

REPUBLIQUE TOGOLAISE

-----  
Travail – Liberté – Patrie



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

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



**SUIVI DE LA DECLARATION  
D'ENGAGEMENT SUR LE VIH**

**2008**



**RAPPORT  
SUR LES INDICATEURS  
DE BASE**

---

**LE SECRETARIAT PERMANENT**

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : + 228 220 06 94 Fax : + 228 220 06 96

E-mail : [cnls@laposte.tg](mailto:cnls@laposte.tg) Site Web : [www.cnlstogo.org](http://www.cnlstogo.org)

# PREFACE

Le Togo a adopté le vendredi 11 janvier 2008 son troisième rapport sur le suivi des indicateurs de base UNGASS. Ce rapport est le fruit d'une démarche participative qui a regroupé le secteur public, les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement (multilatéraux et bilatéraux) et les ONG internationales, sous la coordination du Secrétariat Permanent du CNLS-IST.

Le présent rapport est destiné à évaluer le niveau d'atteinte des résultats dans la mise en œuvre des engagements pris par le Togo et les autres Nations membres de l'ONU en juin 2001. A cette date, à New-York aux Etats-Unis d'Amérique, les Chefs d'Etat et de Gouvernement ont fait un certain nombre de promesses lors de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU (UNGASS) sur le VIH et le sida.

La mesure du niveau d'atteinte des résultats de ces engagements se fait à travers des indicateurs identifiés par l'ONU et qui peuvent être adaptés aux réalités de chaque pays. Les deux premiers rapports ont été faits en 2003 et en 2005. Le Togo avait respecté ces délais et envoyé ses deux premiers rapports au Secrétaire Général de l'ONU.

Le rapport UNGASS 2008 pour le suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH et le sida comporte essentiellement trois parties. Il situe d'abord la démarche méthodologique qui va de la phase préparatoire à la validation en passant par la collecte des données et la rédaction. Il présente ensuite la situation de l'épidémie du sida au Togo. La troisième partie concerne la riposte nationale. Cette partie relève les preuves de l'engagement des hautes autorités et la liste des documents de politiques. Elle énumère également les actions au plan programmatique.

Il est à remarquer que les défis à relever pour renforcer l'avancée vers l'accès universel sont la mobilisation des ressources, l'amélioration de la collecte des données dans le cadre du Suivi-Evaluation et l'élargissement du partenariat.

Ce rapport qui est le baromètre des efforts du Togo dans la lutte contre le sida entre fin 2005 et fin 2007 décrit une période au cours de laquelle le Togo a dû faire face à une extrême difficulté dans la mobilisation de ressources. Il traduit en outre le niveau d'engagement des autorités togolaises, le niveau de participation de la société civile aux efforts communs, le niveau de la mobilisation des PVVIH dans la lutte contre le VIH et le sida, le degré de participation des partenaires, etc.

Le Togo est résolument engagé dans la riposte au VIH et au sida et met tout en œuvre pour renforcer la prévention et l'accès à toutes les formes de prise en charge.

**Komlan MALLY**  
Premier Ministre de la République du Togo,  
Premier vice-président du CNLS-IST

# REMERCIEMENTS

Le rapport UNGASS 2008 du suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH et le sida est l'aboutissement d'un processus auquel ont participé ou assisté plusieurs compétences de plusieurs secteurs provenant de niveaux aussi bien national que sous-régional et international.

Le Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST) tient à remercier vivement l'équipe Régionale ONUSIDA de Dakar pour son appui technique à l'élaboration du présent rapport. Il remercie également les partenaires au développement pour leur implication dans le processus. Il s'agit notamment de ONUSIDA, OMS, UNFPA, UNICEF, PNUD, PSI, SIDA 3.

Nous remercions tout particulièrement ONUSIDA, l'ONG PSI Togo et le Projet SIDA 3 pour leur appui financier au processus.

Nos gratitude vont très sincèrement aux différents acteurs de la riposte au VIH qui sont notamment les institutions du secteur public (secteur santé et secteur non santé), les acteurs du secteur privé, les organisations de la société civile, les partenaires au développement (multilatéraux et bilatéraux) et les ONG internationales.

Que l'équipe multisectorielle de la rédaction et l'équipe des responsables de Suivi et Évaluation qui a consolidé le draft après sa rédaction en présence des autres acteurs, reçoivent les reconnaissances du CNLS-IST.

**Kondi Charles AGBA**  
Ministre d'Etat, Ministre de la santé  
2<sup>ème</sup> Vice-président du CNLS-IST

# TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	6
SIGLES ET ACRONYMES.....	7
GENERALITES.....	9
1.    DONNEES GEOGRAPHIQUES.....	11
2.    DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CULTURELLES.....	11
3.    DONNEES SANITAIRES.....	12
4.    DONNEES ECONOMIQUES.....	12
5.    DONNEES POLITIQUES.....	13
CHAPITRE 1 : PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT.....	14
1.1. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	15
1.2. DEGRE DE PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES.....	19
1.3. FINANCEMENT DE L'ELABORATION DU RAPPORT UNGASS 2008.....	22
CHAPITRE 2 : APERÇU DE LA SITUATION.....	23
2.1. BREF APERÇU DE L'EPIDEMIE DU VIH.....	24
2.2. RESUME DE LA REPOSE AU PLAN POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE.....	24
2.3. RESUME DE LA SITUATION ECONOMIQUE.....	25
2.4. RECAPITULATIF DES INDICATEURS UNGASS.....	26
CHAPITRE 3 : SITUATION DE L'EPIDEMIE DE SIDA.....	27
3.1. PREVALENCE DU VIH.....	28
3.2. CAS DE SIDA NOTIFIES.....	31
3.3. PREVALENCE DES IST.....	31
CHAPITRE 4 : RIPOSTE NATIONALE À L'EPIDEMIE À VIH.....	33
4.1. RIPOSTE AU PLAN POLITIQUE : ENGAGEMENT ET ACTIONS AU PLAN NATIONAL.....	34
4.2. RIPOSTE AU PLAN PROGRAMMATIQUE.....	38
4.3. CONNAISSANCES ET CHANGEMENTS INTERVENUS DANS LES COMPORTEMENTS.....	42
4.4. ATTENUATION DE L'IMPACT.....	44
CHAPITRE 5 : PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTRICES.....	45
5.1. PROGRES REALISES POUR APPORTER DES MESURES CORRECTRICES AUX PRINCIPAUX OBSTACLES RAPPORTES EN 2005.....	46
5.2. OBSTACLES RENCONTRES AU COURS DE LA PERIODE DE L'ETABLISSEMENT DU RAPPORT.....	47
5.3. MESURES CONCRETES PREVUES EN VUE DE REALISER LES OBJECTIFS CONVENUS DE L'UNGASS.....	47

CHAPITRE 6 : SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT .....	48
6.1. APPUI TECHNIQUE .....	49
6.2. APPUI FINANCIER.....	49
CHAPITRE 7: ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET D’EVALUATION .....	50
7.1. APERÇU DU SYSTEME ACTUEL DE SUIVI ET D’EVALUATION .....	51
7.2. DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI EVALUATION .....	51
7.3. MESURES CORRECTIVES PREVUES POUR SURMONTER CES DIFFICULTES.....	51
7.4. BESOINS POUR LE SYSTEME DE SUIVI ET D’EVALUATION .....	52
BIBLIOGRAPHIE .....	54

# TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

## FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Togo .....	10
Figure 2 : Prévalence du VIH chez les PS et leurs clients selon les régions en 2005 .....	30
Figure 3 : Représentation des cas d'IST notifiés selon le syndrome .....	32
Figure 4 : Répartition des dépenses de la lutte contre le VIH et le sida .....	34

## TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux indicateurs sociodémographiques et économiques du Togo .....	13
Tableau 2 : Liste des acteurs impliqués dans l'élaboration du rapport UNGASS 2008 .....	15
Tableau 3 : Composition des équipes de collecte de données.....	18
Tableau 4 : Récapitulatif des indicateurs UNGASS.....	26
Tableau 5 : Evolution de la prévalence du VIH par région et par année, surveillance en site sentinelle chez les femmes enceintes.....	29
Tableau 6 : Répartition des dépenses liées au sida par sources de financement et par catégorie de services entre 2006 et 2007 .....	35
Tableau 7 : Contrôle de la qualité des poches de sang collecté par les services de transfusion sanguine .....	40
Tableau 8 : Répartition des financements internationaux.....	49
Tableau 9 : Répartition des financements multilatéraux .....	49
Tableau 10 : Besoins en assistance technique et renforcement des capacités.....	52

# SIGLES ET ACRONYMES

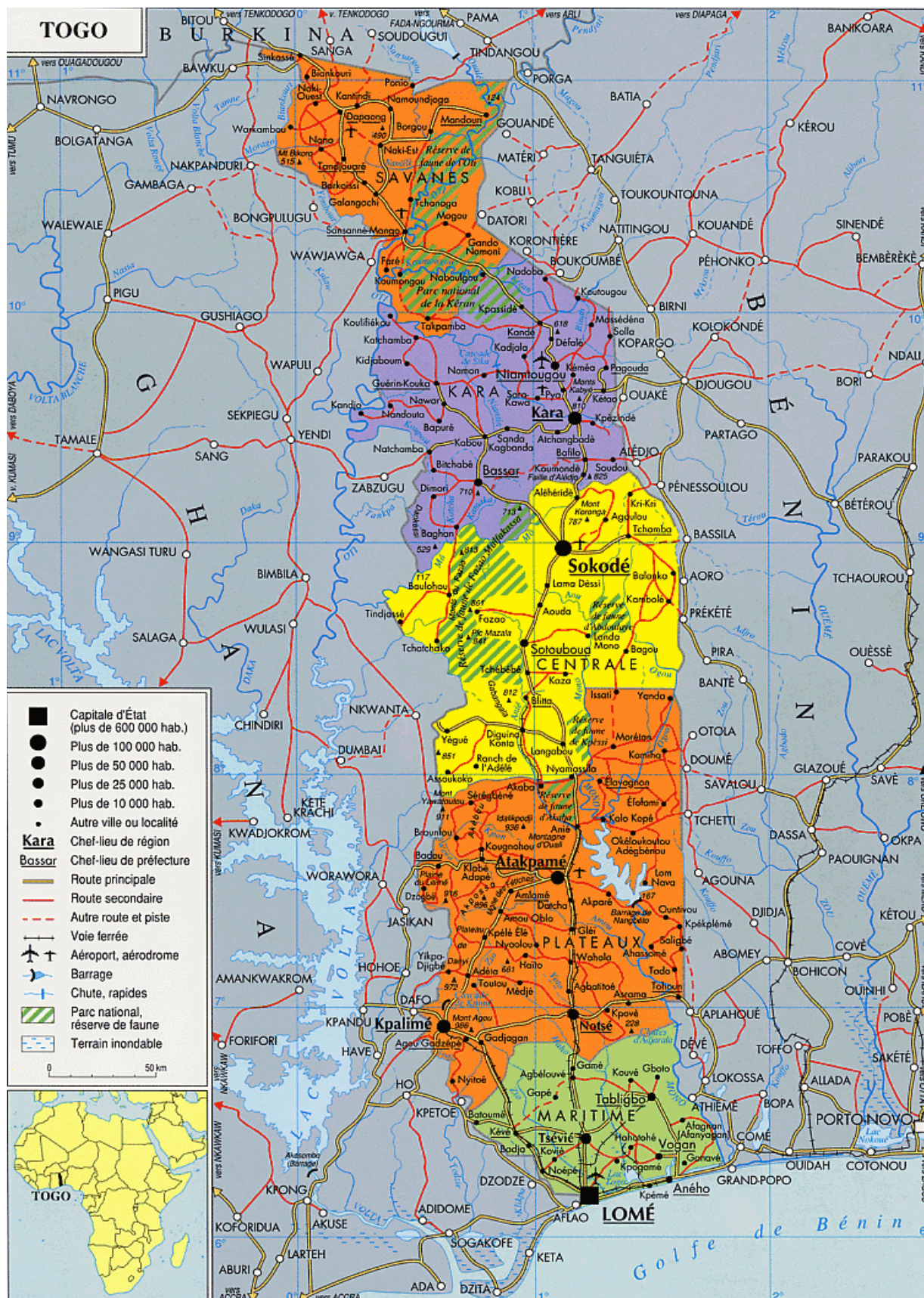
ACS	Action Contre le Sida
AIDSS	Action et Initiative pour le Développement Sanitaire et Sociale
AMC	Aide Médicale Charité
ARV	Antiretroviral/ antiretroviraux
AS/SR	Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction
ASDEB	Action Solidaire pour un Développement Entretenu à la Base
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien-être Familial
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CEFORP	Centre d'Études, de Formation et de Recherche en Population
CERA	Cabinet d'Expertise en Recherche-Action
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAO	Centre National d Appareillage Orthopédique
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRT	Croix Rouge Togolaise
DAAC	Direction des Affaires Administratives et Comptables
DAT	Dispositif d'Appui Technique
DGS	Direction Générale de la Santé
DGSCN	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DISER	Division Information Statistique, Etudes et Recherche
DSF	Division de la Santé Familiale
EDST	Enquête Démographique et de Santé du Togo
EVT	Espoir Vie Togo
FAMME	Force en Action pour le Mieux-être de la Mère et de l'Enfant
FMI	Fonds Monétaire International
FONGTO	Fédération des ONG du Togo
ICPN	Indice Composite des Politiques Nationales
INH	Institut National d'Hygiène
MEFP	Ministère de l'Économie, des Finances et des Privatisations
MEPS	Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
METFP	Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
MICS	Multiplés Indicators Cluster Survey
OCAL	Organisation du Corridor Abidjan Lagos
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PDH	Promotion et Développement Humain

PIB	Produit Intérieur Brut
PNLS-IST	Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PS	Professionnelle du Sexe
PSI	Population Service International
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
QUIBB	Questionnaire Unique des indicateurs de Base du Bien-Etre
RAS+	Réseau des Associations des Personnes vivant avec le VIH
RESPOEV-TOGO	Réseau des Structures de Protection des Orphelins et Enfants Vulnérables au Togo
RST	Regional Support Team
SNU	Système des Nations Unies
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
TB/VIH	Co-infection Tuberculose VIH
TDR	Termes de référence
TOCAHSO	Togo Council of Aids and Health Service Organisations
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UE	Union Européenne
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UONGTO	Union des ONG du Togo
URD/UL/	Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine
WILDAF-TOGO	Women in Law and Development in Africa section Togo





Figure 1 : Carte administrative du Togo



# 1. Données géographiques

Situé entre le Ghana à l'Ouest, le Bénin à l'Est, le Burkina Faso au Nord et l'Océan Atlantique au Sud, le Togo a une superficie de 56.785 km<sup>2</sup>.

