) F CFA pour l'année 2012 et Dix milliards huit cent soixante-dix-neuf millions quatre cent cinq mille cent trente-sept (**10 879 405 137**) FCFA pour l'année 2013.

Les Plans Opérationnels pour les deux années avaient prévu un montant de vingt-neuf milliards neuf cent quarante-sept millions trente un mille huit cent quatre-vingt-neuf (**29 947 031 889**) FCFA pour les deux années soient Douze milliards cinq cent onze millions quatre-vingt quatre mille six cent quatre-vingt-trois (**12 511 084 683**) FCFA pour 2012 et dix-sept milliards quatre cent trente-cinq millions neuf cent quarante-sept mille deux cent six (**17 435 947 206**) FCFA pour 2013.

Globalement il y a déjà un sous financement de la lutte contre le VIH au cours des deux premières années de mis en œuvre du PSN. La différence entre les besoins et les fonds réellement investis est estimée à Trois milliards deux cent quatre millions dix-huit mille

six cent cinquante-trois (3 204 018 653) FCFA en 2012 et Six milliards cinq cent cinquante-cinq millions cinq cent quarante-deux mille soixante-neuf (6 556 542 069) FCFA en 2013. Le graphique ci-dessous illustre cette situation de financement.

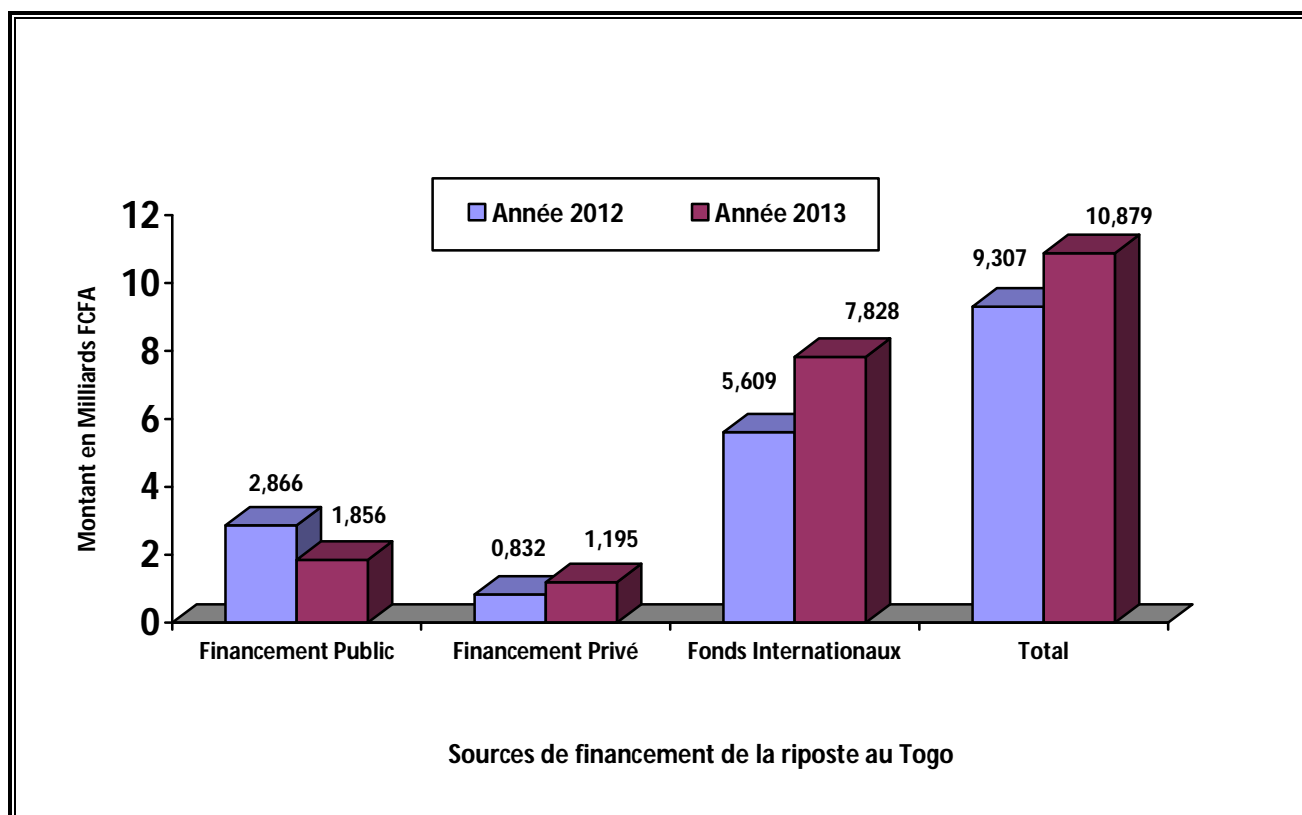


⇒ Source de financement de lutte contre l'infection à VIH 2012-2013

Les fonds internationaux constituent la principale source de financement de la lutte contre l'infection à VIH au Togo depuis 2006. En 2012 ils représentaient 60% du financement total et 72% en 2013 ce qui démontre son importance dans la riposte nationale. Le financement public vient en deuxième position en 2012, il était de 31% et en 17% en 2013. Sur l'ensemble des deux années, le financement public a atteint alors les 23% du montant globale dépensé ce qui est largement supérieur aux exigences du fonds mondial.

