

**REPUBLIQUE DU TOGO**  
Travail – Liberté – Patrie  
**PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE**  
**Conseil National de Lutte contre le VIH / SIDA / IST**



Programme commun des Nations Unies sur le VIH-SIDA  
**ONUSIDA**  
UNICEF·FNUID·FNUAP·PNUCID·OIT  
UNESCO·OMS·BANQUE MONDIALE

**SECRETARIAT PERMANENT**



**Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH / SIDA  
(UNGASS)**

**Rapport sur les indicateurs de base**

**Décembre 2005**

# **SOMMAIRE**

<b>TITRE</b>	<b>PAGE</b>
<b>Sigles et acronymes</b>	
<b>Contexte et justification</b>	
<b>Généralités</b>	
<b>Méthode pour la collecte des données sur les indicateurs</b>	
<b>Chapitre I- Coup d'œil sur l'état de la situation</b>	
<b>Chapitre II : Vue d'ensemble de l'épidémie de SIDA</b>	
<b>Chapitre III : Riposte nationale à l'épidémie du SIDA</b>	
<b>Chapitre IV : Principaux obstacles rencontrés et actions nécessaires pour atteindre les buts / les objectifs de l'UNGASS</b>	
<b>Chapitre V : Appui nécessaire des partenaires au développement dans le pays</b>	
<b>Chapitre VI : Cadre de suivi et d'évaluation</b>	
<b>Annexes</b>	
<b>Bibliographie</b>	

## SIGLES ET ACRONYMES

<b>ARV</b>	Antiretroviral
<b>AS /SR</b>	Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction
<b>ATBEF</b>	Association Togolaise pour le Bien Etre Familial
<b>BIT</b>	Bureau International du Travail
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage Volontaire
<b>CDVA</b>	Centre de Conseil et dépistage Volontaire Anonyme
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CLAS / UL</b>	Comité de coordination de la Lutte contre le VIH / SIDA de l'Université de Lomé
<b>CNAO</b>	Centre National d'Appareillage Orthopédique
<b>CNLS-IST</b>	Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CPN</b>	Consultation Prénatale
<b>CRIS</b>	Système d'Information de la Riposte Nationale
<b>CSN</b>	Cadre Stratégique National
<b>DGSCN</b>	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DSRP</b>	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
<b>GTZ</b>	Coopération Technique Allemande
<b>INH</b>	Institut National d'Hygiène
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MGF</b>	Mutilation Génitale Féminine
<b>OIT / USDOL</b>	Organisation Internationale du Travail / Département du Travail des USA
<b>OEV</b>	Enfant Orphelin Vulnérable
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>PMA</b>	Pays les Moins Avancés
<b>PNB</b>	Produit National Brut
<b>PNLS-IST</b>	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère Enfant
<b>PSI</b>	Population Service International (une ONG)
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>SCRLS</b>	Secrétariat permanent du Comité Régional de Lutte contre le SIDA
<b>SIDA</b>	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
<b>SIDA 3</b>	Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest phase 3
<b>SNSJA</b>	Service National de Santé des Jeunes et Adolescents
<b>TME</b>	Transmission Mère Enfant
<b>UE</b>	Union Européenne
<b>UNGASS</b>	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>URD</b>	Unité de Recherche Démographique
<b>VHB</b>	Virus de l'Hépatite type B

**VHC**  
**VIH**

Virus de l'Hépatite type C  
Virus de l'Immuno déficience Humaine

## **CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

En Juin 2001, lors de la clôture d'une Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), les gouvernements de 189 Etats Membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Cette déclaration reflète un consensus mondial sur un cadre de travail complet pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement qui est de stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie de VIH et de SIDA d'ici 2015.

La Déclaration d'engagement est un appel à tous les Etats à :

- Impliquer tous les partenaires (milieux d'affaires, société civile, secteur privé) au plus haut niveau
- Baser le fondement de toute action sur la prévention
- Reposer les éléments essentiels d'une action efficace sur les soins, l'appui et le traitement
- Adopter des mesures efficaces en vue du respect des droits des personnes atteintes du VIH/SIDA
- Mieux protéger les personnes vulnérables
- Apporter une assistance spéciale aux enfants rendus orphelins et affectés par le VIH/SIDA
- Réduire l'impact social et économique
- Poursuivre les activités de recherche et de développement
- Elaborer et commencer par appliquer des stratégies spéciales de lutte contre le VIH/SIDA dans les régions touchées par les conflits et les catastrophes naturelles
- Veiller à ce que les ressources fournies au titre de l'action mondiale visant à combattre le VIH/SIDA soient substantielles, soutenues et orientées vers l'obtention de résultats.
- Préserver la dynamique créée et suivre les progrès réalisés

Conscient de la nécessité de mettre en place une action multisectorielle, la Déclaration d'engagement appuie les ripostes aux niveaux mondial, régional et national pour prévenir les nouvelles infections à VIH, élargir l'accès aux soins et atténuer l'impact de l'épidémie.

En outre, la déclaration invite à un suivi attentif des progrès réalisés dans la mise en œuvre d'engagements convenus.

Afin de remplir ces missions, une série d'indicateurs de base destinés à évaluer les progrès dans l'application de la Déclaration d'engagement a été élaboré.

Les indicateurs et leur rapportage au niveau du Secrétariat Général de l'ONU sont une exigence des Chefs d'Etat qui ont d'ailleurs également proposé l'agenda de rapportage : 2003, 2005, 2007.

Le présent rapport qui couvre la période 2003-2005 est le fruit des efforts communs du Secrétariat Permanent du CNLS, des partenaires nationaux et internationaux pour la collecte d'informations qualitatives et quantitatives afin d'évaluer le niveau de réalisation de ces engagements.