Le pays est subdivisé sur le plan administratif, en cinq régions qui regroupent 30 préfectures.

Région Maritime, avec 6 préfectures ;  
Région des Plateaux, avec 9 préfectures ;  
Région Centrale, avec 4 préfectures ;  
Région de la Kara, avec 7 préfectures et ;  
Région des Savanes, avec 4 préfectures.

## 2. Données sociodémographiques et culturelles

### 2.1 Sur le plan démographique

La population togolaise est estimée en 2007 à près de 5 500 000 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 2,4%. Cette population compte 51,3% de femmes contre 48,7% d'hommes. Près de la moitié de la population a moins de 15 ans (49,93%). La population sexuellement active (15-49 ans) correspond à 34,6% de la population totale et la population urbaine à 35% [1].

### 2.2 Sur le plan scolaire

Le taux net de scolarisation dans le primaire est de 74,6% pour l'ensemble du pays en 2006. Les inégalités scolaires selon le sexe ne sont guère grandes ; le taux de scolarisation des filles étant assez proche de celui des garçons (71,6% contre 77,3%) [2]. Cependant les différences régionales sont assez importantes. Les taux nets de scolarisation sont plus élevés à Lomé et plus faibles dans la région des Savanes (88,9% à Lomé, 83,2% dans la région Maritime, 77,6% dans la région Centrale, 77,0% dans la région des Plateaux, 63,6% dans la région de la Kara et 47,8% dans la région des Savanes). La différence de scolarisation entre filles et garçons est également plus marquée dans la région des Savanes (42,8% contre 52,4%).

L'analphabétisme touche 43,1% des adultes (15 ans et plus). Le taux d'analphabétisme est de 29,7% chez les hommes et de 55,6% chez les femmes en 2006 [2].

### 2.3 Sur le plan matrimonial

La polygamie est autorisée au Togo selon le code des personnes et de la famille<sup>1</sup>. Environ 54% des femmes mariées au Togo sont dans une union polygame [3]. L'âge moyen au premier mariage est de 20 ans pour l'homme et de 17 ans pour la femme [4]. Les taux des mariages précoces sont particulièrement élevés en zone rurale.

---

<sup>1</sup> Le code des personnes et de la famille est depuis 2007 en cours de révision en vue d'instaurer la monogamie au Togo



### 3. Données sanitaires

Le Togo est divisé en six régions sanitaires. La capitale Lomé se détache de la région Maritime et devient une sixième région sanitaire. Le système de santé est organisé en une pyramide à trois niveaux :

- La base de la pyramide représente le niveau périphérique. C'est le niveau opérationnel comprenant 35 Directions préfectorales de santé correspondant aux 35 districts sanitaires, 30 hôpitaux de préfecture, 700 unités de soins périphériques et les services privés de soins.
- Le milieu de la pyramide représente le niveau intermédiaire, correspondant aux 6 régions sanitaires comprenant chacune une direction régionale de la santé et ses services connexes, un centre hospitalier régional, les services privés de soins à portée régionale.
- Le sommet de la pyramide représente le niveau central ou national, correspondant aux Ministère et Direction générale de la santé publique, ses directions centrales, divisions et services, ainsi que les spécificités à intérêt national (CHU, INH, CNAO, CNTS et les écoles de formation en santé), les services privés de soins à portée nationale.

La couverture géographique de l'offre de soins est assez bonne : 88% de la population est située à moins de 5km d'une formation sanitaire et 62% à moins de 2,5km. Plus de 83% des femmes enceintes font le suivi de leur grossesse dans une formation sanitaire agréée et 63% des accouchements ont lieu dans une formation sanitaire avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié. Les couvertures vaccinales contre les principales maladies de l'enfant et de la femme enceinte varient de 63,5% à 88%. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 123 pour mille en 2006 et celui des enfants de moins de 1 an est de 77 pour mille. La mortalité maternelle est de 478 pour 100 000 naissance vivantes en 1998 et l'espérance de vie à la naissance de 51,6 ans.

### 4. Données économiques

Le Togo fait partie du groupe des pays à revenus faibles de la planète. Le revenu annuel par habitant est estimé à 330 dollars US en 2004. Le Produit National Brut est de 190 067 FCFA par habitant en 2007.

Son économie est essentiellement basée sur l'agriculture. Il existe aussi un secteur minier dominé par l'exploitation des gisements de phosphates. La chute des cours des matières premières, la dévaluation de la monnaie (Franc CFA) en 1994 sans aucune mesure d'accompagnement, auxquelles s'ajoutent les programmes d'ajustement structurel et une longue crise socio-politique dont la conséquence immédiate est la suspension de l'aide internationale publique au développement (notamment avec l'UE, la BM, le FMI, la BAD et l'USAID) ont sérieusement mis à mal l'économie nationale. Les conséquences de cette situation sont :

- un alourdissement des dettes intérieure et extérieure ;
- un affaiblissement drastique du pouvoir d'achat de la population ;
- une paupérisation des couches les plus vulnérables, notamment les femmes et les jeunes ;
- une forte propension surtout des jeunes filles vers des comportements sexuels à risque pour la survie, etc.

## 5. Données politiques

Depuis le début des années 90, une crise politique profonde s'est installée au Togo à l'occasion de l'avènement du multipartisme. Pour sortir de cette crise, le Gouvernement a engagé à plusieurs reprises des concertations avec l'opposition. Dans le cadre de ces concertations, il a souscrit à un ensemble de 22 engagements à remplir pour affermir la démocratie Togolaise. L'Union Européenne a été reconnue comme chef de file des bailleurs de fonds pour aider les différentes parties à trouver un consensus. Après une série de concertations entre le Gouvernement, les représentants des partis politiques et de la Société Civile, un Accord politique global a été unanimement approuvé et signé le 20 août 2006. La mise en œuvre de cet Accord politique global a abouti à l'organisation en octobre 2007 des élections législatives anticipées qui se sont déroulées de façon démocratique et paisible. Ces élections ont ainsi ouvert la voie à la reprise de la coopération avec l'Union Européenne et les institutions financières internationales.

**Tableau 1 : Principaux indicateurs sociodémographiques et économiques du Togo**

<b>Données démographiques</b>	<b>Année</b>	<b>Estimation</b>	<b>Source de donnée</b>
Population totale (en milliers)	2007	5 500	DGSCN, Estimation
Pourcentage de la population des femmes en âge de procréer (12 à 45 ans)	2007	25	DGSCN, Estimation
Pourcentage de la population âgée de 15 à 24 ans	2007	17	DGSCN, Estimation
Taux de croissance annuelle (%)	2005	2,4	DGSCN, Estimation
Pourcentage de la population urbaine	2005	35	DGSCN, Estimation
Taux de croissance urbaine annuelle (%)	2005	4	Division de la population des Nations Unies
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1998	478	DGSCN, EDST
Espérance de vie à la naissance (ans)	2004	51,6	DISER, 2007
Taux de fécondité	2003	5,08	URD/UL, AS/SR
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	2006	77	DGSCN, MICS 3
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	2006	123	DGSCN, MICS 3
<b>Indicateurs socio-économiques de base</b>			
<b>Données Socio-économiques</b>	<b>Année</b>	<b>Estimation</b>	<b>Source de donnée</b>
PIB par tête d'habitant (en CFA)	2007	190 067	Comité PIB de la DGSCN
Part du budget de l'Etat allouée aux dépenses de santé (en %)	2006	7,6	Annuaire des statistiques sanitaires
Taux d'alphabétisation chez les hommes (15 ans et plus) (en %)	2006	69,3	QUIBB, 2006 ; DGSCN
Taux d'alphabétisation chez les femmes (15 ans et plus) (en %)	2006	44,4	QUIBB, 2006
Taux net de scolarisation chez les garçons (en %)	2006	77,3	QUIBB, 2006
Taux net de scolarisation chez les filles (en %)	2006	71,8	QUIBB, 2006



**CHAPITRE 1 :  
PROCESSUS D'ELABORATION  
DU RAPPORT**

## 1.1. Démarche méthodologique

### 1.1.1. Phase préparatoire

Le processus d'élaboration du rapport sur les indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH et le sida a été coordonné par le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (SP/CNLS-IST). La démarche participative a impliqué le secteur public (secteur santé et secteur non santé), les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement (multilatéraux et bilatéraux) et les ONG internationales.

**Tableau 2 : Liste des acteurs impliqués dans l'élaboration du rapport UNGASS 2008**

NOM ET PRENOMS	ORGANISATIONS	FONCTION	ROLES
<b>1. Participation du secteur public santé</b>			
Pr PITCHE Vincent	PNLS-IST	Coordonnateur	1. Coordination du processus 2. Informateurs clés ICPN Partie A I & II
Dr ASSINYO Kokou	PNLT	Assistant Programme	Collecte des données sur la coinfection TB/VIH
Dr DEKU Kodzo	PLNS-IST	Chef unité PEC médicale et S&E	1. Collecte des données sur le traitement par les ARV 2. Informateurs clés ICPN Partie A IV ; A V et B IV 3. Rédaction du rapport narratif
Dr FETEKE Lochina	CNTS	Directeur Adjoint	1. Collecte des données sur la sécurité transfusionnelle
Dr PELEI TAKOUDA	CAMEG	Directeur Adjoint	1. Collecte des données sur la survie des patients sous ARV 12 mois après.
Dr SINGO Assétina	PNLS-IST	Adjoint unité PEC médicale et S&E	2. Rédaction du rapport narratif
Dr TCHAMA Raïssa	PNLS-IST	Chargée de Programme PTME	Collecte des données sur la PTME
M. TCHANI W. koura	PNLT	Assistant Médical	Collecte des données sur la coinfection TB/VIH
M. MEDESSI Solim	PNLS-IST	Responsable financier	Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales
Mme AGBETROBU – KOUDADJE Ablawa	Ministère de la Santé	Chef Service Comptabilité DAAC	Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales
M. DEVOTSOU Apelety	PNLS-IST	Responsable IEC	Informateurs clés ICPN Partie A III ; et B III
<b>2. Participation du secteur public non santé</b>			
M. TOTAH Ayité	METFP	Point focal VIH	Collecte des données sur l'enseignement relatif au VIH dans les écoles
M. TAGONE Nako	MEPS	Point focal VIH	Enquête sur l'enseignement relatif au VIH dans les écoles
Mlle GNANSA Bénédicte	Ministère des Affaires Sociales	Chargée d'études	Enquête dans les foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour la PEC des OEV
M. ALAYI Tchao Mandjatom	MESR	Point focal VIH	Enquête sur l'enseignement relatif au VIH dans les écoles
M. EDOH Mawuéna	Indépendant	Consultant (Ancien Point focal)	Enquête sur l'enseignement relatif au VIH dans les écoles
M. GBETOGLO Dodji	Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé	Directeur des Etudes	1. Enquête CAP chez les 15-24 ans, 2. Enquête CAP chez les 15-49 ans 3. Enquête CAP chez les PS 4. Enquête sur l'enseignement relatif au VIH dans les écoles 5. Enquête dans les foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour la PEC des OEV
Mme BOURAÏMA Adjidjatou	CNDH	Chef Division	Informateur Clé ICPN Partie B I

### 3. Participation du secteur privé

M. MONDEDJI Marc	Patronat	Chargé d'études	Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales
------------------	----------	-----------------	--

### 4. Participation de la société civile

M. NAGBE Hugues	RAS+ Togo	Coordonnateur du réseau des PVVIH	1. Collecte des données sur l'ICPN Partie A IV, A V, BI et B IV, 2. Rédaction du rapport narratif
M. AGBOVE Edoh	RESPOEV-TOGO	Président	1. Enquête dans les foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour la PEC des OEV 2. Informateur Clé ICPN Partie B II
Mme AYIH Amélé	ASDEB	Chargée de programme	Collecte des données sur l'ICPN Partie B II
M. YINA Dominique	UONGTO	Assistant Directeur Exécutif	1. Collecte des données sur l'ICPN Partie A III ; et B III 2. Informateur Clé ICPN Partie B II 3. Rédaction du rapport narratif
M. ANATO Simplicie	ARC-En-Ciel	Coordonnateur d'ONG	Enquête sur l'enseignement relatif au VIH dans les écoles
M. DAHANI Bolandique	ARC-En-Ciel	Comptable	Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales
M. SEDOH Blaise	Croix Rouge Togolaise	Chargé de programme VIH	Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales
M. DOLEAGBENOU Martin	Croix Rouge Togolaise	Point focal VIH	Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales
Mme DIKENI KERIM Ryssalatou	AIDSS	Coordinatrice	Collecte des données sur l'ICPN Partie A I & II
Dr AVODAGBE Brunel	Aides Médicales & Charité	Chargé de Projet	Collecte des données sur la PTME
Dr DAMARLYS Messan	Action Contre le Sida	Médecin d'Association	Collecte des données sur le traitement par les ARV
M. LAWSON Godefroy	EVT	Ex Président	Enquête dans les foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour la PEC des OEV
M. PANA Ahmed	ATBEF	Responsable financier	Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales
M. SODJI Dométo	FAMME	Directeur Exécutif	Enquête CAP chez les PS
Dr TOUSSA Solange	ATBEF	Chargée de programmes	Informateur Clé ICPN Partie B II
DOKLA Augustin	RAS +	Président	Informateur Clé ICPN Partie A IV, B II et B IV
TSOLENYANU Komi	TOCAHSO	Président	Informateur Clé ICPN Partie B II
DZAKAS Antoine	PDH	Président	Informateur Clé ICPN Partie B II
AGUIGAH Brigitte	WILDAF – TOGO	Secrétaire générale	Informateur Clé ICPN Partie B II
RAVEN Edu Koku	FONGTO	Président	Informateur Clé ICPN Partie B II
MESSAN Messanvi	FORUM SIDA	Membre	Informateur Clé ICPN Partie B II