Le financement privé occupe la troisième place avec 9% en 2012 et 11% en 2013. On note une nette augmentation des fonds internationaux et des fonds privés en 2013. Contrairement les fonds publics ont chuté de près de 40%. L'année 2012 a été marquée par un déblocage tardif du financement du fonds mondial donc l'Etat a dû investir énormément surtout dans l'achat des ARV.

La proportion des fonds internationaux dominés par le financement du fonds mondial peut être plus importante si nouveau mécanisme de partenariat peut être établi. A ce jour, les fonds dépensés au niveau de l'enveloppe du fond mondial ne dépasserait pas les 15% en 2013. Il y aurait des goulots d'étranglement au niveau de certaines rubriques sur lesquelles le fond mondial demanderait une contrepartie de l'Etat.

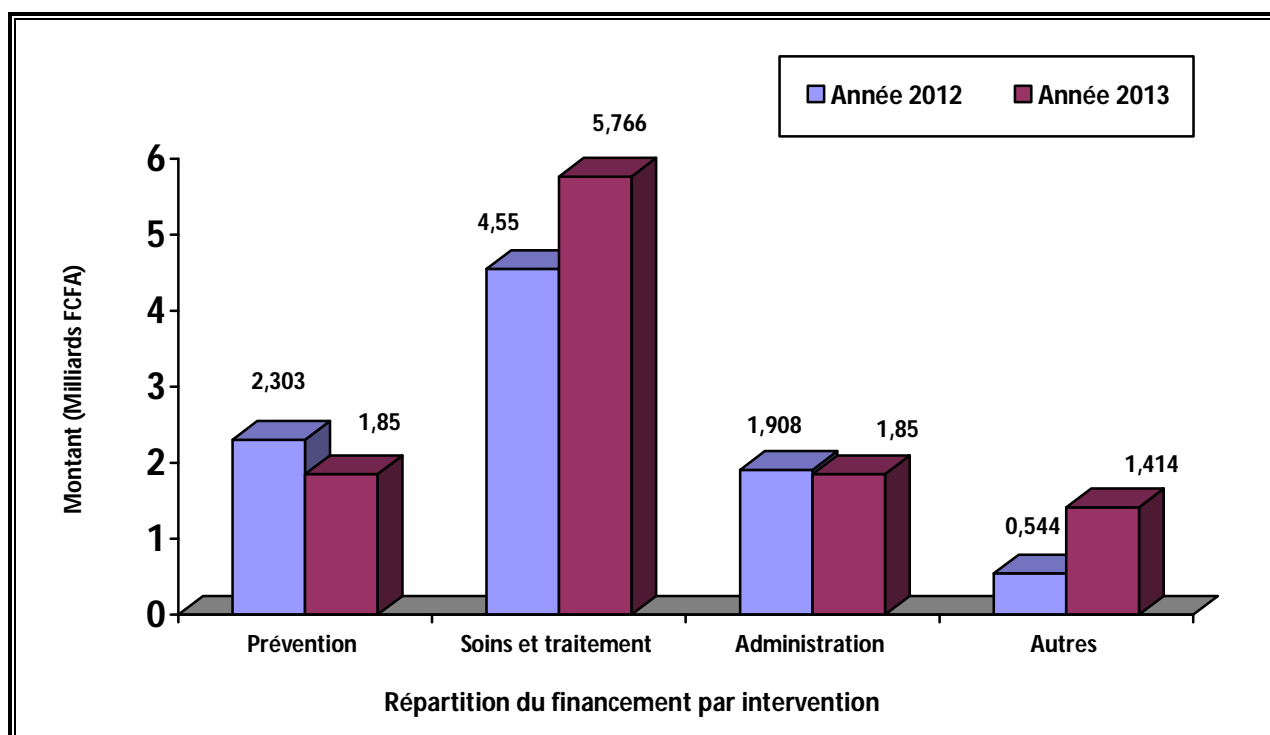


⇒ **Financement par intervention**

Plus de 50% du financement par année est consacré à la rubrique soins et traitement des personnes vivants avec le VIH. La seconde intervention qui consomme une grande partie du budget est la prévention. La gestion et l'administration des programmes occupent la troisième place. Les autres rubriques financées dans la riposte nationale sont les suivantes :

- OEV
- Ressources humaines
- Protection sociale et services sociaux
- Environnement favorable
- Recherche

Le graphique ci-dessous fait la comparaison des financements consacrés à chaque intervention au cours de la période de mise en œuvre du PSN.



⇒ **Problème de décaissement de financement**

Selon le cadre national d'investissement et certains interlocuteurs au cours de la collecte d'information, il y a au Togo un problème lié au décaissement des financements destinés à la lutte contre l'infection à VIH et le Sida.