Les indicateurs de base qui ont été évalués sont :

- les indicateurs des actions et engagements nationaux ;
- les indicateurs des connaissances et comportements nationaux ;
- et les indicateurs de l'impact des programmes de lutte contre le VIH/SIDA au niveau national.

La démarche méthodologique qui a conduit à l'élaboration de ce rapport est le suivant :

- Mise en place d'un groupe technique restreint dirigé par le Secrétaire Permanent du CNLS-IST chargé d'identifier les personnalités clés à interroger, de coordonner la collecte des données, la saisie, la rédaction du rapport et l'organisation du forum de validation dudit rapport.
- Collecte des données sur les indicateurs relatifs aux actions et engagements nationaux, à l'impact des programmes nationaux
- Collecte des données sur les connaissances et comportements des jeunes en matière de VIH/SIDA par sondage effectué dans la population urbaine et rurale par l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé.
- Organisation d'un forum de validation après la rédaction du rapport par le groupe technique.

Les indicateurs mesurés sont présentés dans le tableau en annexe.

Le présent rapport est structuré en six chapitres.

Après un bref aperçu sur les généralités, le chapitre I sera consacré à l'état de la situation de l'épidémie au Togo et le chapitre II à une vue d'ensemble de l'épidémie. Dans le chapitre III, nous présenterons la riposte nationale à l'épidémie. Les chapitres IV et V aborderont respectivement les principaux obstacles rencontrés et l'appui requis des partenaires au développement dans le pays. Le cadre de suivi et évaluation sera développé dans le chapitre VI.

## **GENERALITES**

## **1. DONNEES GEOGRAPHIQUES**

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest. Il est situé entre le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, l'Océan Atlantique au Sud et le Burkina Faso au Nord. Avec une superficie de 56.785 km<sup>2</sup>, il présente l'aspect d'un rectangle d'une longueur d'environ 700 Km et d'une largeur maximale de 150 Km. Sa bordure sur l'Océan Atlantique est longue de 50 km.

Le Togo est divisé en cinq régions administratives et économiques qui regroupent ensemble trente préfectures :

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

## **2. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CULTURELLES**

### **2.1 Sur le plan démographique**

En 2005, le Togo a une croissance démographique estimée à 2,6% et une population de 5 212 000 habitants dont la moitié a moins de 15 ans. Les femmes représentent environ 51,3% de cette population.

La population urbaine est estimée à 35% en 2005 contre 25% en 1981 date du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat.

### **2.2 Sur le plan Scolaire**

Le taux net de scolarisation dans le primaire est de 76,8% pour l'ensemble du pays en 2003/2004. La population scolaire est inégalement répartie sur le territoire, le plus faible taux se situant dans la région septentrionale du pays (Région des Savanes : 58,9%).

Le taux d'alphabétisation des adultes (15 ans et plus) est de 68% pour les hommes et de 38% pour les femmes en 2005 marquant ainsi une forte disparité entre les deux sexes.

### **2.3 Sur le plan matrimonial**

L'analyse de la situation en santé de la reproduction (AS/SR, 2003) a montré une précocité sexuelle au Togo. L'âge au premier mariage est de 20 ans pour l'homme et 17 ans pour la femme. La prévalence des mariages précoces est particulièrement élevée en zone rurale.

La polygamie est autorisée par la loi au Togo selon le code des personnes et de la famille. Environ 54% des femmes mariées au Togo sont dans une union polygame. D'autres pratiques rituelles sont signalées par des recherches en sciences sociales, notamment le sororat, le lévirat, l'excision, la circoncision et les scarifications rituelles, facteurs de propagation du VIH.

### **2.4 Sur le plan confessionnel**

Les togolais dans leur majorité sont animistes. Les Chrétiens et les Musulmans représentent respectivement 28,3% et 12,1% de la population générale. Parmi les Chrétiens, les Catholiques sont majoritaires (48,4%) ; puis suivent les Protestants (22,8%). Plusieurs familles chrétiennes (églises charismatiques) ont vu le jour avec l'avènement de la démocratie au début des années quatre-vingt-dix.

Les confessions religieuses interviennent dans le domaine de la santé à travers la création et la gestion des centres de santé ruraux et des hôpitaux.

Ainsi il y a entre autres l'hôpital pédiatrique de Tantigou dans la région des Savanes ; le centre de Santé d'Hélota (Kéran) et le dispensaire d'Aledjo Kadara (Bafilo) dans la région de la Kara ; l'hôpital secondaire de Pagala (Blitta) dans la région Centrale ; l'hôpital baptiste de Kpélé Tsiko, l'hôpital Bethesda d'Agou Gnogbo et l'hôpital de DATCHA dans la région des Plateaux ; l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan dans région Maritime. Etc.

### **3. DONNEES SANITAIRES**

Sur le plan sanitaire, le Togo est divisé en six régions sanitaires. La capitale Lomé constitue à elle seule une 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.

Sur le plan des ressources humaines, il y a au Togo un (1) médecin pour 12.470 habitants, une (1) sage-femme pour 9.330 femmes en âge de procréation et un (1) infirmier pour 3.093 habitants, inégalement répartis sur le territoire. Près de la moitié du personnel soignant est concentré dans la capitale et ses périphéries. Lomé, la capitale qui compte environ 25% de la population générale du Togo, dispose de 53% de médecins, 42% de sages-femmes, 26% des infirmiers, soit 33% du personnel médical et paramédical.