### 5. Participation des partenaires au développement

Dr GNAORE Emmanuel	ONUSIDA	Coordonnateur Pays	Coordination du processus
Dr TAKPA Koubagnine	ONUSIDA	Conseiller en S&E	1. Informateur Clé ICPN Partie A I, AII, A V 2. Supervision de la collecte et de la saisie des données 3. Rédaction du rapport narratif
Dr KOMBATE Patrick	OMS	Point Focal VIH/TB	1. Informateur Clé ICPN Partie A I & AII 2. Élaboration de protocoles de collecte des données
Dr OCLLOO Avoulety	UNICEF	Chargée de programmes VIH	1. Élaboration de protocoles de collecte des données 2. Supervision de la collecte
Mme AFELI Jeanne	UNFPA	Chargée de programmes VIH	1. Élaboration de protocoles de collecte des données 2. Supervision de la collecte
M. GBELEOU Esso	SIDA 3	Coordonnateur Programme	1. Élaboration de protocoles de collecte des données 2. Supervision de la collecte
M. KASSENE Sethson	PSI	Directeur Recherche SE	Élaboration de protocoles de collecte des données
Dr BENON Bintou	DAT	Consultante régionale	Appui pour la rédaction du rapport narratif



NOM ET PRENOMS	ORGANISATIONS	FONCTION	ROLES
<b>6. Participation du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST</b>			
M. TAGBA Abi Tchao	SP/CNLS-IST	Coordonnateur National	1. Coordination du processus 2. Informateurs clés ICPN Partie A I & II 3. Plaidoyer pour la mobilisation des ressources
M. AMOUSSOU Kégnidè	SP/CNLS-IST	Coordonnateur National Adjoint	1. Coordination du processus 2. Supervision des collectes 3. Plaidoyer pour la mobilisation des ressources
M. KAMAGA K. Paul	SP/CNLS-IST	Responsable Division Planification S&E	1. Coordination du processus 2. Informateurs clés ICPN Partie A IV 3. Supervision de la collecte et de la saisie des données 4. Equipe de rédaction
M. BONFOH Gbandi	SP/CNLS-IST	Agent Comptable	1. Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales
M. GNASSE Atinédi	SP/CNLS-IST	Responsable Division Communication	1. Collecte des données sur l'ICPN Partie B II 2. Informateurs clés ICPN Partie A III ; et B III 3. Rédaction du rapport narratif
Mme GOUNA Yawo	SP/CNLS-IST	Responsable Division Réseaux Communautaires	1. Collecte des données sur l'ICPN Partie A I & II
M. AGBOGAN Hilaire	SP/CNLS-IST	Assistant de S & E	1. Collecte des données de prévalence du VIH chez les 15-24 ans 2. Collecte des données de prévalence du VIH chez les PS 3. Supervision des collectes 4. Tri à plat, compilation et saisie des données dans le logiciel CRIS 5. Rédaction du rapport narratif
Mme DJAHLIN Bernice	SP/CNLS-IST	Gestionnaire de programme	1. Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales 2. Compilation des données sur les dépenses 3. Rédaction du rapport narratif
M. KOUDAYA Roland	SP/CNLS-IST	Assistant Administratif	1. Collecte des données sur les dépenses intérieures et internationales 2. Compilation des données sur les dépenses 3. Rédaction du rapport narratif
Mme POIDY Solange	SP/CNLS-IST	Secrétaire	Compilation des données sur les dépenses

Au total, 57 personnes ont participé au processus formel de rédaction du rapport, de sa préparation à sa validation. La société civile représentait 37% de l'ensemble des participants.

Ce processus s'est déroulé en quatre phases qui sont : i) la phase préparatoire, ii) la phase de collecte et de traitement des données, iii) la phase de rédaction du rapport narratif et iv) la phase de validation et de transmission du rapport définitif.

### 1.1.2. Collecte des données

Sous la coordination du SP/CNLS-IST, la collecte a été effectuée sur la base des protocoles validés par des équipes pluridisciplinaires constituées comme suit :

**Tableau 3 : Composition des équipes de collecte de données**

Type de données à collecter		Composition des équipes de collecte
1.	Enquête de population chez les jeunes de 15 à 24 ans	<b>URD/UL</b> : mène l'enquête au sein de la population jeune <b>UNFPA</b> : supervise l'enquête
2.	Enquête de population chez les adultes de 15 à 49 ans	<b>URD/UL</b> : mène l'enquête au sein de la population adulte <b>UNFPA</b> : supervise l'enquête
3.	Enquête chez les Professionnel (le) s du sexe	<b>URD/UL</b> : coordonne l'enquête <b>ONG FAMME</b> : exécute l'enquête dans les sites prostitutionnels <b>SIDA 3/ACDI</b> : supervise l'enquête
4.	Enquête dans les ménages sur les OEV	<b>URD/UL</b> : coordonne l'enquête <b>RESPOEV-TOGO et EVT</b> : exécute l'enquête <b>Ministère des Affaires Sociales</b> : supervise l'enquête
5.	Enquête dans les écoles	<b>URD/UL</b> : Coordonne l'enquête <b>Points Focaux des Noyaux anti-sida METFP, MEPS, MESR ; ONG Arc-En-Ciel</b> : exécutent l'enquête
6. Données program- matiques	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH.	<b>CNTS</b> : Dr FETEKE Lochina
	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	<b>PNLS-IST</b> : Dr DEKU Kodzo <b>ACS</b> : Dr DAMARLY Messan
	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant	<b>PNLS-IST</b> : DR TCHAMA Raïssa <b>ONG AMC</b> : Dr Brunel AHODAGBE
	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels a été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	<b>PNLT</b> : Dr ASSINYO Kokou et Assistant Médical M. TCHANI W. Koura
	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	<b>SP/CNLS-IST</b> : M. AGBOGAN Hilaire
	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	<b>CAMEG</b> : Dr PELEI Takouda
7.	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	M. BONFOH Gbandi( <b>SP/CNLS-IST</b> ) Mme DJAHLIN Bernice( <b>SP/CNLS-IST</b> ) M. KOU DAYA Roland ( <b>SP/CNLS-IST</b> ) M. MEDESSI Solim ( <b>PNLS-IST</b> ) M. DAHANI Bolandique ( <b>ARC-EN-CIEL</b> ) M. PANA Ahmed ( <b>ATBEF</b> ) M. SEDOH Blaise ( <b>CRT</b> ) M. MONDEDJI Marc ( <b>Patronat</b> ) M. DOLEAGBENOU Martin ( <b>CRT</b> ) Mme AGBETROBU K. Ablawa ( <b>Ministère Santé</b> )
8.	Indice composite des politiques nationales	M. GNASSE Atinèdi ( <b>SP/CNLS-IST</b> ) Mme TIGOE GOUNA Yawa ( <b>SP/CNLS-IST</b> ) Mme DIKENI KERIM Rissalatou ( <b>AIDSS</b> ) M. NAGBE Hugues ( <b>RAS+</b> ) M. YINA Dominique ( <b>UONGTO</b> ) Mme AYIH Amélie ( <b>TOCAHSO</b> )

Au total, les informations collectées se rapportent aux indicateurs de l'engagement, aux interventions nationales, aux indicateurs programmatiques, aux indicateurs sur les connaissances et comportements.

A l'issue de la collecte des données, une équipe constituée des représentants du SP/CNLS-IST et des structures ayant participé à la collecte des données a procédé à la vérification de la cohérence des informations collectées et à la saisie des données sur la feuille Excel fournie par RST.

### ➤ **Rédaction du rapport narratif**

Une équipe restreinte multisectorielle de 10 membres a rédigé le rapport narratif. L'Equipe Régionale ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre a apporté un appui technique pour la consolidation du rapport à travers une consultation internationale.

### ➤ **Validation du rapport**

Un atelier national de validation a été organisé par le SP/CNLS-IST avec l'appui financier de l'ONUSIDA le 11 janvier 2008 en vue d'obtenir un consensus national sur le rapport UNGASS 2008. Cet atelier a regroupé environ 60 participants issus des ONG/Associations, des secteurs public et privé, des partenaires au développement et des ONG internationales. Les apports de toutes ces parties prenantes lors dudit atelier ont permis de finaliser le présent rapport.

## **1.2. Degré de participation des parties prenantes**

### **1.2.1. Rôle joué par le secteur public**

#### ➤ **Phase préparatoire**

Le secteur public a joué un rôle déterminant dans la préparation du processus d'élaboration du rapport UNGASS 2008. Il a contribué à l'élaboration des protocoles de collecte des données sur les indicateurs de programmes.

Les secteurs impliqués dans cette phase préparatoire sont :

- Secteur santé : les programmes et services du ministère de la santé à savoir PNLIS-IST, PNLIT, CNTS, CAMEG et DGS dont les premiers responsables sont membres du groupe technique de travail
- Secteur non santé : Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfance ; Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire, Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle ; Ministère de l'Enseignement Supérieur, Ministère de la Défense ;
- URD/UL : membre du groupe de référence de suivi et évaluation, elle a contribué à l'élaboration des protocoles d'enquêtes

Les résultats de cette étape sont les suivants :

- l'élaboration et adoption des termes de référence du processus (méthodologie de collecte de données pour chaque indicateur) ;
- la mise en place des organes de gestion du processus : un comité de coordination, un groupe technique de travail et une équipe de rédaction ;
- la définition du chronogramme d'activités et confection du budget ;
- l'identification des sources de données les plus récentes et les plus pertinentes ;

- l'élaboration et validation des protocoles d'enquêtes et identification des consultants ;
- la constitution des équipes de collecte ;
- la formation des équipes de collecte

A l'occasion de cet exercice, les éléments suivants ont fait l'objet d'enquêtes :

- Enquête de population sur les connaissances et comportements (15 à 49 ans)
- Enquête en milieu scolaire sur l'enseignement du VIH
- Enquête de ménage sur l'appui aux OEV
- Enquête dans le groupe spécifique des Professionnelles du sexe sur les connaissances et comportements
- Interviews des informateurs clés sur les politiques et programmes (Indice composite des politiques nationales)
- Collecte de données sur les indicateurs de programmes
- Collecte des données sur les dépenses internes et externes liées au VIH

#### ➤ **Phase de collecte et de traitement des données**

Le secteur public à travers ses services techniques a participé à la collecte et à l'analyse des données :

- PNLIS-IST, PNLIT, CNTS, CAMEG du Ministère de la Santé ont collecté et analysé les données sur le traitement antirétroviral, la PTME, la sécurité transfusionnelle, la co-infection TB/VIH.
- Les ministères en charge des Finances, des Affaires sociales, de la Jeunesse, de la Défense et des Enseignements ont fourni des informations relatives aux ressources financières engagées par leurs départements respectifs dans la lutte contre le sida.
- Les points focaux des ministères des Enseignements Primaire et Secondaire, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ont participé à la réalisation de l'enquête en milieu scolaire.
- URD/UL a coordonné l'ensemble des cinq (5) études spécifiques et a apporté son appui technique dans la saisie et l'apurement des données.

## **1.2.2. Rôle joué par la société civile**

### ➤ **Phase Préparatoire**

La société civile est représentée dans le Groupe technique de travail. Elle a participé aux différentes réunions préparatoires et a contribué à l'élaboration des termes de référence et des protocoles d'enquêtes. Il s'agit de : RAS+, UONGTO, FONGTO, TOCAHSO, FORUM Sida, RESPOEV-TOGO, EVT, FAMME, ARC En Ciel, ATBEF, CRT, AIDSS, ACS, AMC.

### ➤ **Collecte et traitement des données**

La société civile a joué un double rôle :

- a) en tant que membres du Groupe technique de travail, les organisations de la société civile ont participé à la collecte des données sur i) les dépenses effectuées dans le domaine du VIH, ii) l'appui aux OEV, iii) les connaissances et comportements au sein des professionnelles du sexe, iv) l'indice composite des politiques nationales.
- b) en tant qu'intervenants dans la lutte contre le VIH, les ONG ont fourni des informations sur i) les dépenses effectuées dans la lutte, ii) la prise en charge des PVVH par les ARV, iii) l'appui apporté aux OEV, iv) l'indice composite des politiques nationales en tant qu'informateurs clés.

### **1.2.3. Rôle joué par le secteur privé**

Le Conseil National du Patronat a été représenté dans l'équipe de collecte des données financières. Grâce à son concours, les fonds propres engagés par les entreprises nationales ayant un programme effectif de lutte contre le sida ont été pris en compte dans le présent rapport.

### **1.2.4. Rôle joué par les partenaires au développement**

#### ➤ **Phase Préparatoire**

Les agences du système des Nations Unies notamment OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, ONUSIDA et les ONG internationales (notamment PSI Togo, la Croix Rouge Togolaise, Plan Togo, etc.) ont par leur assistance technique, facilité la compréhension des directives, l'élaboration des TDR, l'identification des indicateurs, l'élaboration des protocoles d'enquêtes et la définition des échantillons.