Le problème ne se poserait pas avec le financement provenant du budget de l'Etat. Le taux de décaissement atteint 75% au cours des deux dernières années, et même 100% dans certaines structures, telle le SP/CNLS-IST.

Cependant, il subsiste certaines difficultés liées à la gestion des fonds logés au trésor public. La célérité dans la mise en œuvre de certaines activités n'est pas compatible avec les seuils et limites de décaissement imposés par les procédures du Trésor public.

Des mécanismes alternatifs ont été négociés par certains partenaires pour permettre l'ouverture des comptes commerciaux, mais ces mécanismes doivent encore être généralisés, pour permettre un niveau de décaissement plus intéressant dans la plupart des services de l'Etat.

Au niveau des partenaires extérieurs, le taux de décaissement est satisfaisant dans la plupart des organismes de coopération, avoisinant les 75%, notamment les agences du système des Nations Unies. Au cours des deux dernières années des difficultés de décaissement ont cependant été notées dans certaines sources de financement extérieures, dont notamment le Fonds Mondial.

7.2.4. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre

La mise en œuvre des activités a été perturbée par l'insuffisance des financements. En effet la suspension temporaire des financements du Fonds Mondial compte tenu des conditionnalités a énormément entravé l'exécution des activités de lutte contre l'infection durant les deux dernières années écoulées. L'année 2012 aurait été la plus marquée par l'insuffisance de l'exécution des interventions. La faiblesse des chiffres des produits au niveau des différentes cibles prévues témoignent bien que l'année 2012 a été plus difficile en termes de mise en œuvre des activités.

L'élaboration tardive des Plans Opérationnels a également été une contrainte à la mise en œuvre des interventions. En effet les Plans Opérationnels 2012 et 2013 ont été finalisés en septembre de l'année 2012. Cette situation a dû bloquer le financement de certains partenaires pour la première de mise en œuvre du plan.

L'insuffisance des ressources humaines qualifiées pour la mise en œuvre des interventions en général et en particulier la gestion des programmes au niveau des structures décentralisées a été obstacle majeur dans la mise en œuvre des interventions.

Le mécanisme de décaissement des fonds au niveau de l'unité de gestion des projets financés par le fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose est un frein à la consommation des ressources disponibles. Certaines dépenses sont cofinancées par le gouvernement et le fonds mondial. Si la contrepartie gouvernementale, si petite soit-elle n'est pas disponible, tout le montant du Fonds Mondial reste non mobilisable.

7.2.5. Opportunités pour une meilleure réponse

Le Togo a fait des efforts pour répondre aux différentes exigences du fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose dans le but de lever les conditionnalités pour le déblocage des fonds. Cet effort a permis au pays de se doter des bonnes opportunités pour une exécution efficace du PSN. Comme exemple d'opportunités il convient de citer :

- l'existence de tous les documents nationaux de référence : PSN, Plans Opérationnels, Plan de suivi/évaluation, cadre d'investissement, manuels de prise en charge globale, Plan GAS, documents de normes nationales de prise en charge globale y compris la prise en charge psychosociale.
- la mise en place des organes centraux de coordination de la réponse Organe tripartite, CCM, Comité sectoriel santé-VIH, Plate forme des OSC, équipe conjointe des nations unies.
- la disponibilité du financement du fond mondial y compris l'admissibilité du Togo sur le financement intérimaire, et la disponibilité d'une enveloppe financière pour le pays selon le nouveau modèle de financement.
- les financements des partenaires techniques et financiers qu'ils soient bilatéraux comme multilatéraux (PNUD, UNFPA, UNICEF, USAID, etc...).
- l'augmentation de la contribution financière de l'Etat à la lutte contre l'infection à VIH et le Sida.

8. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

8.1. Constats

Cette revue à mi-parcours du PSN 2012-2015 a fait ressortir les principaux constats ci-après :

8.1.1. Points forts

- La coordination multisectorielle était appréciée par tous les acteurs.
- L'implication de tous les secteurs dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre du PSN et des PO 2012-2013.
- Le renforcement des capacités des points focaux des structures non santé en suivi/évaluation et en élaboration des plans de Travail Annuel.
- La mobilisation des ressources par le CNLS-IST pour la mise en œuvre des activités par certains secteurs.
- Le niveau satisfaisant du décaissement des fonds des partenaires multilatéraux comme les Organisations du système des Nations Unies.
- Le taux élevé de contribution de l'Etat dans la lutte contre l'infection à VIH au cours des deux années (2012-2013).

8.1.2. Points à améliorer

- Les cibles fixées pour les années 2012 et 2013 n'ont pas été atteintes car souvent trop ambitieuses par rapport à la situation de départ.
- Les situations de départ pour un grand nombre de produits n'étaient pas bien maîtrisées, ce qui a provoqué des projections exagérées.
- La grande partie des résultats pour les deux premiers axes est fournie presque exclusivement par le secteur de la santé.
- Le financement utilisé pour mettre en œuvre les activités venait des partenaires traditionnels ; il n'y a pas de sources innovantes de financement (secteur privé lucratif, sociétés) ou bien leur participation est restée faible.
- Les ressources mobilisées n'ont pas atteint les prévisions qui étaient dans les plans opérationnels.
- Les ressources financières du fonds mondial étaient disponibles mais très difficiles à utiliser compte tenu de l'indisponibilité des ressources complémentaires surtout celles venant de l'Etat.
- L'implication très faible de certains ministres et cadres supérieurs des ministères dans la lutte contre le VIH.