#### 4. DONNEES ECONOMIQUES

La situation économique du pays est très précaire. Le Togo fait partie du groupe des Pays les Moins Avancés (PMA) de la planète. Le revenu annuel par habitant est estimé à 330 dollars US. Le PNB est de 410 dollars par habitant.

Le Togo est un pays essentiellement agricole (coton, café, cacao, maïs, manioc, sorgho, riz, etc.). Mais il existe aussi un secteur minier dominé par l'exploitation des gisements de phosphates à une trentaine de kilomètres de la capitale. 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 d'une part substantielle de l'aide internationale publique au développement (cas de l'Union Européenne) 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 de la population économiquement 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.

L'économie du pays évolue à contre sens avec la propagation du VIH/SIDA et les IST.

Encadré 1

**Sur le plan législatif, en plus de la loi sur l'interdiction des mutilations génitales féminines (MGF) déjà en vigueur (1998), la loi portant protection des personnes en matière de VIH/SIDA a été approuvée par l'Assemblée Nationale le 02 décembre 2005. Ces textes constituent une contribution importante du législateur togolais à la lutte contre la propagation du VIH/SIDA dans le pays.**

Encadré 2

### Indicateurs démographiques de base

Données démographiques	Année	Estimation	Source de donnée
Population totale (en milliers)	2005	5 212	DGSCN
Pourcentage de la population des femmes en âge de procréer (12 à 45 ans)	2005	25	DGSCN
Pourcentage de la population âgée de 15 à 24 ans	2005	40,1	URD/UL ; Enquête CAP jeunes, 2005
Pourcentage de la population âgée de 15 à 24 ans vivant en zone urbaine	2005	37,2	URD/UL, Enquête CAP jeunes, 2005
Pourcentage de la population âgée de 15 à 24 ans vivant en zone rurale	2005	43,1	URD/UL, Enquête CAP jeunes, 2005
Population des femmes âgées de 15 à 24 ans (en milliers)	2005	532,94	DGSCN
Taux de croissance annuelle (%)	2005	2,6	DGSCN
Pourcentage de la population urbaine	2005	35	DGSCN
Taux de croissance urbaine annuelle	2000-2005	4	Division de la population des Nations Unies
Taux brut de natalité (pour 1000 naissances vivantes)	2004	37.9	Division de la population des Nations Unies
Taux brut de mortalité (pour 1000)	2004	14.7	Division de la population des Nations Unies
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2000	570	Santé dans le Monde, Rapport 2004, OMS
Espérance de vie à la naissance	2004	52	Santé dans le Monde, Rapport 2004, OMS
Taux de fécondité	2003	5,08	AS/SR, 2003
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	2000	83	Santé dans le Monde, Rapport 2004, OMS
Taux de mortalité infanto juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	2000	141	Santé dans le Monde, Rapport 2004, OMS

### Indicateurs socio-économiques de base

Données Socio-économiques	Année	Estimation	Source de donnée
Le revenu annuel par habitant (en U\$)	2004	330	Comité PIB de la DGSCN
Le PNB par habitant (en U\$)	2004	410	Comité PIB de la DGSCN
PIB par tête d'habitant (en U\$)	2005	373	Comité PIB de la DGSCN
Part du budget de l'Etat allouée aux dépenses de santé (en %)	2003	5,2	Annuaire des statistiques sanitaires
Taux d'alphabétisation chez les hommes (15 ans et plus) (en %)	2005	68	DGSCN
Taux d'alphabétisation chez les femmes (15 ans et plus) (en %)	2005	38	DGSCN
Taux net de scolarisation chez les garçons (en %)	2003/2004	80,3	Annuaire national des statistiques scolaires
Taux net de scolarisation chez les filles (en %)	2003/2004	73,1	Annuaire national des statistiques scolaires

**METHODE POUR LA COLLECTE DES DONNEES  
SUR LES INDICATEURS**

Le rapport national 2005 du Togo sur le suivi de la Déclaration de l'UNGASS est le produit d'un processus participatif dont les principales étapes ont été les suivantes :

- Mise en place d'un groupe technique restreint dirigé par le Secrétaire Permanent du CNLS-IST et comprenant le Directeur du PNLIS, le Chef de la Division de la Statistique Etude et Recherche du ministère de la Santé, le Chargé du suivi et évaluation du CNLS-IST, le Chargé du suivi et évaluation ONUSIDA, l'Administrateur VIH/SIDA à l'UNICEF, le Président du Réseau des Associations de Personnes vivant avec le VIH. Ce groupe s'est chargé d'identifier les personnalités clés à interroger, de coordonner la collecte des données, la saisie, la rédaction du rapport et l'organisation du forum de validation dudit rapport.
- Collecte des données sur les indicateurs relatifs aux actions et engagements nationaux, à l'impact des programmes nationaux qui a été faite au niveau des sites spécifiques soit par interview soit par revue des rapports d'activités. Cette collecte a été faite par des personnes ressources provenant du secteur public, du secteur privé et de la société civile (cf. tableau ci-contre) La durée de la collecte des données oscillait entre 2 et 5 jours selon les indicateurs.
- Evaluation des indicateurs des connaissances et comportements nationaux par un sondage effectué du 17 au 21 décembre 2005 dans la population urbaine et rurale par l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé.
- Intégration des premières données collectées dans le CRIS, au cours de l'atelier régional organisé conjointement par le Bureau Régional de l'ONUSIDA (Dakar) et le Bureau ONUSIDA/Togo du 06 au 08 décembre à Lomé. Cet atelier a regroupé les représentants des Unités de Suivi et Evaluation des CNLS de 05 pays (Bénin, Burundi, Côte d'Ivoire, Gabon et Togo). Les données manquantes collectées par la suite ont été intégrées dans le logiciel par l'Unité de Suivi et Evaluation du SP/CNLS-IST.
- Organisation d'un atelier de validation après la rédaction du rapport par le groupe technique.