- le Conseiller en suivi et évaluation du Bureau Régional ONUSIDA de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a informé le Bureau Pays ONUSIDA du démarrage du processus par la transmission des termes de référence, des outils de travail et des indicateurs à mesurer selon les délais requis ;
- le Coordonnateur pays ONUSIDA a informé le Ministre de la Santé, 2<sup>ème</sup> Vice-président du CNLS-IST ; le Président du Groupe Thématique et le Coordonnateur National du SP /CNLS-IST.

#### ➤ **Collecte et traitement des données**

Les partenaires bilatéraux et multilatéraux ont fourni les informations relatives à l'indice composite, aux données financières et apporté un appui technique en matière d'analyse et de traitement des données.

### **1.2.5 Rôle joué par le SP/CNLS-IST**

#### ➤ **Phase préparatoire**

Le rôle joué par le SP/CNLS-IST se résume comme suit : organisation et coordination des différentes réunions préparatoires et élaboration des documents de travail ; plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières.

La phase préparatoire a essentiellement consisté en :

- Une séance de travail entre l'ONUSIDA et le SP/CNLS-IST : détermination des sources de financement ; des structures capables de mener des enquêtes, de la stratégie d'information des partenaires et acteurs (lettre d'information) ;
- La tenue d'un atelier d'information et d'orientation sur le processus UNGASS 2008 ayant regroupé toutes les parties prenantes ;
- La tenue d'une série de réunions et de séances de travail entre le SP/CNLS-IST et les responsables des noyaux anti-sida des ministères, les représentants des organisations de la société civile, du secteur privé et les partenaires au développement intervenant dans la lutte contre le sida ;
- Des visites aux principaux partenaires.

➤ **Phase de collecte et de traitement des données**

Les représentants du SP/CNLS-IST ont participé à la collecte des données relatives à l'indice composite, au financement et aux indicateurs de programmes ainsi qu'à la saisie et l'apurement des données.

### **1.3. Financement de l'élaboration du rapport UNGASS 2008**

L'élaboration du présent rapport UNGASS 2008 a bénéficié de l'apport financier du CNLS-IST et des partenaires. Au total, 76 365 US dollars<sup>2</sup> soit 33 982 425 FCFA ont été mobilisés pour financer le processus :

- CNLS-IST : 49 150 US dollars, soit 21 870 840 FCFA
- PSI : 14 445 US dollars, soit 6 500 000 FCFA
- ONUSIDA : 9 500 US dollars, soit 4 227 500 FCFA
- SIDA 3 : 3 270 US dollars, soit 1 455 000 FCFA.

---

<sup>2</sup> Coût du dollar = 445 FCA.



**CHAPITRE 2 :  
APERÇU DE LA SITUATION**

## 2.1. Bref aperçu de l'épidémie du VIH

L'épidémie de l'infection à VIH au Togo est de type généralisé. Sur la base de la sérosurveillance sentinelle, la prévalence est estimée à 3,2% en 2007 [5]. La tendance générale est à la stabilisation depuis 2005.

Cependant, la prévalence reste relativement élevée au sein de certains groupes spécifiques tels que les professionnelles du sexe et leurs clients (respectivement 29,5% et 5,5% en 2005) [6], chez les hommes en uniformes (9,7% en 2006) [7].

Au plan géographique, les agglomérations urbaines ont une forte prévalence par rapport aux zones rurales. La prévalence baisse au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la Région Maritime. Lomé la capitale qui est située sur le Corridor Abidjan - Lagos et qui jouxte les 2 frontières, Aflao à l'Ouest et Hilacondji à l'Est, présenterait l'image d'une épidémie locale (8,3% dans les sites sentinelles) [8].

Bien que des études récentes n'aient pas été menées pour élucider les facteurs de propagation de l'épidémie, certains facteurs socioculturels tels que le déni de l'infection et la méconnaissance de la notion de séropositivité, le lévirat surtout en milieu rural sont indexés. A ces facteurs, s'ajoute la crise socio-économique et politique qui a duré plusieurs années et qui a constitué le principal moteur de l'épidémie [9].

## 2.2. Résumé de la réponse au plan politique et programmatique

La réponse à l'épidémie a été précoce au Togo, puisqu'elle remonte à 1986. A l'instar de la plupart des pays, le Togo a mis en place son Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST dans une perspective de la réponse multisectorielle en 2001.

La réponse à l'épidémie du VIH au Togo s'organise sur la base des plans stratégiques nationaux. Le dernier plan stratégique national 2007-2010 a été adopté en avril 2007. La structure institutionnelle de coordination de la mise en œuvre de ce plan est le Secrétariat Permanent du CNLS-IST.

### 2.2.1. Au plan politique

La problématique du VIH est inscrite dans l'agenda du Président de la République, Président du CNLS-IST et dans celui des membres du Gouvernement. Ceci s'est traduit au cours des deux dernières années par :

- Les interventions publiques à maintes reprises du Président de la République sur les stratégies nationales à la riposte à l'épidémie ;
- La réunion du CNLS-IST pour la validation des résultats de la revue du Cadre Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2001-2005 présidée par le 2<sup>ème</sup> vice Président du CNLS-IST ;
- La réunion de lancement officiel de l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National 2007-2010 présidé par le 2<sup>ème</sup> vice Président du CNLS-IST ;
- La session du CNLS-IST du 30 avril 2007 consacrée à l'adoption du nouveau Plan Stratégique National 2007-2010 sous la présidence effective du Président de la République, Président du CNLS-IST, en présence de tous les membres du Gouvernement, de la société civile et des partenaires au développement ;
- L'intégration de la problématique du VIH dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté intérimaire (DSRPI) ;



- L'élaboration des plans sectoriels de lutte contre le VIH dans les Ministères des Enseignements Primaire et Secondaire ; de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle ; des Affaires Sociales, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfance ; de la Jeunesse et des Sports et de l'Eglise catholique.

## 2.2.2. Au plan programmatique

Entre 2005 et 2007, la riposte à l'épidémie a connu un ralentissement dans tous les domaines par manque de ressources. Toutefois, les activités inscrites dans le Cadre Stratégique National 2001-2005 se sont poursuivies avec quelques ressources limitées.

- ***Dans le domaine de la prévention, on note :***
  - la poursuite de la promotion des changements de comportement à l'échelle nationale et en direction des groupes spécifiques à travers le projet PSAMAO exécuté par PSI sur l'axe Lomé - Cinkassé, le projet corridor sur l'axe Sanvee Condji-Kodjoviakopé qui ciblent les routiers ainsi que le projet Opération Haute Protection (OHP) qui cible les forces armées ;
  - l'assurance de la qualité du sang et des produits sanguins à travers l'appui de la Coopération Française ;
  - le maintien des services PTME dans les 34 anciens sites et leur extension à 7 nouveaux sites répartis dans 19 districts sur 35 ;
  - la continuation de la prise en charge des IST à travers des programmes ciblant les groupes spécifiques (Professionnelles du sexe, corps habillés, routiers et jeunes) financée par SIDA 3 puis par le Fonds Mondial à travers les subventions du Round 4 gérées par PSI Togo.
  - la distribution des préservatifs;
  - le Conseil Dépistage Volontaire et Anonyme dans 50 CDVA.
- ***En ce qui concerne les soins et le soutien aux personnes infectées et affectées :***
  - la prise en charge médicale des PVVIH se poursuit dans les 35 districts sanitaires ;
  - les ONG et les associations participent activement à la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH.

## 2.3. Résumé de la situation économique

La pauvreté importante et surtout la longue crise sociopolitique et économique ont généré un terreau à l'explosion de l'épidémie. Pour faire face à cette situation, une mobilisation plus accrue des ressources était nécessaire pour une riposte conséquente.

Malheureusement, la suspension de l'aide internationale a eu des répercussions significatives sur les capacités de financement des différents plans de lutte contre le sida.

En plus, les ressources du Round 2 du Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH ont été suspendues après l'exécution de la première phase en octobre 2006. Depuis cette date, le pays a soumis deux requêtes respectivement aux Rounds 6 et 7 qui n'ont pas été acceptées.

Ces conditions économiques défavorables restreignent le passage à l'échelle des différentes interventions dans le sens de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

## 2.4 Récapitulatif des indicateurs UNGASS

Tableau 4 : Récapitulatif des indicateurs UNGASS

INDICATEURS A MESURER		Pourcentage/ Valeur	Année de mesure	
Engagement et actions au plan national	Catégories de dépenses liées au sida	9 553 289 564	2007	
Programmes nationaux	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	85,2%	2006	
	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	27,3%	2006	
		29,8%**	2007	
	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	6,1%	2006	
		4,2%*	2007	
	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels a été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	0,2%	2006	
	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	15,5%	2007	
	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque (PS), de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	39,9%	2007	
	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque (PS), de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Bonnes réponses aux 2 questions	76,3%	2007
		Savez-vous ou aller pour le dépistage ?	80,6%	2007
		Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ?	36,9%	2007
	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en Charge	59,9%	2007	
Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	0,1%	2007		
Connaissances et comportements	Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans	Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans	92,3%	2006
		Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux	96,1%	2007
	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Bonnes réponses aux 5 questions	50,9%	2007
		Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?	94,5%	2007
		Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation des préservatifs lors de chaque rapport ?	91,4%	2007
		Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?	91,8%	2007
		Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?	62,1%	2007
		Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?	93,1%	2007
		Bonnes réponses aux 5 questions	44,9%	2007
	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du Virus	Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?	86,1%	2007
		Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation des préservatifs lors de chaque rapport ?	90,1%	2007
		Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?	70,4%	2007
		Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?	67,4%	2007
		Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?	79,9%	2007
	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	11,1%	2007	
	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	16,2%	2007	
	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	72,5%	2007	
	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	78,1%	2007	
	Impact	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	3,4%	2006
		Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque	29,3%	2005
Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale		90,0%	12/2005au 12/2006	

\* Période concernée par la collecte : janvier à juin 2007

\*\* Période concernée par la collecte : janvier à juillet 2007



**CHAPITRE 3 :  
SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA**

Le dispositif de surveillance épidémiologique du VIH au Togo comporte la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, la surveillance comportementale et la collecte routinière des informations sur les cas de sida, des IST, les donneurs de sang et les malades tuberculeux.

La surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes a été régulière de 1995 à 2000. A partir de 2001, elle n'a été réalisée qu'en 2003, 2004 et 2006 par manque de ressources financières.

Dans le cadre de la surveillance comportementale, une étude a été conduite de 2005 à 2006 avec l'appui de PSI au sein de la population générale, chez les hommes en uniformes [7] ainsi qu'une étude exploratoire sur les homosexuels [10].

Des enquêtes sur les PS et leurs clients ont été réalisées en 2003 [11] et 2005 [6] avec l'appui du projet SIDA 3.

## **3.1. Prévalence du VIH**

### **3.1.1. Dans la population générale**

L'enquête de prévalence au sein de la population générale n'a pu être réalisée depuis le début de l'épidémie à cause de son coût élevé. L'estimation de la prévalence se fait à partir des données de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes en CPN et des données démographiques. A partir des modèles d'estimation EPP et de projection SPECTRUM, le Groupe de travail conjoint OMS/ONUSIDA a estimé en 2006 une prévalence de 3,2% [ 1,9%-4,7%] au sein de la population générale. Le nombre de personnes vivant avec le VIH chez les 15 à 49 ans est estimé à 110 000 [60 000 – 150 000] dont 61 000 femmes [5].

La tendance globale est à la stabilité depuis 2005. Cependant, cette prévalence nationale cache des disparités régionales et demeure encore élevée dans certains groupes spécifiques.

### **3.1.2. Données de la surveillance sentinelle**

#### **3.1.2.1. Prévalence chez les femmes enceintes**

La surveillance sentinelle a été réalisée en 2006 sur un échantillon de 8344 femmes enceintes dans 17 sites urbains et 16 sites ruraux sur toute l'étendue du territoire [12]. La prévalence moyenne était de 4,2%. Elle était plus élevée en milieu urbain (5,5%) qu'en milieu rural (2,7%) consolidant ainsi le fait que le milieu urbain est plus à risque en matière d'infection au VIH.

En 2003 et en 2004, cette prévalence était respectivement de 4,7% et 4,6%. Ces données semblent confirmer la tendance à la stabilisation mentionnée plus haut.

La prévalence chez les jeunes femmes (15 à 24 ans), évocatrice des nouvelles infections connaît une baisse relative entre 2003 et 2006 (4,8% en 2003, 4,2% en 2004 et 3,4% en 2006) ; par contre la prévalence chez les femmes enceintes de 25 à 34 ans est en stagnation (5,0% en 2003, 5,1% en 2004 et 5,2% en 2006).

La prévalence du VIH variait également selon les régions. Le tableau 5 ci-après montre que la Commune de Lomé présente des taux de prévalence de VIH très élevés par rapport aux autres régions. La tendance de cette évolution a baissé d'année en année dans trois régions sanitaires à

savoir les régions Maritime, des Plateaux et des Savanes, contrairement aux régions Centrale et de la Kara. Cette prévalence a évolué en dents de scie entre 2,6% et 4,2% pour la région Centrale et entre 2,9% et 3,4% pour la région de la Kara. L'inclusion de deux nouveaux sites dans les deux régions, Sotouboua (8,8%) pour la région centrale et Bassar (5,6%) pour la région de Kara pourrait expliquer cette évolution en dent de scie.