8.2. Recommandations

Les principaux constats établis au cours de la revue interpellent les acteurs à prendre en compte les recommandations ci-dessous :

8.2.1. Au SP/CNLS-IST

- Fixer les cibles des PO 2014 et 2015 en fonction de la réalité vécue au cours des deux premières années.

- Renforcer les organes décentralisés du SP/CNLS-IST afin de bénéficier des contributions efficaces des régions et districts.
- Renforcer le plaidoyer au niveau des ministères des secteurs non santé pour une implication plus active dans la lutte contre l'infection à VIH.
- Développer un partenariat avec les structures privées et ONG pour une mise en œuvre rapide des interventions.
- Veiller à ce que chaque secteur fournisse un rapport annuel d'activité.

8.2.2. Au gouvernement

- Mobiliser les ressources financières internes complémentaires afin de faciliter l'exécution du financement du Fonds Mondial.
- Inscrire dans les cahiers de charge des ministères la lutte contre le VIH et voter un budget en conséquence,
- Renforcer les noyaux antisida des ministères avec des cahiers de charge approuvés et des ressources nécessaires.

8.2.3. Au Comité de Coordination des Mécanisme(CCM) du Fonds Mondial

- Définir des critères très discriminatoires de sélection des organisations candidates au poste de bénéficiaire principal,
- Assurer un suivi stratégique plus rapproché des activités des bénéficiaires principaux et des bénéficiaires secondaires.

8.2.4. Aux partenaires techniques et financiers

- Renforcer l'appui financier dans le cadre du renforcement des organes de coordination à tous les niveaux.
- Apporter un appui au gouvernement dans la mobilisation des ressources additionnelles.

Recommandation en rapport avec les principaux axes du PSN

Prévention

- Améliorer la disponibilité des intrants pour le dépistage chez la femme enceinte.
- Renforcer la prévention chez les nouveau-nés nés de mère séropositive à travers le dépistage précoce.
- Renforcer les actions de préventions chez les HSH notamment la distribution des lubrifiants.
- Renforcer le circuit de distribution des préservatifs et des intrants médicaux dans le cadre de la PTME

Prise en charge globale

- Renforcer des actions pour le dépistage actif de la tuberculose chez les PVVIH.
- Renforcer le système d'approvisionnement des centres accrédités en médicaments comme les ARV, les médicaments pour la prévention et la prise en charge des IO, etc.

- Mettre à disposition des intrants pour le dépistage de la co-infection Hépatite B et C.

Gouvernance et suivi-évaluation

- Opérationnaliser les organes déconcentrés et décentralisés de coordination de la riposte national.
- Mener des recherches pour apprécier les impacts et les effets de la riposte nationale.



ANNEXES

ANNEXE 1 : CIBLES DES INDICATEURS POUR LES QUATRE PROCHAINES ANNEES A VENIR (2014-217)

Indicateur pour le ciblage	Taille			Cibles annuelles				
	Données de base en %ge et nombre	Année	Sources	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre et pourcentage de femmes de 15-49 ans couvertes par les activités de prévention et de sensibilisation sur les violences basées sur le genre	2,90%	2012	Rapport CNLS	25,24%	25%	50%	70%	80%
	49 293	2012	Rapport CNLS	442478	449 678	924 068	1 328 191	1 558 476
Nombre et pourcentage d'adolescents et jeunes de 15-34 ans non scolarisés les plus à risque couverts par le programme de prévention	10,71%	2012	Rapport CNLS	29,93%	25%	35%	50%	70%
	221939 (15-24 ans)	2012	Rapport CNLS	637674 (15-24 ans)	216 470	311 665	457 881	659 238
Nombre et pourcentage d'institution publique et privée de plus de 30 agents mettant en œuvre une politique de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail	26,44%	2013	PTA CNLS	26,44%	50%	75%	100%	100%
	23			23	44	65	87	87
Nombre et pourcentage de Transporteurs, chauffeurs routiers, populations mobiles couverts par le programme de prévention	7,16%	2012	Rapport CNLS	129%	50%	60%	70%	80%
	5011	2012	Rapport CNLS 2012	90083	35 000	42 000	49 000	56 000
Nombre et pourcentage des PS touchées par un programme de prévention	84%	2011	Rapport sérosurveillance chez les PS	85%	90%	95%	100%	100%
	1900			6 800	7 200	7 600	8 000	8 000
Nombre et pourcentage des MSM touchés par un programme de prévention	ND			70%	75%	80%	83%	86%
	ND			700	750	800	830	860
Nombre et pourcentage des UD touchés par un programme de prévention	ND	15-49 ans		60%	70%	75%	80%	85%
	ND			3 874	4 520	4 843	5 166	5 488
Nombre et pourcentage des Détenus touchés par un programme de prévention	54%	2012	Rapport CNLS 2012	55%	70%	80%	90%	95%
	2216	2012	Rapport CNLS 2012	2 275	2 895	3 309	3 722	3 929
Nombre et pourcentage d'hommes et femmes en uniforme touchés par un programme de prévention	ND	ND	ND	70%	75%	80%	83%	86%
	ND	ND	ND	12 152	13 020	13 888	14 409	14 930