**Tableau N° 1 : Répartition des équipes de collecte des données par indicateur**

Domaine	Indicateurs	Equipe de collecte
Indicateurs des actions et engagements nationaux		
1. Montant des fonds nationaux engagés par le gouvernement	Montant des fonds nationaux engagés par le gouvernement dans les pays à faible et à moyen revenus	Mr BONFOH, comptable au SP/CNLS-IST*  Mr MEDESSI, comptable gestionnaire au PNLS  Mr FIATY Yao Hétsu, Directeur du budget (MEFP)
2. Politique nationale en matière de VIH et SIDA	Indice composite des politiques nationales	DJOKE Kossi, DISER  AGBOGAN Yawo, Assistant de programme au SP/CNLS-IST

Domaine	Indicateurs	Equipe de collecte
Indicateurs des Programmes Nationaux : Education, politiques sur les lieux de travail, prise en charge des cas d'IST, sécurité transfusionnelle, couverture de la PTME, couverture de la combinaison d'antiretroviraux et services destinés aux enfants rendus orphelins et aux autres enfants vulnérables (1)		
1. Education	Pourcentage d'écoles pour lesquelles des professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé au cours de l'année dernière	Mr EDOH, noyau SIDA au Ministère de l'Enseignement Technique et Professionnel*  Mr TAGONE, noyau SIDA au Ministère des enseignements primaire et secondaire  Mr GBEGNON, Unité d'Etude et de Recherche Démographique, noyau SIDA à l'Université de Lomé
2. Politique sur le lieu du travail	Pourcentage des grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu du travail	Dr AKAYA, projet OIT/USDOL*  Mr SOWOU, Patronat  Mr TSIKPLONOU, Intersyndical  Mr BINGUITCHA, Inspecteur du travail et des lois sociales

Domaine	Indicateurs	Equipe de collecte
Indicateurs des Programmes Nationaux : Education, politiques sur les lieux de travail, prise en charge des cas d'IST, sécurité transfusionnelle, couverture de la PTME, couverture de la combinaison d'antiretroviraux et services destinés aux enfants rendus orphelins et aux autres enfants vulnérables (2)		
3. Prise en charge des cas d'IST	Pourcentage de patients atteints d'IST reçus dans les centres de soins, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillés de manière opportune	Mme TCHAMDJA, SIDA 3*  Mr DEVOTSU, PNLS  Mr GNANSA Atinédi, Responsable Division Communication au SP/CNLS-IST
4. PTME	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antiretroviral complet pour réduire le risque de PTME	Dr TCHAMA, Chargé du projet PTME au PNLS*  Dr OCLOO, Administrateur Adjoint VIH/SIDA à l'UNICEF

Domaine	Indicateurs	Equipe de collecte
Indicateurs des Programmes Nationaux : Education, politiques sur les lieux de travail, prise en charge des cas d'IST, sécurité transfusionnelle, couverture de la PTME, couverture de la combinaison d'antiretroviraux et services destinés aux enfants rendus orphelins et aux autres enfants vulnérables (3)		
5. TARV	Pourcentage de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé et qui reçoivent une association d'antiretroviraux	Dr PELE Takouda, Directeur Adjoint, suivi des ARV à la CAMEG  Dr DEKU, Surveillance épidémiologique, suivi-évaluation et ARV au PNLs*  Mr AKOUETE Folly, ONG Espoir Vie Togo  Mme DJAHLIN Bernice, gestionnaire de programme au SP/CNLS-IST
6. OEV	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Mme DIKENI-KERIM, ONG AIDSS*  Mme SIMON Céline, ONG ACS  Mme ALI Bossa, Directrice de la Protection de l'Enfance au Ministère des Affaires Sociales
7. Sécurité transfusionnelle	Pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage de VIH	Mme ABUDU Akofa, Technicienne Supérieure de Laboratoire au Centre National de Transfusion Sanguine*  Mr Blaise SEDOH, Croix Rouge Togolaise

Domaine	Indicateur	Equipe de collecte
Indicateurs d'impact		
Réduction de la prévalence du VIH	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	Dr PELEI Takouda, Directeur Adjoint, suivi des ARV à la CAMEG
Traitement du VIH : survie après 12 mois sous traitement antiretroviral	Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement antiretroviral 12 mois après le début de celui-ci	Dr DEKU, Surveillance épidémiologique, suivi-évaluation et ARV au PNLs*  Mr AKOUETE Folly, ONG Espoir Vie Togo
Réduction de la transmission de la mère à l'enfant	Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le VIH	Mme DJAHLIN Bernice, gestionnaire de programme au CNLS-IST

Note : \* chef d'équipe

## **Chapitre I- COUP D'ŒIL SUR L'ETAT DE LA SITUATION**

Le premier cas de SIDA a été notifié en 1987 dans un groupe de travailleuses de sexe à Lomé.

A partir de ce premier cas, l'infection à VIH s'est propagée de façon exponentielle au sein de la population touchant beaucoup plus la population sexuellement active.

Le nombre de cas de SIDA officiellement enregistrés de 1987 à 2005 est de 17 600 dont un peu plus de 80% sont des sujets de la tranche d'âge de 19 à 49 ans. Le sex-ratio homme / femme est de 0,8 ; ceci s'explique par la précocité des rapports sexuels chez les jeunes filles.