**Tableau 5 : Evolution de la prévalence du VIH par région et par année, surveillance en site sentinelle chez les femmes enceintes**

REGIONS	ANNEES		
	2003	2004	2006
Lomé Commune	7,1	9,6	8,3
Maritime	6,7	6	4,5
Plateaux	5,3	5	3,9
Centrale	3,9	2,6	4,2
Kara	3,4	2,9	3,4
Savanes	2,6	2,4	1,8
<b>Nationale</b>	<b>4,7</b>	<b>4,6</b>	<b>4,2</b>

*Source : Rapport de la surveillance sentinelle 2006 ; PNLIS-IST*

### 3.1.2.2. Prévalence au sein des groupes spécifiques

#### a) Professionnelles du sexe et leurs clients

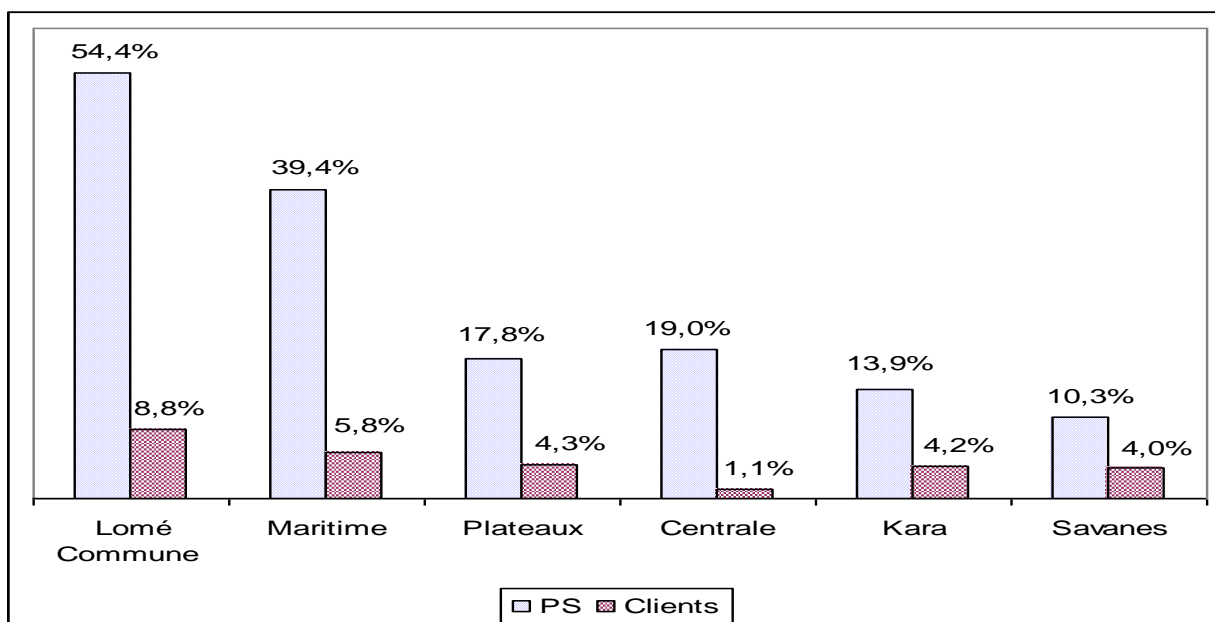
La dernière enquête de serosurveillance réalisée auprès des professionnelles du sexe et de leurs clients date de décembre 2005 [6]. L'étude a concerné 993 professionnelles du sexe et 770 clients répartis dans toutes les régions du pays. L'étude a révélé une prévalence de 29,5% chez les PS et 5,5% chez leurs clients au niveau national.

A Lomé, la prévalence était de 44,5% chez les PS et 7,7% chez leurs clients en 2005 contre respectivement 53,9% et 13,3% en 2003. Cette diminution est due à l'action concertée des différents acteurs dans ce domaine, notamment SIDA 3/ACDI, PSI, GTZ, ONG FAMME, PNLIS-IST et DSF.

Cette prévalence semble être en corrélation avec la durée dans la prostitution. Elle varie de 34,8% chez les PS ayant moins d'un an d'exercice à 56,7% chez celles qui ont plus de 5 ans d'exercice.

Comme au sein du groupe des femmes enceintes, on observe la même tendance dégressive du sud vers le nord au sein des PS. Chez les clients, cette tendance est rompue pour les régions de la Kara et des Savanes.

**Figure 2 : Prévalence du VIH chez les PS et leurs clients selon les régions en 2005**



*Source : SSG2 chez les professionnelles du sexe et leurs clients, SIDA3/ACDI/PNLS-IST, 2005*

### **b) Corps habillés**

Chez les militaires, après la première enquête de séroprévalence réalisée en 2002 qui donnait une prévalence de 14,7% [12%-16%] [13], une seconde enquête a été réalisée en 2006 au sein de ce groupe cible et a révélé une prévalence de 9,7% [7]. Cette diminution est le résultat du projet Opération Haute Protection (OHP) mis en œuvre depuis 2002 dans toutes les garnisons du pays.

Aucune étude de prévalence n'a été réalisée au sein des paramilitaires (Policiers et Douaniers).

### **c) Donneurs de sang**

La prévalence du VIH au niveau des donneurs de sang montre une tendance à la baisse entre 2003 et 2006 : 3,8% en 2003, 2,8 % en 2004, 3,4% en 2005 puis 2,9% en 2006. Cette tendance à la baisse peut s'expliquer par :

- La sensibilisation des populations cibles par l'unité IEC/collecte du CNTS et la Fédération Nationale des Associations de Donneurs de Sang Bénévoles du Togo ;
- La fidélisation des donneurs de sang au CNTS ;
- Une meilleure sélection des donneurs au CNTS grâce à un logiciel informatique de gestion des donneurs de sang.

### **d) Co-infection VIH/TB**

En 2005, selon l'OMS, le nombre de nouveaux cas estimés est de 150 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) pour 100 000 habitants et de 300 cas toutes formes confondues pour 100 000 habitants.

Une enquête nationale réalisée en 2005-2006 sur 340 nouveaux malades TPM+ a montré que 92 parmi eux sont séropositifs, soit un taux de séroprévalence au VIH de 27% [14].

Pour faire face à cette situation, un plan conjoint de prise en charge de la co-infection a été élaboré et des points focaux sont nommés au niveau des deux programmes (PNLS-IST et PNLT) depuis août 2007.

En attendant la mise en œuvre de ce plan conjoint, les cas de co-infection sont pris en charge par les spécialistes des deux programmes de façon concertée.

### **e) Populations mobiles le long du Corridor**

Le Projet Corridor a mené une étude de prévalence du VIH en juillet 2005 [8] au sein de divers sous groupes à risques en zones frontalières à savoir les PS, les jeunes, les paramilitaires (police, douane) et les routiers. L'approche régionale de l'étude donnait les prévalences globales sur l'ensemble du corridor, la taille des échantillons étant trop petite à l'échelle de chaque pays. La prévalence globale tous groupes confondus était de 6,7% pour les sites du Togo (Kodjoviakopé et Sanvee Condji).

### **f) Miniers**

Grâce au projet BIT/USDOL, une étude de prévalence menée en 2003 dans certains milieux socioprofessionnels notamment dans le secteur des mines a révélé une prévalence du VIH variant entre 12% et 16% [15].

## **3.2. Cas de sida notifiés**

Le système de notification des cas de sida est peu performant. Cette notification s'intègre dans le Système National d'Informations Sanitaires. La faible complétude et la faible promptitude des rapports d'activités des formations sanitaires périphériques vers le niveau central constituent un handicap majeur dans l'actualisation des cas de sida. En outre, le faible taux de fréquentation des formations sanitaires laisse présager qu'un nombre non négligeable de cas de sida n'est pas reçu en consultation.

Entre 1987 et 2005, le nombre cumulé de cas de sida enregistré était de 17 600. En fin 2007, le nombre cumulé de cas de sida avoisinerait les 21 740<sup>3</sup>.

## **3.3. Prévalence des IST**

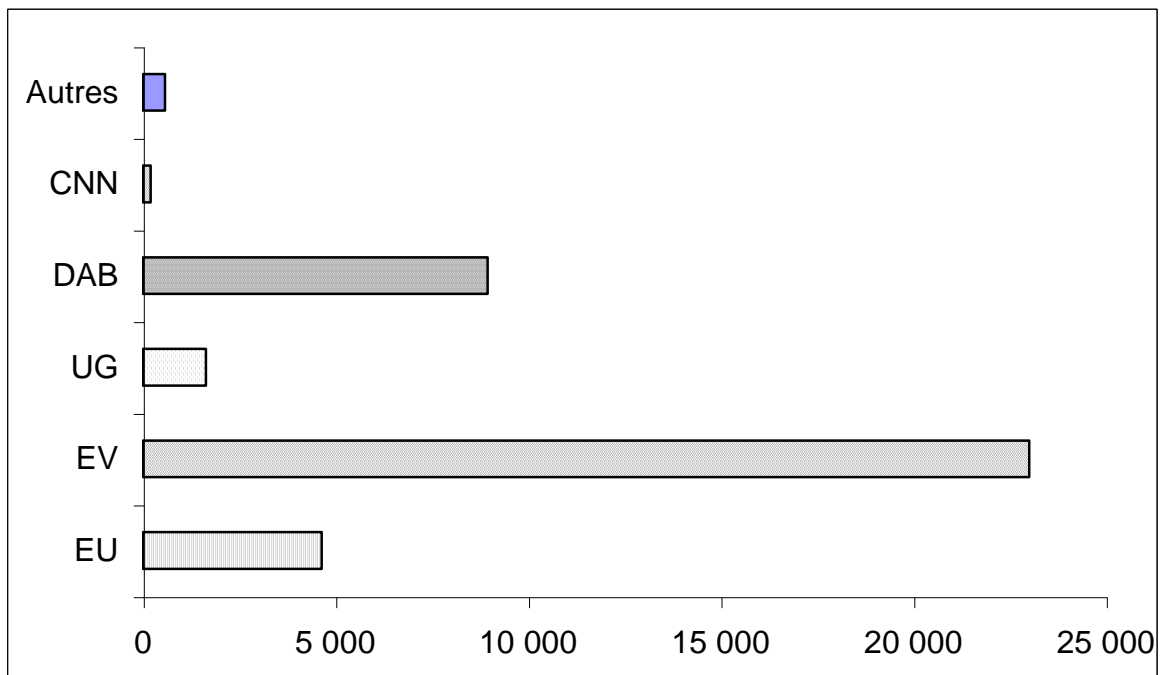
Le diagnostic des IST est basé essentiellement sur l'approche syndromique au niveau des structures de prise en charge. On distingue les écoulements urétraux (EU), les écoulements vaginaux (EV), les ulcérations génitales (UG), les douleurs abdominales basses (DAB), les conjonctivites du nouveau-né (CNN) et les condylomes ou végétations vénériennes (CO ou VV).

En 2006, près de 39 000 cas d'IST ont été répertoriés dans 33 structures de santé. Ces IST sont dominées par les écoulements vaginaux (23 006 cas), suivies des douleurs abdominales basses (8 949 cas) puis des écoulements urétraux (4 638 cas) [16].

---

<sup>3</sup> Selon les modèles d'estimation et de projection EPP/SPECTRUM, le nombre de cas de sida entre 2006 et 2007 atteindrait les 4140 ajouté 17 600 cas donne 21 740.

**Figure 3 : Représentation des cas d'IST notifiés selon le syndrome**



**Source :** *Rapport annuel d'activités 2006 du PNLS-IST*





**CHAPITRE 4 :  
RIPOSTE NATIONALE À L'ÉPIDÉMIE À VIH**

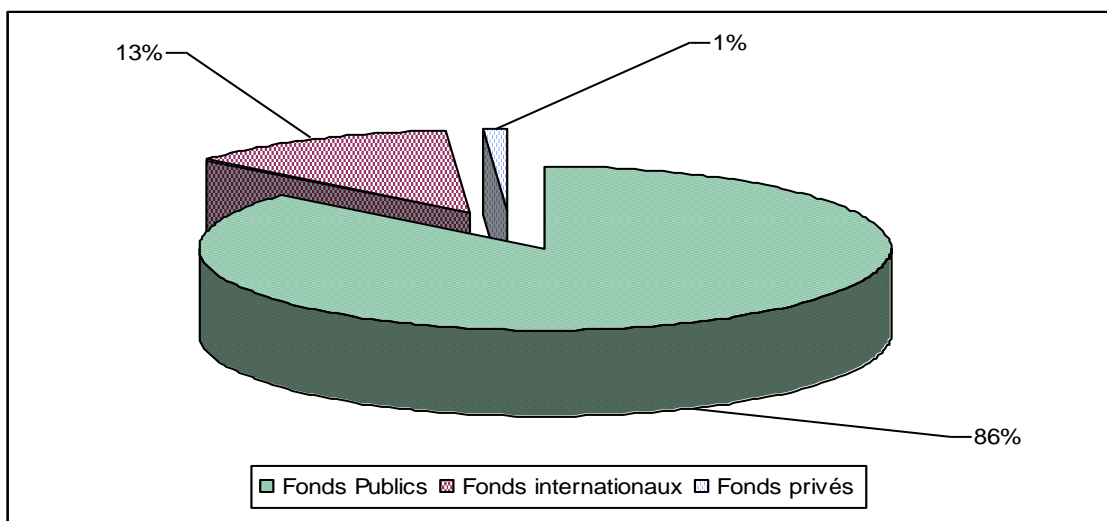
## 4.1. Riposte au plan politique : Engagement et actions au plan national

### 4.1.1. Financement de la lutte contre le VIH entre 2006 et 2007

Les ressources financières dépensées dans la réponse au VIH ces deux dernières années sont estimées à 9 553 289 564 F CFA soit 21 469 000 US dollars. La quasi-totalité des ressources soit 86% provient des fonds internationaux dont 95% de la coopération multilatérale et 5% de la coopération bilatérale. Les financements nationaux représentent 13% et le secteur privé 1%.