Indicateur pour le ciblage	Taille			Cibles annuelles				
	Données de base en %ge et nombre	Année	Sources	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués gratuitement et à travers le marketing social	15,80%	2012	Rapport CNLS	30%	35%	45%	50%	60%
	5 895 816	2012	Rapport CNLS	11 173 721	13 036 008	16 760 582	18 622 869	22 347 442
Nombre et pourcentage des femmes qui ont accès à la PTME	94,0%			100%	100%	100%	100%	100%
	4411	2012	Rapport PNLS	4985	4694	4401	4133	3888
Nombre et pourcentage d'adultes sous ARV (Admissibilité au seuil de 500 CD4 à partir de 2014)	49,50	2012	PLNS/Spectrum	58,46%	75%	90%	90%	92,50%
	28213	2012	PLNS/Spectrum	34 489	63 530	76 236	76 236	78 354
Nombre et pourcentage d'enfants sous ARV (Admissibilité selon le nouveau protocole à partir de 2014)	23,84	2012	PLNS/Spectrum	29,04%	75%	90%	90%	92,50%
	2098	2012	PLNS/Spectrum	3 258	8 415	10 098	10 098	10 379
Nombre et pourcentage de PVVIH bénéficiant d'un suivi biologique y compris les CD4	27,60%	2012	Rapport CNLS	28,86%	75%	90%	90%	92,50%
	22020 sur 79678	2012	Rapport CNLS	28 213	53 959	77 701	77 701	82 078
Nombre et pourcentage de PVVIH diagnostiqués et traités pour infection opportuniste conformément au protocole national	71%	2012	Rapport PNLS	43%	90%	90%	80%	80%
	21537,14	2012	Rapport PNLS	16 209	64 751	77 701	69 067	70 986
Nombre et pourcentage de patients tuberculeux (adultes, adolescents et enfants) ayant bénéficié de test de dépistage antirétroviral	91,0%		Rapport CNLS	100%	100%	100%	100%	100%
	ND	2012	Rapport CNLS	ND	Nbre de TB (2700 prévue/FM)	Nbre de TB	Nbre de TB	Nbre de TB
Nombre et pourcentage de PVVIH bénéficiant d'un accompagnement psycho social et nutritionnelle (Enfant et adultes)	5,50%	2012	Rapport CNLS	35,35%	10%	15%	15%	20%
	4087 sur 74299	2012	Rapport CNLS	32225	12 649	18 527	18 548	24 830
Nombre et pourcentage des cas de discrimination des PvVIH et					10%	15%	15%	20%

Indicateur pour le ciblage	Taille			Cibles annuelles				
	Données de base en %ge et nombre	Année	Sources	2013	2014	2015	2016	2017
PA qui ont été pris en charge juridiquement				170125,4				
Nombre et pourcentage de personnes testées	13,70%	2012	Rapport CNLS	255 125	22%	22%	25%	25%
	28 898	2012	Rapport CNLS	1 569 378	345 263	345 263	392 345	392 345
Nombre et pourcentage de patients diagnostiqués et traités selon l'approche syndromique*	9,90%	2012	Rapport CNLS	83,04%	50%	75%	80%	90%
	7797	2012(78888 prévues)	Rapport CNLS	85 021	39 444	59 166	63 110	70 999
Nombre et pourcentage de poches de sang ayant fait l'objet d'un dépistage conformément aux normes	97%	2012	Rapport CNLS	100%	100%	100%	100%	100%
	42676	2012	Rapport CNLS	38937	49000 (P0)	49 000	49 000	50 000
Nombre et pourcentage des FOSA prenant en charge les PVVIH appuyées pour la gestion des AES				100%	100%	100%	100%	100%
		2012	Rapport PNLS	Voir ciblage				
Nombre d'OEV bénéficiant d'une prise en charge incluant la scolarisation, la formation professionnelle, l'accès aux soins de santé de base.	ND	2012		49,38%	30%	30%	30%	30%
	16171 (Prévu)	2012	Rapport CNLS	9120				
Nombre et pourcentage d'établissements scolaire ayant intégré le VIH dans le curricula				82,10%	90%	100%	100%	100%
				ND				

ANNEXE 2 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES

1. Cadre d'investissement de la lutte contre le VIH et le sida : 2013-2017
2. Evaluation des ressources et dépenses consacrées à la réponse nationale au VIH et au sida au Togo année : 2011 et 2012
3. Evaluation des ressources et dépenses consacrées à la réponse nationale au VIH et au sida au Togo année : 2013
4. Plan stratégique national de lutte contre le sida et les IST 2012-2015
5. Plan opérationnel de lutte contre le sida et les IST 2012-2013 au Togo
6. Rapport annuel des activités de lutte contre le VIH/sida au Togo en 2012
7. Rapport d'activités de la réponse nationale contre le VIH et le Sida en 2013
8. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013