Selon les voies de contamination, on observe 82,4% de cas par voie hétérosexuelle et 6,5% de transmission de la mère à l'enfant. Les autres voies de transmission notamment, la transmission par voie sanguine (transfusion de sang infecté, usage multiple des instruments tranchants contaminés et autres) représentent 11,1%.

La répartition selon le lieu de résidence montre que 67,07% des cas de SIDA proviennent des zones urbaines et 32,3% des zones rurales.

La séroprévalence chez les femmes enceintes d'après une surveillance sentinelle menée en 2003 en consultations prénatales était de 4,8% en moyenne (n= 3 845). Cependant, il existe des différences entre le milieu urbain (6,81%) et le milieu rural (2,43%).

La séroprévalence était plus élevée chez les travailleuses du sexe: 53,9% (n=386) dans la ville de Lomé et 13,3% (n=315) chez leurs clients en 2003.

En 2004, la prévalence du VIH dans la population générale en activité sexuelle (15 à 49 ans) était de 4,5% (n= 4 623): elle atteignait 6,7% dans la région maritime contre 2,38% dans la région centrale.

La projection EPP/SPECTRUM estime le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2005 à 137 270.

## **Chapitre II : VUE D'ENSEMBLE DE L'EPIDEMIE DU SIDA**

## 1. PREVALENCE DU VIH

### 1.1 Dans la population générale

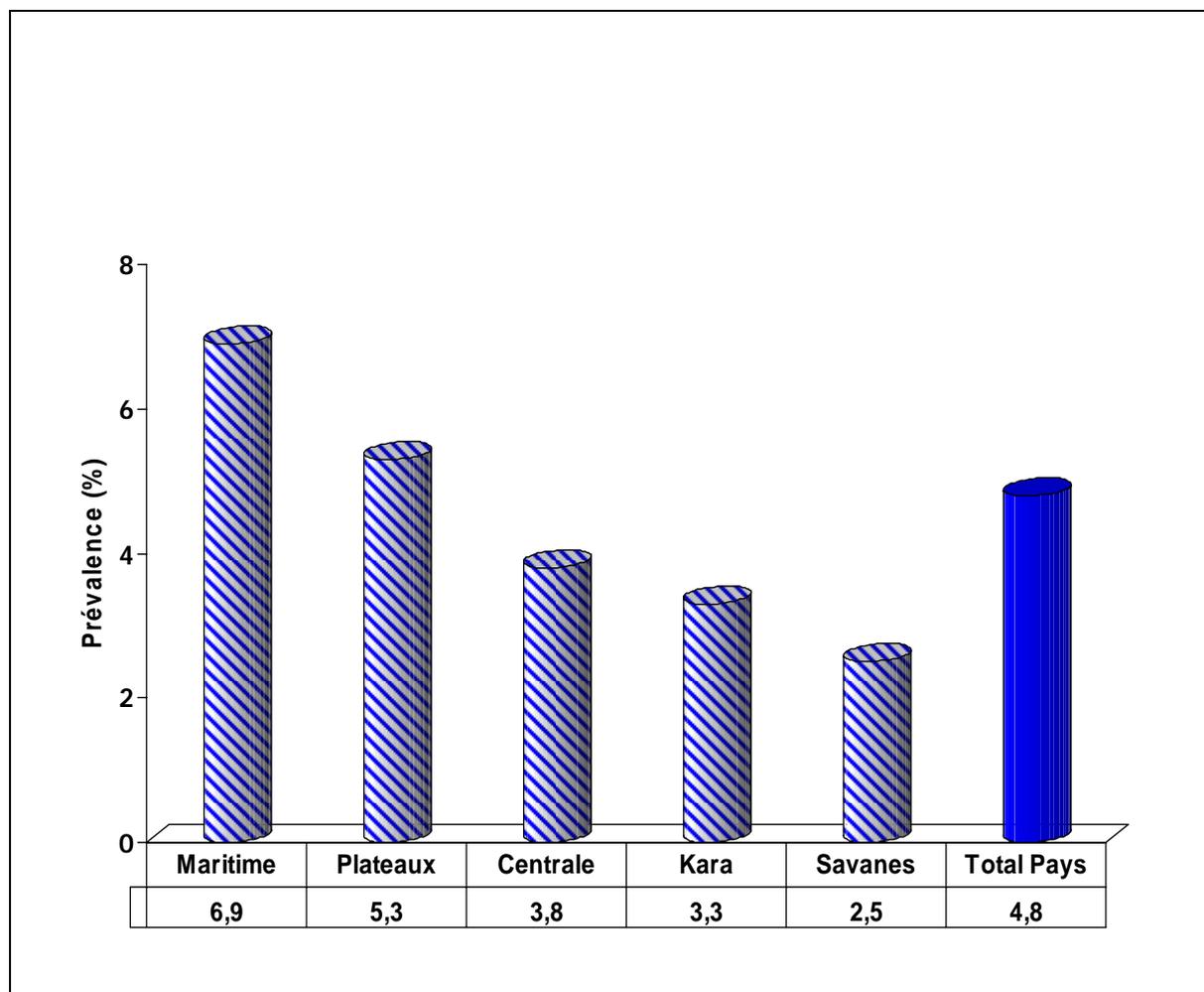
Aucune enquête de prévalence du VIH dans la population générale n'a été effectuée au Togo depuis le début de la pandémie.

Cependant, selon les estimations de l'ONUSIDA 2004 ; cette prévalence était de 4,1%. Ainsi, le nombre de PVVIH (adultes et enfants) était estimé à environ 128 980, selon la même source.