Le Grant du Round 4 VIH du Fonds Mondial actuellement exécuté par PSI Togo a contribué à hauteur de 60,31% du montant total dépensé sur les deux ans.

**Figure 4 : Répartition des dépenses de la lutte contre le VIH et le sida selon les sources de financement de 2006 à 2007**



Un effort a été fait au cours de l'élaboration de ce rapport UNGASS 2008 pour collecter les données sur les dépenses effectuées par les ONG et Associations de lutte contre le VIH. En effet, au cours des deux dernières années, les ONG et Associations ont dépensé sur fonds propres 590 635 438 FCFA. Ces ressources ajoutées aux dépenses effectives du Gouvernement (montant des dépenses du gouvernement) élèvent les dépenses publiques à 1 252 245 502 FCFA.

Le tableau ci-dessous résume les dépenses effectuées selon les sources de financement et les catégories de services

**Tableau 6 : Répartition des dépenses liées au sida par sources de financement et par catégorie de services entre 2006 et 2007**

Catégorie de dépenses liées au sida	Sources de dépenses			
	Nationale		Internationale	Total
	Publique	Privée		
1. Prévention	291 406 901	79 538 576	6 614 233 684	6 985 179 161
2. Soins et traitement	416 932 467	20 223 335	272 974 035	710 129 837
3. Orphelins et enfants vulnérables	63 792 014	3 133 640	141 673 815	208 599 469
4. Renforcement de la gestion et de l'administration des programmes	261 523 805	10 030 826	914 953 789	1 186 508 420
5. Incitations pour les ressources humaines	181 432 925	80 000	174 199 372	355 712 297
6. Protection sociale et services sociaux, OEV non compris	18 561 760	4 442 130	21 755 550	44 759 440
7. Environnement propice et développement communautaire	16 885 630	1 670 000	42 135 310	60 690 940
8. Recherche à l'exclusion de la recherche opérationnelle	1 710 000	0	0	1 710 000
<b>TOTAL GENERAL (monnaie locale)</b>	<b>1 252 245 502</b>	<b>119 118 507</b>	<b>8 181 925 555</b>	<b>9 553 289 564</b>

**Source :** *Estimations des dépenses nationales et internationales affectées à la lutte contre le sida ; octobre 2007*

Il est difficile de comparer l'évolution des dépenses effectives du Gouvernement consacrées à la riposte au VIH entre 2006-2007 et 2003-2005 car, les montants rapportés entre 2003 et 2005 comprenaient à la fois les dépenses effectives et les engagements financiers.

#### **4.1.2. Indice Composite des Politiques Nationales (ICPN)**

Cet indicateur permet d'évaluer les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de lutte contre le sida. La première partie qui traite des politiques et stratégies nationales de lutte contre le VIH a été renseignée par le secteur public et les organismes du système des Nations Unies ; la seconde partie qui traite des droits de la personne et de la participation de la société civile dans la mise en œuvre des programmes a été renseignée par les ONG, le Ministère de la Justice et la Commission Nationale des Droits de l'Homme.

##### **Plan stratégique**

On note une nette progression des efforts de planification stratégique de 2005 à 2007 matérialisée par un score qui est passé de 5 à 9.

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2007-2010 a été élaboré dans une approche participative. Les résultats de la revue du Cadre Stratégique National 2001-2005 et ceux de la consultation nationale sur l'Accès Universel ont servi de base pour l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2007-2010.

Ce plan stratégique intègre les recommandations de la Déclaration d'Abuja, la Déclaration d'Engagement et des réunions de haut niveau des Nations Unies sur le sida, les Trois Principes Directeurs ou « Three Ones » et les recommandations du Comité Mondial de Réflexion pour un accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

Il prévoit des interventions en direction de plusieurs groupes cibles : les jeunes, les femmes, les migrants, les Professionnelles et leurs clients, les hommes en tenue, les routiers, les populations vulnérables, le milieu de travail.

La lutte contre le sida est intégrée dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté intérimaire.

### **Appui politique**

Les efforts nationaux relatifs à l'appui politique se sont améliorés ces deux dernières années (score 6 en 2007 contre 3 en 2005).

La réponse nationale à l'épidémie du VIH est une préoccupation des responsables politiques à un haut niveau. A ce titre, un Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles a été créé en avril 2001. Ce Conseil est présidé par le Président de la République. Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement est le Premier Vice Président et le Ministre de la Santé le deuxième Vice Président. Les membres du Gouvernement, les Députés, le secteur privé et les Représentants de la Société Civile dont les PVVIH en sont membres. La société civile dans son ensemble représente 37%<sup>4</sup> de la composition totale du CNLS-IST.

Celui-ci a pour missions de définir les orientations politiques en matière de lutte contre le VIH, le sida et les Infections Sexuellement Transmissibles, de mobiliser les ressources externes et internes pour la mise en œuvre du Plan Stratégique, d'évaluer l'efficacité de la lutte contre le VIH, le sida et les IST, d'approuver les budgets et programmes annuels d'action.

Il a un Secrétariat Permanent qui coordonne la mise en œuvre de la politique nationale et exécute les décisions prises par le Conseil.

La Société Civile joue un rôle important dans la réponse au VIH. Une division lui a été consacrée au sein du Secrétariat Permanent pour coordonner leurs actions.

Les démembrements du CNLS-IST au niveau décentralisé sont les Comités Régionaux de Lutte contre le Sida et les IST (CRLS-IST) et les Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida et les IST (CPLS-IST).

Le CNLS-IST se réunit chaque fois que de besoin pour traiter des questions liées à la problématique du sida soit pour faire le bilan ou lancer les programmes, voire mobiliser les ressources nécessaires.

D'ailleurs, lors de la session du 30 avril 2007 consacrée à l'adoption du nouveau Plan Stratégique, le Président du CNLS-IST avait annoncé la contribution du Gouvernement au financement du

---

<sup>4</sup> 20/54 (Gouvernement : 31 en 2007 , Société civile : 20 ; Assemblée National : 2, Secteur Privé : 1 ; Présidence de la République :1)

nouveau Plan Stratégique 2007-2010 à hauteur de 4 494 382 US dollars par an pendant 4 ans, soit 17 977 528 US dollars.

### **Prévention**

De 2005 à 2007, on note une réduction des efforts dans le domaine de la prévention. Cette situation s'explique par une réduction des financements affectés au volet prévention. Ceci se justifie par la suspension des ressources du Fonds Mondial du Round 2 et l'arrivée à terme des projets de prévention des IST/VIH en milieu prostitutionnel de SIDA3/ACDI et en milieu de travail de BIT/USDOL.

### **Traitement, soins et soutien**

Ce volet a connu une légère amélioration de 2005 à 2007 avec les scores respectifs de 2 et 3. Ce domaine constitue une faiblesse liée également à la suspension du financement du Fonds Mondial. Il demeure un des défis majeurs que le Plan Stratégique National 2007- 2010 s'est engagé à relever.

### **Suivi et évaluation**

On constate une amélioration significative dans le domaine du Suivi-Evaluation de 2005 à 2007 avec un score évalué à 6 contres 2 en 2005. Cette amélioration est due à :

- l'élaboration du plan de Suivi-Evaluation adopté en juin 2007 ;
- la formation des chargés de Suivi-Evaluation du SP/CNLS-IST, de quelques directions techniques et ONG à l'utilisation du CRIS ;
- l'évaluation du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST 2001-2005

### **Droits de la personne**

En ce qui concerne les politiques, lois et règlements ; il y a eu une progression de 3 points (7 en 2007 et 4 en 2005). Cela s'explique par la promulgation de la loi portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA qui a été largement diffusée et qui fait l'objet de promotion au sein de la population, notamment les PVVIH.

Quant à l'application des lois et politiques, la situation reste stationnaire avec un score de 3 en 2005 et en 2007. Cela est dû au fait que les victimes de violations de tout genre de droits humains ne sont non seulement en mesure de dénoncer les auteurs de violations de la loi, mais aussi parce que les textes d'application prévus par la loi ne sont pas encore pris.

### **Participation de la société civile**

Les différents acteurs interrogés sur la question de la société civile ont constaté une régression DE la participation de celle-ci entre 2005 et 2007 ; d'où le score de 8 à 5. En effet, les acquis de 2003 à 2005 ont diminué compte tenu de l'insuffisance des financements accordés (score 1/5) à la société civile même si le soutien technique qu'elle reçoit reste considérable (Score 3/5).

## 4.2. Riposte au plan programmatique

### 4.2.1. Dans le domaine de la prévention

#### 4.2.1.1. Conseil et dépistage volontaire

##### ***Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat***

L'enquête de population réalisée chez les hommes et femmes de 15 à 49 ans en 2007 montre que 15,5% de la population (16,1% des hommes et 14,9% des femmes) ont subi le test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent leurs résultats. Environ un jeune de 15 à 24 ans sur deux (49%) a fait le test VIH et connaît le résultat. C'est la même tendance observée dans les centres de dépistage volontaire et anonyme en 2006 (44%) [16].

Deux nouveaux centres de CDVA ont été créés en 2006 grâce à l'appui financier de PSI Togo, portant le nombre de CDVA à 50. Le dépistage volontaire se fait également dans 34 sites PTME et dans 10 Services adaptés pour les PS et leurs clients. Le nombre de personnes ayant subi le test de dépistage en 2006 est de 82 006 contre 44 005 personnes en 2005.

##### ***Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat***

En milieu prostitutionnel, quatre personnes sur dix (professionnelles de sexe et leurs clients) ont subi un test de dépistage du VIH et en connaissent les résultats. Contrairement à leurs clients, la plupart des professionnelles du sexe font le test et connaissent leur statut (89%). Cette situation s'explique par le fait qu'elles ont plus accès à un programme de prévention [17].

#### 4.2.1.2. Distribution des préservatifs

La distribution des préservatifs se fait essentiellement par le biais d'un réseau de distributeurs agréés. Ce réseau constitué de commerçants (grossistes, demi-grossistes et détaillants), de tenanciers de kiosques de marchandises, de stations d'essence, d'hôtels, de formations sanitaires publiques et privées et de pharmacies privées compte au moins 3000 points de distribution à travers tout le pays.

La promotion du préservatif est faite dans le cadre de la paire éducation, de la planification familiale, des activités de masse (marathon de l'Espoir, caravanes et campagnes vacances cultures) par différents projets.

- Condom masculin « *Rebel* » dans le cadre du « Projet 100% jeunes, 100% Réglo » chez les jeunes,
- Condom « *Migrant* » dans le cadre du projet « OCAL » chez les routiers,
- Condom « *Protector* » dans le cadre du Projet « PSAMAO » chez les routiers,
- Préservatif « *Fémidon* » dans le cadre des projets « *Santé de la reproduction* » chez les femmes et « *Sœur à Sœur* » chez les professionnelles du sexe.

Au total entre 2006 et 2007, environ 27 000 000 unités de préservatifs ont été distribuées.

### **4.2.1.3. Enseignement du VIH dans les écoles**

#### ***Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire***

Les résultats de l'enquête réalisée dans les établissements scolaires sur l'enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire indiquent que très peu de temps est accordé par les enseignants aux questions touchant le VIH/SIDA dans les établissements scolaires interviewés. Seulement 0,3% d'établissements a déclaré avoir consacré 10 heures et plus par an à l'enseignement du VIH dans les classes, tous degrés confondus. Au cours de l'année scolaire 2006-2007, une proportion très insignifiante (seulement 0,1%) d'établissements en a consacré 30 heures par an et aucun établissement interviewé n'a dépassé les 30 heures par an.

Dans l'enseignement général, la proportion d'établissements qui a consacré au moins 5 heures de temps au cours de l'année scolaire 2006-2007 aux questions touchant le VIH et le sida (5,6%) est proportionnelle à celle de l'ensemble du pays (5,8%). Parmi les établissements de l'enseignement technique, 79% en ont consacré 5 heures ou plus.

Par rapport au degré d'enseignement, si dans le premier degré la quasi-totalité des établissements a consacré moins de 5 heures (99%) de cours sur le VIH et le sida, dans les second et troisième degrés, ce sont respectivement un peu plus de la moitié (54%) et des 3/5 (63%) des établissements qui en ont consacré au moins 5 heures.

Dans la réalité, les cours sur le VIH et le sida ne sont pas dispensés à tous les niveaux (c'est-à-dire dans toutes les classes). Dans le premier degré, les enseignants disent avoir évoqué très brièvement (2 à 5 minutes) le sujet au cours de certaines leçons surtout aux CM1 et CM2 (99%). Dans le second degré, c'est surtout en classe de 3ème que le sujet est abordé (94%). Dans le 3ème degré, 71% des établissements ont abordé la question du VIH et du sida surtout dans les classes terminales.

Dans l'ensemble, les cours de préparation à la vie active sont dispensés dans 8 établissements sur 10 (83%) mais les proportions sont variables selon le degré d'études.

En ce qui concerne le degré d'études, les établissements dispensant des cours relatifs au VIH/SIDA se répartissent comme suit : 93% dans le premier degré (primaire), 45% dans le second degré et 24% dans le 3ème degré (secondaire).

#### ***Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans***

Les résultats de l'enquête au sein des ménages sur les OEV réalisée en novembre 2007 indiquent un niveau élevé de fréquentation scolaire aussi bien chez les enfants orphelins que chez les enfants non orphelins. Cependant, les enfants orphelins (92,3%) sont relativement moins scolarisés que les enfants non orphelins (96,1%). Cet écart est également observé au niveau de chaque sexe; surtout le sexe féminin (97% pour les non orphelines contre 92% pour les orphelines).

Les mêmes tendances ont été relevées dans l'enquête MICS de 2006 (76,5% chez les orphelins et 83,0% chez les enfants non orphelins).