ANNEXE 3 : LISTE DE PERSONNES RENCONTREES

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURES
1	M. Komi Mihlanghidi MENSAH	Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire
2	M. Kuassi Amétowoyona AKAKPO	Ministère de l'Enseignement Technique, de la Formation Professionnelle et l'Industrie
3	Mme Mawulawoè Justine AHADZI	Ministère de la Justice
4	Mme Ama Loewu Aimée HODO	Ministère des Droit de l'homme
5	Dr Ablavi ANANI-TOULASSI	Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile
6	M. Mandjatom Tchao ALAYI	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
7	Mme Afi BOKO	Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation
8	M. Blaise SEDOH	Croix Rouge Togolaise
9	M. Jean François SOME	PNUD- Togo
10	M. Kodjo Katapa AMEGEE	Plateforme des Organisations de la Société Civile
11	M. Georges KOUMAGNANOU	PSI-Togo
12	Dr Stéphane D'ALMEIDA S.	PNLS-IST
13	Dr Assétina SINGO	PNLS/IST
14	Pr Vincent PITCHÉ	SP/CNLS-IST
15	Dr Kodzo DEKU	SP/CNLS-IST
16	Dr Messan EPHREM	EVT
17	M. Dometo K. SODJI	FAMME
18	M. Komi ABALO	UNICEF
19	Mme Jeanne AFELI	UNFPA
20	Dr Angèle MABOUDOU	ONUSIDA

ANNEXE 4 : LISTE DES PARTICIPANTS AU FORUM NATIONAL DES PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS VIH/TB (VALIDATION DU RAPPORT DE LA REVUE A MI PARCOURS)

Lomé, le 16 juin 2014

Lieu : Hôtel Sarakawa

N°	NOM & PRENOMS	FONCTION	CONTACT	E-MAIL
1	SODJI K. Dometo	Président National PF OSC VIH Togo	90-12-37-57	dometosodji@gmail.com
2	Robert E Whitehead	Ambassadeur USA	90-05-29-35	whiteheare@state.gov
3	OURO-BAWINAY T.	CM/Primature	90-22-35-25	
4	Antonio I. Monteiro	Représentant FAO		Isaac.Monteiro@fao.org
5	Dr SINGO-TONOFAI Assétina	Coordinatrice PNLS	90-01-12-02	tina_singo@yahoo.fr
6	Virgini Elliegne Traore	COP/PACIE-VIH Accra	+233501266305	vetraore@fhi360.org
7	KOFFI Justin	Représentant UNFPA	90-04-08-63	juskoffi@hotmail.com
8	Marco KALBUSCH	Directeur UNREC	22-53-50-00	mail@unrec.org
9	Hortense Me Tahi	Coordinatrice Pays FHI360	92-22-43-99	
10	Sœur Véronique MEDENDZI	Point focal VIH OCDI CARITAS	90-84-15-67	medendzi.veronique@ocdi-national.org
11	SEKLE Akuvi Marie Stella	Stagiaire à l'OCDI	90-02-23-87	seklemariestella@gmail.com
12	SAÏBOU Aboukoura	DPS Bassar	90-31-80-74	saibou507@yahoo.fr
13	EDOU Kossi A.	DPS OTI	90-24-40-56	edpaulinus@yahoo.fr
14	GBANDI Nicolas	PFR VIH Savanes	90-21-67-35	gbandi.nicolas@yahoo.fr
15	PANA Esso Ayo	PFR VIH Kara	90-09-14-98	
16	HOUNKPATI Komla	PFR VIH L-C	90-25-59-49	heliaskomla@yahoo.com
17	MENDOUNA Séma Marcel	Psychologue de la santé association vivre dans l'espérance	90-06-99-46/99-57-89-03	sena.marcel@yahoo.fr
18	Jean Baptiste LARE	Secrétaire plate forme Savanes	90-24-36-69	damgale1971@yahoo.fr
19	MIGNAKE Anam	Directeur /santé éducation	91-93-25-45/99-47-87-06	mignake@gmail.com
20	Dr APETSIANYI Yawa	Directrice DRS Maritime	90-16-14-45	
21	GAYI Ayao	Responsable administratif et finance PNLS	90-10-93-19	eliasgayi@yahoo.fr
22	ANATO Simplicie	Directeur ONG Arc En Ciel	90-35-68-27	anasimple2000@yahoo.fr
23	DAVI Kokou Mawuli	Coordonnateur PNLT	97-04-08-98	m.davime@gmail.com
24	YINA Dominique	Assistant de Programme FHI360	90-33-95-93	gwatiena@yahoo.fr
25	Adanlète Lawson Akuelé Y.	Directeur CMS PAL PF VIH SIDA	90-15-73-00	
26	TCHALLA Gnon	ONUDI	90-34-11-56	
27	MENSAH Kossi MIHLANGBIDI	PF VIH MEPS	90-26-84-70	
28	ATAKOUNA Essowaza	PF adjoint METFPI	90-02-03-34	blaiseatak@yahoo.fr
29	FOLI Ayoko Léocadie	Pédiatre Coordinatrice OPALS	90-14-97-77	faleoca@yahoo.fr
30	TCHAMA-BOURAIMA	Chargé PTME/ PNLS	90-12-53-93	