### 1.2 Les données de la surveillance épidémiologique

#### 1.2.1 Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en site sentinelle

**Figure 1** : Séroprévalence du VIH par région en 2003 au Togo, surveillance sentinelle chez les femmes enceintes en consultations prénatales

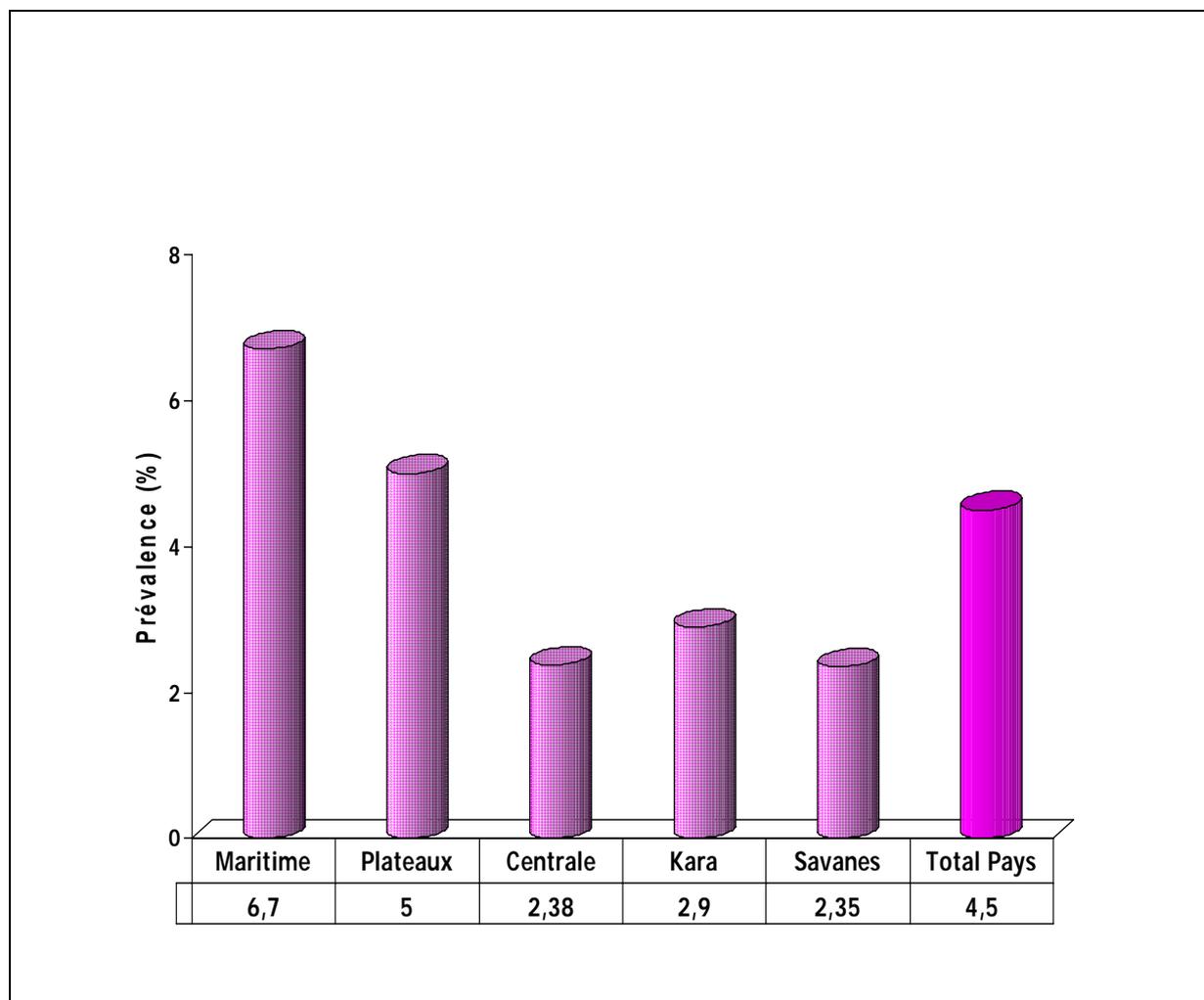


Source : rapport d'activités du PNLIS, 2003

Lomé la capitale se trouve dans la région Maritime et a 20% de la population totale du pays. La prévalence du VIH décroît de la région méridionale (Maritime) vers la région septentrionale (Savanes).

En 2004, la surveillance de l'épidémie montre les mêmes tendances. La figure 2 suivante donne la séroprévalence du VIH par région chez les femmes en consultation prénatale.

**Figure 2 :** Séroprévalence du VIH par région en 2004 au Togo, surveillance sentinelle chez les femmes enceintes en consultations prénatales