#### 4.2.1.4. PTME

##### ***Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant***

En 2006, 617 femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant sur 10 087 attendues soit 6,1%. Durant le premier semestre 2007, 436 femmes enceintes séropositives ont bénéficié du traitement ARV sur 10 329 attendues soit 4,2%. Ces chiffres bien qu'étant en nette progression par rapport à ceux de 2004 et 2005 (respectivement 152/10 295 et 314/10 554) sont largement en dessous des cibles. Sur 24 116 femmes enceintes reçues en consultations prénatales en 2006 dans les 34 sites PTME, seulement 19 031 ont fait le dépistage du VIH (70,5%) dont 1 334 étaient séropositives.

En dehors des 34 sites PTME existants, 7 nouveaux sites PTME ont été créés en 2007 dont 3 sont fonctionnels.

#### 4.2.1.5. Sécurité transfusionnelle

##### ***Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH***

Deux grandes orientations sont adoptées pour assurer à 100% la sécurité transfusionnelle sur toute l'étendue du territoire togolais. Il s'agit de :

- La centralisation de la qualification et du fractionnement des produits sanguins au Centre National de Transfusion Sanguine de Lomé et au Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) de Sokodé.
- La décentralisation des collectes de sang avec l'installation des postes de collecte et de distribution au CHU Tokoin, dans les enceintes des hôpitaux à Afagnan, Tsévié, Kpalimé, Atakpamé dans la zone de desserte du CNTS ; au CHU Kara, à l'hôpital de Pagala dans la zone de desserte du CRTS de Sokodé.

De janvier à décembre 2006, les services en charge de la sécurité transfusionnelle au Togo ont collecté 20 516 poches de sang qui ont fait l'objet d'un dépistage VIH à 100% selon un mode opératoire normalisé. De ces 20 516 poches de sang, 17 473 soit 85,2% ont subi en plus un contrôle externe d'assurance qualité [18].

**Tableau 7 : Contrôle de la qualité des poches de sang collecté par les services de transfusion sanguine**

Nom du centre de transfusion	Assurance qualité du dépistage VIH		Unités de sang		
	Modes opératoires normalisés	Système externe d'assurance de la qualité	Dons de sang	Dons analysés	Sang testé selon la procédure d'assurance de la qualité
CNTS Lomé	Oui	Oui	12 991	12 991	12 991
CRTS Sokodé	Oui	Oui	4 482	4 482	4 482
CHU Kara	Oui	Non	1 370	1 370	0
CHR et Hôpital d'enfant Dapaong	Oui	Non	1 673	1 673	0
Total	4	2	20 516	20 516	17483
	Nombre de services : 4		Nombre de poches servies : 13 683		



**NB :**

- Mode opératoire normalisé : procédure écrite de réalisation des analyses de laboratoires selon des méthodes standardisées utilisables de manière identique par toute personne qui réalise l'analyse, éliminant ainsi les biais de manipulations liés à l'individu.
- Assurance qualité : ensemble de mesures préétablies à utiliser de manière systématique pour assurer que le produit fini (ici le résultat des analyses) satisfait les exigences des clients et des normes.
- Contrôle externe de la qualité : analyse d'échantillons provenant d'un organe externe au laboratoire, qui permet à cet organe de juger de la qualité de réalisation des analyses dans ce laboratoire selon le résultat trouvé.

#### **4.2.1.6. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque**

##### ***Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre***

D'une manière globale, les professionnelles du sexe et leurs clients sont relativement bien touchés par les programmes de prévention (76,3%). Les PS sont plus touchées par les programmes de prévention que leurs clients (81% contre 74,6%). Ceci peut s'expliquer par le fait que les PS sont pour la plupart dans les sites prostitutionnels identifiés où les préservatifs sont disponibles auprès des PS paires éducatrices. Le dépistage du VIH est offert dans les services adaptés où sont orientées la plupart des PS. Par contre, les clients bénéficient moins des programmes de prévention parce qu'ils ne s'affichent pas.

#### **4.2.2. Dans le domaine des soins et traitement**

##### **4.2.2.1. Traitement par les ARV**

##### ***Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux***

En fin juin 2007, 7822 adultes et enfants (7274 adultes et 548 enfants) étaient sous traitement ARV soit 29,8 % du nombre estimé d'adultes et d'enfants à un stade d'infection VIH avancée. Le nombre de malades bénéficiant d'un traitement ARV s'est accru de 5 416 en fin 2005 à 6 993 en fin 2006 puis 7822 en fin juin 2007 soit respectivement 27,3 % et 29,8% des malades ayant besoin de traitement. Cet accroissement bien que louable est en dessous des prévisions.

Parmi les patients adultes, la proportion de femmes bénéficiant de traitement ARV est plus importante que celle des hommes aussi bien en 2006 (34,6% contre 19,6%) qu'en 2007 (44,5% contre 21,4%).

La prise en charge médicale des patients par les ARV est effective dans 26 districts sanitaires sur les 35 que compte le pays. Elle se fait dans 26 structures publiques, 21 structures privées et 23 structures des ONG/Associations ; soit au total 70 structures de prise en charge médicale parmi lesquelles 35 ne disposent pas de support de collecte de données.

##### **4.2.2.2. Traitement de la co-infection TB/VIH**

##### ***Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH***

La prise en charge de la co-infection TB/HIV n'est pas encore systématisée. Le Plan conjoint de prise en charge TB/VIH, élaboré en août 2007 n'est pas encore mis en œuvre. Toutefois, les cas

de co-infection TB/VIH notifiés sont pris en charge de manière concertée avec les spécialistes des deux programmes (PNLT et PNLS-IST).

En 2006, 44 cas de co-infection ont bénéficié à la fois d'une thérapie ARV et antituberculeuse dont 24 hommes et 20 femmes sur un total de 18 700 cas de co-infection TB/HIV selon les estimations de l'OMS [19]

#### **4.2.3. Dans le domaine du soutien**

##### ***Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge***

Les résultats obtenus par l'enquête de ménage chez les OEV [20] montrent que trois OEV sur cinq (59,9%) ont bénéficié d'au moins une assistance ou un soutien quelconque externe (scolaire, psycho-social, médical, nutritionnel) au cours des trois ou douze derniers mois.

On estime à 35%, les OEV ayant reçu des soins médicaux et/ou des fournitures destinées aux soins au cours des 12 mois précédant la collecte. Concernant la scolarisation, 30% des ménages ont reçu un soutien externe sous forme de frais d'écologie. Par contre un OEV sur deux (48%) a bénéficié d'un soutien psycho-social et/ou d'un accompagnement spirituel au cours du dernier trimestre. Au cours du dernier trimestre, un enfant sur trois (34%) a reçu un soutien social, y compris un soutien socio-économique (exemple : vêtements, produits alimentaires supplémentaires, appui financier, logement) et/ou une aide au quotidien (exemple : aide ménagère, formation pour les soignants, garde des enfants, services juridiques).

### **4.3. Connaissances et changements intervenus dans les comportements**

#### **4.3.1. Connaissances**

##### ***Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus***

D'une manière générale, 50,9% de jeunes de 15 à 24 ans possèdent des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus contrairement à 2005 où ils étaient de 54,6%. Les garçons ont de meilleures connaissances que les filles (58,7% contre 43,7%).

Les niveaux de connaissances des jeunes sur les moyens de réduction du risque de transmission du VIH sont élevés (94,55% pour la fidélité et 91,4% sur l'utilisation du préservatif). Par contre, on note une persistance de fausses idées concernant la transmission du virus. Près de 38% des jeunes continuent de croire que le VIH peut se transmettre par piqûres de moustiques.

Les résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples de 2006 [21] montrent que 53% des femmes de 15-24 ans connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH à savoir : i) avoir un seul partenaire fidèle et non infecté ; ii) utiliser un préservatif pour chaque rapport sexuel ; iii) pratiquer l'abstinence sexuelle.

L'analyse de l'évolution des niveaux de connaissances sur les moyens de réduction de la transmission du VIH et le rejet des idées erronées montre une amorce de baisse. Cette situation peut s'expliquer par le relâchement des activités de prévention dû à la réduction des financements.

***Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus***

Dans le milieu prostitutionnel, le niveau de connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et le rejet des principales idées fausses concernant la transmission du virus est relativement faible (44,9%). Les clients semblent avoir de meilleures connaissances que les professionnelles du sexe (45,9% contre 42,2%). Dans ce milieu, les moins de 25 ans ont des niveaux de connaissances sur le VIH relativement plus élevés que les plus de 25 ans (57,9% contre 41,74%).

Les professionnelles du sexe et leurs clients connaissent bien les deux moyens de réduction du risque de transmission<sup>5</sup> du VIH (respectivement 90,5% et 87,4%). Par contre, les PS et leurs clients ont encore des idées fausses sur les modes de transmission du VIH (54,8% pour les PS et 46,8% pour leurs clients).

### **4.3.2. Comportements**

***Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans***

L'étude réalisée en 2007 chez les jeunes de 15-24 ans a révélé une précocité des rapports sexuels quel que soit le sexe. En effet, un jeune sur dix soit 11% a eu son premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Cette proportion de jeunes ayant des rapports sexuels précoces est légèrement inférieure à celle observée en 2005 (12,8%).

La précocité des rapports sexuels est plus fréquente dans la tranche d'âges de 15 - 19 ans (14%) par rapport à celle des 20-24 ans (8%). Par rapport au sexe, la proportion de garçons qui ont eu les premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans est supérieure à celle des filles (16,23% contre 12,38%). L'enquête MICS de 2006 donne les mêmes proportions chez les filles de la même tranche d'âge (12%).

L'âge moyen au premier rapport sexuel est de 16,5 ans. Ceux de moins de 20 ans l'ont eu en moyenne à 15,5 ans et ceux de 20 - 24 ans à 17,2 ans. On constate une précocité de l'expérience sexuelle beaucoup plus chez les garçons (12,7%) que chez les filles (9,6%).

***Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents***

D'une manière générale, 16,2% entretiennent des rapports sexuels avec plusieurs partenaires. Le multipartenariat est fortement associé aux différentes caractéristiques sociodémographiques. Il est quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Cette fréquence est également plus prononcée en milieu urbain (19,7%) qu'en milieu rural (12,5%). Par rapport à l'âge, il est plus élevé dans la tranche d'âge 20-24 ans (21,6%) que chez les 25-49 ans (16,52%) et les 15-19 ans (9,9%).

---

<sup>5</sup> Il s'agit de l'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels et de la fidélité au partenaire.

### ***Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel***

En dépit du fait que près de 90% des enquêtés reconnaissent que le préservatif est un moyen de prévention du sida, son utilisation n'est pas systématique au cours des rapports sexuels occasionnels. Dans l'ensemble, 73% ont déclaré utiliser les préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel.

### ***Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client***

Chez les professionnelles du sexe et leurs clients, l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels, sans être systématique, se révèle appréciable (84% pour les PS et 76% pour leurs clients). Chez les PS, la bonne connaissance n'est pas associée à l'utilisation du préservatif. Par contre, 83,7% de leurs clients ayant une bonne connaissance du VIH utiliseraient davantage le préservatif contre 74,8% de ceux qui n'ont pas de bonnes connaissances.

## **4.4. Atténuation de l'impact**

### ***Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH***

La prévalence chez les jeunes femmes (15 à 24 ans), évocatrice des nouvelles infections connaît une baisse relative entre 2003 et 2006 (4,8% en 2003, 4,2% en 2004 et 3,4% en 2006). Par rapport aux tranches d'âges, la prévalence chez les jeunes femmes est relativement moins élevée chez les 15-19 ans (2,6%) que chez les 20-24 ans (3,8%).

### ***Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque***

L'enquête de surveillance sentinelle réalisée en décembre 2005 [6] auprès des professionnelles du sexe et de leurs clients révèle que dans la capitale Lomé et ses environs, la prévalence du VIH chez les PS et leurs clients est de 29,3%. Cette prévalence est de 44,5% chez les PS et de 7,7% chez les clients.

La prévalence serait en corrélation avec la durée dans la profession du sexe. Elle est près de deux fois plus élevée chez les plus de 25 ans (34,9%) que chez les moins de 25 ans (19,5%).

### ***Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale***

Il s'agit d'adultes et d'enfants ayant atteint un stade avancé de la maladie, qui sont mis sous traitement ARV et qui sont encore en vie après 12 mois.

Une cohorte de 4 252 adultes et enfants mis sous traitement ARV en janvier 2005 a été suivie jusqu'en décembre 2006. Parmi cette cohorte, 3 827 (90 %) étaient toujours en vie et sous ARV au 31 décembre 2006 dont 1 339 hommes et 2 488 femmes. Il n'y a donc pas de différence significative entre le taux de survie des hommes à 12 mois sous ARV et celui des femmes (89,99 % vs 90,01 %).



**CHAPITRE 5 :  
PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES  
CORRECTRICES**

## **5.1. Progrès réalisés pour apporter des mesures correctrices aux principaux obstacles rapportés en 2005**

En 2005 ; le rapport UNGASS avait identifié deux principaux obstacles à savoir l'insuffisance dans l'application des Trois principes directeurs et les conditions socio-économiques et politiques défavorables.

### **5.1.1. Application des Trois principes directeurs**

#### **5.1.1.1. Le cadre stratégique national**

Contrairement au cadre stratégique 2001-2005, le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et les IST 2007-2010 est budgétisé ; les cibles y sont clairement définis. L'élaboration des plans opérationnels est en cours.

#### **5.1.1.2. La coordination**

Bien que les capacités (cadre de travail, ressources humaines et matérielles) ne se soient pas améliorées, le Secrétariat Permanent du CNLS-IST s'est engagé sous l'impulsion de l'ONUSIDA à relever ces deux dernières années de nombreux défis :

- Revue du Cadre Stratégique National (CSN) de lutte contre les IST/VIH/Sida 2001-2005 ;
- Elaboration du Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le sida et les IST 2007-2010 ;
- Elaboration du Plan Stratégique National de la Campagne Enfant et Sida 2007-2010 ;
- Elaboration du Plan National de Suivi et Evaluation (PNSE) ;
- Elaboration du rapport UNGASS 2008 ;
- Organisation de cinq sessions du CNLS-IST (Validation des résultats de la revue du CSN 2001-2005, lancement de la programmation du nouveau PSN 2007-2010, adoption du nouveau PSN 2007-2010, validation du PNSE et adoption du rapport UNGASS 2008).