N°	NOM & PRENOMS	FONCTION	CONTACT	E-MAIL
	Raïssa			
31	DJENDA Aristide	Directeur UONGTO	90-14-68-27	uongto_2000@yahoo.fr
32	DOKPO Ama Essenam épse AKPANI	Chargée d'étude MDH/CD/MOR-CVJR	90-15-78-78	damaessenam@yahoo.fr
33	HLAMEWOO Kokou Amen	Chargé de suivi et évaluation /RAS+ Togo	90-39-11-54	
34	Sall Tamsie	Directeur Pays ONUSIDA		
35	PRINCE-DAVID Mireille	Vice Présidente CCM Togo	90-10-79-43	
36	KOUBANEY A. Akpédzé	Médecin FAT Responsable CMF/FAT	90-10-04-79	avafia.tata@yahoo.fr
37	ABALO Komi	Chargé VIH/SIDA UNICEF	99-44-12-96	kabalo@unicef.org
38	AGLAMEY Koami Edjona	PF VIH Plateau	90-13-95-66	kojonas2005@yahoo.fr
39	AMEDODJI Agbenyo	EEPT	90-10-90-11	amessadj@gmail.com
40	DAVON Comlanvi	PFR VIH DRS Maritime	90-04-12-72	c2hdavon2001@yahoo.fr
41	Dr GLAKAR CODJO Adodo	Médecin DPS Sotouboua	90-21-45-90	glemadoc@yahoo.fr
42	GABLA Aku M.	PFR VIH DRS Centrale	90-03-28-21	
43	GBADAMASSI Abdou	Coordonnateur Médical GIP ESTHER	90-11-11-44	
44	Dr AGBETIAFA Koffi	Médecin DPS VO	90-16-84-04	ebenagbe@yahoo.fr
45	APETI Kokou Mensah	Trésorier général EVT	90-87-62-99	atfstogo@yahoo.fr
46	KOURA-NAPO Awoussi	Président ATFS	90-05-15-60	
47	ANANI-TOULASSI A. Essenam	PF VIH MSPC	90-06-50-44	
48	Dr ATCHA OUBOU Tinah	Médecin DRS Centrale	90-01-45-21	
49	Dr SODJI Adolphe	Directeur DRS PLAREAU	90-04-51-53	
50	ATCHOLE Eyoufeideou	Président AED Kara	90-03-73-92	
51	NOULAGBESSI Komlanvi	Président PF Maritime	90-15-21-33	jvs2015@yahoo.fr
52	Dr AMIDOU Moussa	DRS Savanes	90-09-72-62	amidou_moussa@yahoo.fr
53	Dr D'ALMEIDA Stéphane S.	Chargé de suivi et évaluation PNLS IST	90-61-81-74	
54	ABALO Aklai	Chargé IST-IC PNLS/IST	90-04-88-63	abalokla@yahoo.fr
55	AHOLOU Akouavi HOMAYO epse FIANKE	PF MFP	90-13-99-01	rosyfiadol@gmail.com
56	AGBONON Kodjo Siveh	MASPFA	90-19-78-52	
57	MEGBAZOWO Zita	AM PF VIH D2 représentant du DDS N°2	90-11-38-01	
58	KOUNOUGNA Koffi	AM Représentant ATBEF	90-24-57-35	
59	WILSON Séna M.	Représentant Intersyndical enseignant	90-05-78-53	wilseben@yahoo.fr
60	ADAM Zakillatou	Responsable PECM PNLS	90-87-39-29	zakya2adam@gmail.com
61	KINDE Rébecca M. M.	Chef service surveillance Epidémiologie PNLP	90-32-76-43	kiuderebecca@yahoo.fr