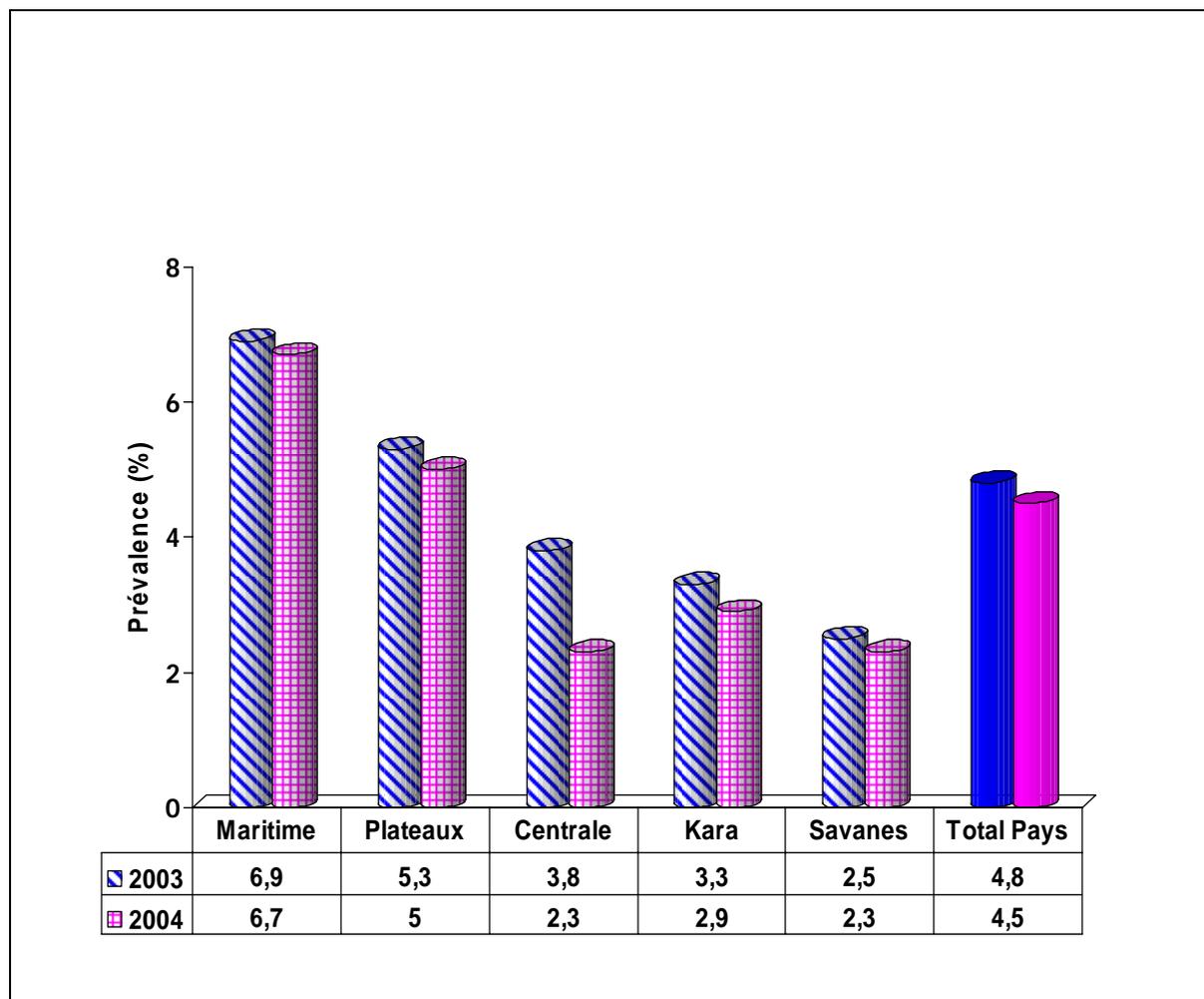


Source : rapport d'activités du PNLIS, 2004

En 2005, l'enquête de séroprévalence en poste sentinelle n'a pas pu être réalisée à cause de manque de ressources financières.

Sur l'ensemble des deux années, et en considérant seulement la sérosurveillance en poste sentinelle chez les femmes enceintes, l'épidémie semble stable dans ce groupe.

**Figure 3** : Séroprévalence du VIH par région en 2003 et 2004 au Togo, Surveillance sentinelle chez les femmes enceintes en consultations prénatales



Source : rapport d'activités du PNLIS, 2003 et 2004

### 1.2.2 Prévalence du VIH au sein des Groupes spécifiques

- **Chez les Corps habillés**

En 2002, une enquête de séroprévalence du VIH chez les militaires réalisée par la Direction Centrale des Services de Santé des Armées a noté une prévalence qui se situe entre 12 et 16%.

- **Chez les Travailleuses de Sexe et leurs partenaires masculins**

Une enquête a été réalisée en 2003 par le Projet SIDA 3 à Lomé sur la surveillance de la prévalence des IST/VIH et les comportements sexuels auprès des TS et de leurs partenaires masculins. L'étude concernait 402 TS âgées de 12 à 60 ans et 407 clients âgés de 15 à 65 ans. Elle a révélé une épidémie du VIH très concentrée parmi les TS avec une prévalence de 53,9% (n=386) et intermédiaire chez les partenaires masculins avec une prévalence de 13,3% (n=315). Ces prévalences sont respectivement 11 et 3 fois plus élevées que le taux dans la population générale mesurée par le biais des femmes enceintes.

La prévalence du VIH augmente avec l'âge chez les TS. Le groupe des TS de plus de 40 ans est le plus affecté. Le tableau suivant résume la prévalence du VIH par tranche d'âge chez les TS.

**Tableau N° 2** : Prévalence du VIH chez les TS selon l'âge (n=386)

Ages	Effectifs	VIH +	Prévalence
12-20 ans	76	26	34,2 %
21-30 ans	185	86	46,5 %
31-40 ans	90	66	73,3 %
Plus de 40 ans	35	30	85,7 %
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>208</b>	<b>53,9 %</b>

Source : Enquêtes de surveillance des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des TS et leurs partenaires masculins à Lomé, Projet SIDA 3, 2003

Les mêmes tendances se retrouvent chez les partenaires masculins des TS (tableau N° 3)

**Tableau N° 3**: Prévalence du VIH chez les partenaires masculins des TS selon l'âge (n=315)

Ages	Effectifs	VIH +	Prévalence
15-20 ans	57	0	0,0 %
21-30 ans	169	21	12,4 %
Plus de 30 ans	89	21	23,6 %
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>42</b>	<b>13,3 %</b>

Source : Enquêtes de surveillance des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des TS et leurs partenaires masculins à Lomé, Projet SIDA 3, 2003

Une nouvelle évaluation est en cours actuellement. Elle s'étendra dans les autres régions du pays.