#### **5.1.1.3. Le suivi et évaluation**

Le Plan National de Suivi et Evaluation de la riposte est élaboré dans une approche participative. Mais son opérationnalisation est encore hypothéquée par l'absence de ressources financières.

### **5.1.2 Environnement socio-économique et politique**

Sur le plan politique, le pays connaît une normalisation grâce à la mise en œuvre de l'Accord politique global qui a abouti à l'organisation en octobre 2007 des élections législatives démocratiques et paisibles. Ces élections ont ouvert la voie à la reprise de la coopération avec l'Union Européenne et les institutions financières internationales et donne une lueur d'espoir pour la reprise de la coopération internationale.

## **5.2. Obstacles rencontrés au cours de la période de l'établissement du rapport**

Le principal obstacle rencontré est la faible mobilisation des ressources financières pour élargir la réalisation des enquêtes au sein d'autres groupes spécifiques.

Les données sur les dépenses liées au sida collectées auprès des différentes parties prenantes n'étaient pas toujours ventilées par catégories de dépenses et par sources de financement telles que proposées par la grille.

L'affectation des scores sur les efforts réalisés dans la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux (Indice Composite des Politiques Nationales) était différemment appréciée selon qu'on se trouvait dans la société civile ou dans le secteur public. La société civile avait tendance à lier les efforts accomplis à l'obtention des ressources financières pour la mise en œuvre de leurs activités.

## **5.3. Mesures concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS**

Le Plan Stratégique National 2007-2010 s'inscrit dans le cadre de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui. Si les cibles fixées dans ce plan stratégique étaient atteintes, les objectifs convenus dans l'UNGASS seraient largement couverts. Le défi majeur demeure la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de ce plan.

En effet, le gouvernement s'est déjà engagé à financer 13% du budget du plan stratégique répartis sur quatre ans. Par ailleurs, une table ronde des partenaires est prévue au cours du premier trimestre 2008 pour la mobilisation des ressources. En plus, le CNLS-IST entreprend un plaidoyer auprès des partenaires financiers afin qu'ils soutiennent la riposte nationale à l'épidémie.



**CHAPITRE 6 :  
SOUTIEN DES PARTENAIRES AU  
DEVELOPPEMENT**



## 6.1. Appui technique

Les partenaires ont apporté un appui technique à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux :

- Revue du cadre stratégique 2001-2005 (tous les partenaires) ;
- Plan stratégique 2007-2010 (tous les partenaires) ;
- Plan National Campagne Enfants et Sida (UNICEF) ;
- Politique Nationale d'accès universel au traitement du VIH/sida au Togo (OMS) ;
- Plan National de Suivi et Evaluation (tous les partenaires) ;
- Plan d'extension du programme PTME (UNICEF) ;
- Plan sectoriel de lutte contre le sida du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle (PNUD, ONUSIDA) ;
- Plan sectoriel de lutte contre le sida du Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire (PNUD, UNFPA, ONUSIDA) ;
- Plan sectoriel de lutte contre le sida du Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfance (PNUD, UNFPA, ONUSIDA) ;
- Plan sectoriel de lutte contre le sida du Ministère de la Jeunesse et des sports (PNUD, UNFPA, ONUSIDA) ;
- Plan Sectoriel de l'Eglise Catholique (PNUD, ONUSIDA) ;
- Programme conjoint de prise en charge des co-infections TB/VIH (OMS) ;

## 6.2. Appui financier

Sur l'ensemble des fonds dépensés de 2006 à 2007, les financements multilatéraux représentent 95% des financements et les bilatéraux 5%.

**Tableau 8 : Répartition des financements internationaux**

Sources de financement	Montant	Pourcentage
Bilatéraux	412 622 486	5,04%
Multilatéraux	7 769 303 069	94,96%
<b>Total International</b>	<b>8 181 925 555</b>	<b>100%</b>

Parmi les multilatéraux, le Fonds Mondial a représenté la principale source de financements (74,16%). Le Système des Nations Unies a contribué pour 14,05%. Les autres sources de financements représentent 11,79%.

**Tableau 9 : Répartition des financements multilatéraux**

Sources de financement	Montant	Pourcentage
Fonds Mondial	5 761 387 539	74,16%
SNU	1 091 676 914	14,05%
Autres	916 238 616	11,79%
<b>Total Multilatéraux</b>	<b>7 769 303 069</b>	<b>100%</b>



**CHAPITRE 7:  
ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET  
D'ÉVALUATION**

## **7.1. Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation**

Depuis Juin 2007, le Togo dispose d'un Plan National de Suivi et Evaluation budgétisé 2007-2010 de la riposte au VIH. Ce plan élaboré selon une approche participative a été validé par les partenaires. Il définit la stratégie de collecte et d'analyse des données, les indicateurs ; et comporte un volet surveillance comportementale et surveillance du VIH ainsi qu'une stratégie de diffusion et d'utilisation des données. Le financement pour la mise en œuvre de ce plan n'est pas encore assuré.

L'unité de suivi et évaluation du SP/CNSL-IST a en charge la coordination des activités de suivi et évaluation.

Un Groupe de référence sur le Suivi et Evaluation (GRSE) multisectoriel composé des chargés de suivi et évaluation des institutions partenaires, des organisations de la société civile, des organisations de PVVIH et des secteurs public et privé est opérationnel et accompagne le SP/CNLS-IST dans la mise en place du système.

L'unité de suivi et évaluation du SP/CNSL-IST gère une base de données sur le CRIS. Au niveau du secteur santé, il existe un Système National d'Informations Sanitaires fonctionnel et décentralisé. Les données sont collectées par les districts sanitaires et transmises aux régions pour compilations. L'analyse se fait au niveau de la Division Information Statistiques Etudes et Recherche (DISER) du Ministère de la Santé.

Le CNLS-IST a produit un rapport sur la réponse nationale au VIH pour l'année 2006 qui inclut les données de surveillance du VIH.

## **7.2. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan de suivi évaluation**

La difficulté principale est l'absence de financement pour opérationnaliser le plan de suivi et évaluation. Cette difficulté ne permet pas de répondre à temps aux besoins d'informations sur la réponse nationale au VIH. Les différents acteurs et partenaires continuent par avoir leur propre système de suivi évaluation. Les autres difficultés ayant conduit à l'élaboration du plan demeurent à savoir :

- l'insuffisance et la faible capacité techniques des ressources humaines à tous les niveaux ;
- La faiblesse de la gestion et de la centralisation des données sur le VIH ;
- L'insuffisance des données de base fiables permettant de mesurer de façon objective les effets et impacts des actions menées ;
- L'absence d'outils harmonisés de collecte de données ;
- L'absence de stratégies pour évaluer la qualité des données ;

## **7.3. Mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés**

Le plan de mise en œuvre tel que décrit dans le plan de suivi évaluation prévoyait :

- Le renforcement des capacités de l'Unité de Suivi évaluation du SP/CNLS –IST (matériels, formations, équipements, manuels de procédure) ;
- La mise en place des Unités Régionales et de District (Points focaux, équipements, matériels, logistiques roulantes) ;
- L'harmonisation des outils de collectes des données ;

- Renforcement de la coordination du suivi évaluation (redynamisation du Groupe de Référence Suivi Evaluation, supervision des points focaux, retournement, vérification de la qualité des données et réunions de validation des rapports ;
- L'assistance technique à l'opérationnalisation du suivi évaluation ;
- La mobilisation des ressources.

## 7.4. Besoins pour le système de suivi et d'évaluation

Le processus de mise en place du système de suivi et évaluation nécessite un appui technique pour le renforcement des capacités des acteurs et un appui financier pour l'acquisition du matériel et des équipements.

### 7.4.1. Besoins en assistance technique et renforcement des capacités

Un appui technique est indispensable afin d'asseoir le système national de suivi et d'évaluation. Cet appui sera progressif. Les besoins en appui technique sont consignés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 10 : Besoins en assistance technique et renforcement des capacités**

Composante du SE	Constats	Défis	Assistance technique
Structures organisationnelles avec des fonctions sur le Suivi - Evaluation du VIH	Les 2 cadres de l'Unité de SE n'ont pas de formation de base en Suivi - Evaluation	Opérationnaliser l'Unité de SE	Formation de base en SE
Capacités humaines pour le système de Suivi - Evaluation	Le PNSE renferme un plan de formation des acteurs à différents niveaux du système de Suivi - Evaluation et par secteurs	Exécuter ce plan de formation (même à un niveau initial)	Un appui technique pour la formation initiale et la formation des acteurs des secteurs et de la Société Civile à tous les niveaux (Central, Régional; Préfectoral et communautaire)
Partenariat pour la planification, la Coordination et la gestion du système de Suivi - Evaluation	Faible implication des partenaires multi et bilatéraux et des ONG Internationales dans l'opérationnalisation du Suivi - Evaluation unique	Accélérer le fonctionnement du Groupe de Référence sur le SE Faire des visites conjointes	Visite du Conseiller Régional ONUSIDA en Suivi et Evaluation pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
Plan d'action annuel budgétisé de Suivi et Evaluation du VIH	Un plan de SE budgétisé par année de 2007 à 2010 existe	Disposer d'un plan opérationnel	Une consultation pour le développement du plan opérationnel de SE
Suivi routinier des programmes de Suivi - Evaluation du VIH	Les supports de collecte des données ne sont pas harmonisés	Faciliter la compilation et l'analyse des données aux différents niveaux	Consultation pour l'harmonisation des outils
Enquêtes et Surveillance	Absence de données épidémiologiques et comportementales au sein des MARP	Connaître le profil épidémiologique et cibler les interventions	Consultation pour l'élaboration des protocoles de surveillance au sein des MARP
Base de données sur le VIH au niveau central et décentralisé	Absence de base de données	Disposer d'une base unique de données	Un appui technique international pour mettre en place une base de données)
Supervision et Audit des données collectées	Absence de plan de supervision	Qualité des données collectées	Elaboration d'un plan de supervision des acteurs à tous les niveaux

#### **7.4.2. Besoins en matériel et équipements**

Les Unités de suivi évaluation, en dehors du renforcement des capacités des acteurs, auront besoin d'un minimum de matériels et d'équipements pour la collecte, le traitement et la transmission des données.

Les équipements requis sont : le matériel informatique, le matériel de bureau et la logistique roulante.

# BIBLIOGRAPHIE

- 1- DGSCN, 2007 : Estimation et Projection de la Population Togolaise
- 2- MEFP ; 2006 : Questionnaire Unique sur les Indicateurs de Base du Bien-Être ; Rapport de Recherche ; Lomé ; DGSCN
- 3- MEFP ; 1998 : Enquête Démographique et de Santé du Togo ; Rapport de Recherche ; Lomé ; DGSCN
- 4- Division de la Santé Familiale, 2003 : Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction ; Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL
- 5- ONUSIDA, 2006 : Rapport Mondial sur le sida
- 6- PNLS-IST; 2005 : Rapport de la 2ème enquête de surveillance de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des travailleuses de sexe et de leurs clients ; SIDA3/ACDI
- 7- PSI, 2006 : Etude de surveillance de comportements relatifs aux IST/VIH/SIDA dans les Forces armées Togolaises ; Rapport d'étude phase III ; Lomé ; CERA
- 8- OCAL, 2005 : Etudes de base : rapport de synthèse ; CEFORP
- 9- Banque Mondiale ; 2007 : Analyse de la situation sur le sida au Togo, Rapport provisoire
- 10- PSI/Togo (2006) - Santé sexuelle des gays et VIH/SIDA au Togo, Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL
- 11- PNLS-IST; 2003 : Rapport de la 1ère enquête de surveillance de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des travailleuses de sexe et de leurs clients ; SIDA3/ACDI
- 12- PNLS-IST ; 2006 : Surveillance sentinelle de l'infection à VIH chez les femmes en consultation prénatale
- 13- PSI, 2002 : Etude de surveillance de comportements relatifs aux IST/VIH/SIDA dans les Forces armées Togolaises ; Rapport d'étude phase I ; Lomé
- 14- PNLS-IST ; 2006 : Rapport annuel d'activités du PNLS-IST
- 15- BIT/USDOL ; 2006 : Rapport technique 2006 ; projet VIH/sida dans les lieux de travail 2004-2006
- 16- SP/CNLS-IST ; 2007 : Rapport annuel d'activités du CNLS-IST
- 17- SP/CNLS-IST, 2007 : Etude sur les connaissances et comportements relatifs au VIH et au sida chez les professionnel (le) s du sexe ; Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL
- 18- CNTS ; 2007 : Rapport annuel d'activités du CNTS
- 19- OMS, 2007 : Estimation des cas de Co-infection TB/VIH (<http://www.who.int/tb/country/en>).
- 20- SP/CNLS-IST, 2007 : Enquête dans les ménages sur les Orphelins et les autres enfants rendus vulnérables (OEV) de 0 à 17 ans; Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL
- 21- DGSCN, 2006 : Multiples Indicators Cluster Survey
- 22- SP/CNLS-IST, 2005 : Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS) ; rapport sur les indicateurs de base
- 23- SP/CNLS-IST, 2007 : Etude relative à l'enseignement du VIH dans les programmes scolaires de préparation à la active ; Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL
- 24- SP/CNLS-IST, 2007 : Etude sur les connaissances et comportements relatifs au VIH et au sida dans la population générale ; Rapport de Recherche, Lomé, URD/UL