N°	NOM & PRENOMS	FONCTION	CONTACT	E-MAIL
62	BOU K. Kossi	FAMME Assistant directeur exécutif	90-85-08-62	tonybou44@gmail.com
63	KUGBE Yves	Responsable programme/AAEC	90 05 34 05	y.kugbe@outlook.com
64	AMEGEE Lambert	Plateforme	92 26 02 76	gencile@yahoo.fr
65	LAWANI Ilallou	Président Plateforme OSC VIH-Plateaux	90 23 68 59 98 81 14 81	Creje_ong@yahoo.fr
66	Dr KARABOU Potchoziou	DRS/KARA	90 02 47 95	karaboup@yahoo.fr
67	Namadou MAKO	Sage Femme DSF	91 58 45 89	t_mako2006@yahoo.fr
68	AGBEKOU Jérôme	DPC OMS	99 13 22 56	agbekouj@who.int
69	FOLLY-AGBOGNITOR Assiongon	Informaticien / DISER	90 32 14 18	follyregergbon@gmail.com
70	AFELI Abra Jeanne	Chargée VIH/UNFPA	99 43 52 60	afeli@unfpa.org
71	KOUADJO Ahlin Lazare	Directeur Exécutif PMBCT/Eglise Méthodiste du Togo	91 68 40 57	lazarepmdct@gmail.com
72	LOPEZ Andrew	Directeur Programme (Représentant AED Lidaw Kara)	92 04 14 14	alopez@htmglobal.org
73	SOME Jean François	Spécialiste Santé & VIH/PNUD	98 45 99 99	jean.francois.some@undp.org
74	Dr NEGLO Kossi Michel	Gynécologue-Obstétricien Secrétaire Général/Ordre National des Médecin du Togo	90 42 40 92	ordremetogo@yahoo.fr
75	AMOUSSOU Kégnidé	CNA/SP/CNLS-IST	90 29 57 63	damoussou@yahoo.fr
76	TCHANGAI Mawaba	Réseaux Communautaires	90 03 59 17	vtchangai@yahoo.fr
77	DJANGUENANE Yendouboam	Chef Section Direction de la Jeunesse	92 21 17 05 90 81 93 75	jeandjang@gmail.com
78	AZANLEDJI-AHADZI Justine	Magistrate/Point Focal VIH Ministère de la Justice	90 04 09 40 23 20 95 82	justine1962@yahoo.fr
79	AFATSAWO Komivi	Conseil Médical Présidence	90 09 17 52	komivafatsawo@yahoo.fr
80	BROUKOUM Kpanté	Directeur RENODES	90 12 61 23	renodestogo@yahoo.fr
81	DATAGNI Nadzombé	Directeur Exécutif ADESCO	90 14 68 75	datagninadz@yahoo.fr
82	ASSIH Mamessilé	DG/CAMEG-TG	22 22 26 94 90 04 50 65	mamessile@gmail.com
83	AWAGA Marie-Antoinette	Coordonnatrice UGP MS	90 05 30 19	aawaga@gmail.com
84	GNASSE Atinédi K.	Chef Service Com. et RP au SP/CNLS-IST	90 13 64 75	gnasse@cnlstogo.org
85	Dr BARITSE Daméboti	Coordonnateur Réseau VIH/SIDA Assemblée Nationale	90 01 02 28	baritsee@yahoo.fr
86	BOMBOMA Laré Namiyete	DPFR/MS	90 09 83 36	prosper960@yahoo.fr
87	MOUKPE Essozimna	Assistante Communication SP/CNLS	90 13 05 34	ezimna10@yahoo.fr
88	DODZRO Kossi	Chargé de Programme PSI-Togo	99 47 09 09 90 16 49 65	charlesd@atms.tg

N°	NOM & PRENOMS	FONCTION	CONTACT	E-MAIL
89	AGBANOUVI-AGASSI Eddie	Consultant	90 01 49 96 99 18 97 97	eddieagassi@hotmail.com
90	DEKU Kodzo	Responsable suivi évaluation SP/CNLS	90 05 26 76	kodzod@yahoo.fr
91	LIMAZIE Abalo Charles	Assistant suivi évaluation SP/CNLS	90 84 26 36	limazie@gmail.com
92	ABEVI Hoèvi	Assistante Communication SP/CNLS-IST	91 36 63 23	abevihoevi@gmail.com
93	GNASSINGBE Amah D.	G.B.D. S&E/SP/CNLS- IST	90 18 86 16	agnassingbe@cnlstogo.org
94	TOGBONOU A. Apéfa	Point Focal MAED	90 33 90 49	fi_tap@yahoo.fr
95	DOKLA K. Augustin	President RAS+ Togo	90 17 23 75	doklatino@yahoo.fr
96	AZIAMADO Idia K.	Assistant S&E SP/CNLS-IST	90 33 36 27	aziamadia@gmail.com
97	AMIDOU Djaharatou	Assistant du Secrétaire Administratif	91 37 62 36	djara.amadou@yahoo.fr
98	PETEYI Eyana	Assistant en Suivi Stratégique SP/CCM	90 32 45 58	leoneyana@yahoo.fr
99	Laure KENLAMBIGUE	SP/CCM Suivi stratégique	99-86-41-46	
100	PIGNANDI Akon	SP/CCM	90 02 47 59	pignandiakon@yahoo.fr
101	M'BA Dao Komi	Comptable Gestionnaire SP/CNLS	90 34 95 85	
102	MABOUDOU Akouavi	CIS/ONUSIDA	99 63 10 98	maboudoua@unaid.org
103	TCHAGAFUOU Moukaila	Union Musulmane	90 15 70 42	mktchagafou7@gmail.com
104	N'BIYOU Edouna	Comptable SP/CNLS	90 31 81 19	sonianbiyou@yahoo.fr
105	SAMEY Agbenyegan	Responsable Suivi Evaluation PNLT	90 09 71 65	sa_agbenyegan@yahoo.fr
106	KPANTI Awassi	Comptable MTPT	90 29 74 31	marcellekpant@yahoo.fr
107	AKATO Philippe	Agent de liaison SP/CNLS-IST	22 61 62 77	djosmajoss@yahoo.fr