- **Chez les donneurs de sang**

Les tests VIH réalisés sur les poches de sang obtenues auprès des donneurs de sang en 2005 par le Centre National de transfusion Sanguine montrent une prévalence de 3% au sein de ce groupe.

**Tableau N° 4** : Prévalence du VIH selon l'âge chez les donneurs de sang

Ages	Effectifs des donneurs	Sang donné testé positif	
		HIV	Prévalence
15-24 ans	4951	129	2,6
25-49 ans	3845	145	3,8
≥ 50 ans	329	5	1,5
<b>Total</b>	<b>9125</b>	<b>279</b>	<b>3,0</b>

Source : Rapport d'activités du CNTS-Lomé, 2005

- **Chez les tuberculeux**

L'enquête de prévalence du VIH chez les tuberculeux est en cours. Selon les premières tendances enregistrées au Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) un tuberculeux sur quatre (25%) serait séropositif au VIH.

## 2. CAS DE SIDA NOTIFIES

Les données disponibles sur les cas de SIDA diagnostiqués et notifiés ne sont ventilées ni par âge, ni par sexe. Ce sont des données agrégées pour l'ensemble du pays. De 1987 à 2005, le nombre cumulé de cas de SIDA est de 17 600.

## 3. PREVALENCE DES IST

### 3.1 Dans la population générale

La prévalence des IST dans la population générale n'est pas connue. Les données existantes au niveau de la Direction des Statistiques Etude et Recherche du Ministère de la santé sont des données des formations sanitaires dont la complétude du rapportage est de 95 %.

En 2004, 17 222 cas d'IST ont été notifiés par les formations sanitaires. Ces données sont agrégées.

### 3.2 Chez les Travailleuses de Sexe et leurs partenaires masculins

La prévalence des IST chez les travailleuses du Sexe ainsi que leurs clients est résumé dans les tableaux 5 et 6.

D'une manière globale et pour l'ensemble des IST (Gonorrhée et Chlamydia) Les TS et leurs partenaires masculins courent le même risque d'infection.

**Tableau N° 5** : Prévalence des IST selon l'âge chez les TS (n=337)

Age	Effectifs des TS	Testées positives			
		Neisseria gonorrhoeae	Prévalence (en %)	Chlamydia trachomatis	Prévalence (en %)
12-20 ans	57	13	22,8	14	24,6
21-30 ans	167	22	13,2	10	6,0
31-40 ans	81	13	16,0	1	1,2
Plus de 40 ans	32	5	15,6	1	3,1
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>53</b>	<b>15,7</b>	<b>26</b>	<b>7,7</b>

Source : Enquêtes de surveillance des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des TS et leurs partenaires masculins à Lomé, Projet SIDA3, 2003

**Tableau N° 6** : Prévalence des IST selon l'âge chez les partenaires masculins des TS (n=321)

Age	Effectifs des partenaires	Testées positives			
		Neisseria gonorrhoeae	Prévalence (%)	Chlamydia trachomatis	Prévalence (%)
15-20 ans	57	1	1,8	2	3,5
21-30 ans	175	2	1,1	13	7,4
≥ 31 ans	89	1	1,1	3	3,4
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>4</b>	<b>1,2</b>	<b>18</b>	<b>5,6</b>

Source : Enquêtes de surveillance des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des TS et leurs partenaires masculins à Lomé, Projet SIDA3, 2003

### 3.3 Chez les donneurs de sang

La prévalence de la Syphilis, de l'Hépatite B et de l'Hépatite C chez les groupes de donneurs est relativement faible.

**Tableau N°7** : Prévalence des IST selon l'âge chez les donneurs de sang (n=9125)

Age	Effectifs des donneurs	Sang du donneur testé positif					
		Syphilis	%	VHB	%	VHC	%
15–24 ans	4951	46	0,09	498	0,1	182	0,03
25-49 ans	3845	46	0,01	427	0,1	170	0,04
≥ 50 ans	329	4	0,01	9	0,02	12	0,03
<b>Total</b>	<b>9125</b>	<b>96</b>	<b>0,01</b>	<b>934</b>	<b>0,1</b>	<b>364</b>	<b>0,03</b>

Source : Rapport d'activités du CNTS-Lomé, 2005

### 4. LES DETERMINANTS SOCIO COMPORTEMENTAL ET ECONOMIQUE

Les principaux déterminants de la propagation du VIH au Togo sont :

- une activité sexuelle élevée au sein de la population des jeunes, multiplicité des partenaires sexuels ;
- la non perception du risque et le déni de la maladie ;
- la pauvreté et l'extrême vulnérabilité économique et financière des femmes ;
- le travail de sexe (prostitution) de plus en plus marqué des togolaises (une population de prostituées de plus en plus jeunes) ;
- l'extrême mobilité des travailleuses de sexe dans le pays et dans la sous région ;
- l'extension des groupes financièrement vulnérables tels que les jeunes filles domestiques, les portefaix, les serveuses de bars, les apprenties couturières et coiffeuses, les élèves et étudiantes, les femmes célibataires, etc.) ;
- l'analphabétisme élevé chez les femmes (63%) ;
- une utilisation très faible des préservatifs chez les jeunes ;
- une forte migration interne, et notamment l'exode rural ;
- une assez forte prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles.
- la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- l'insuffisance de la prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA ;
- l'abandon scolaire et le retrait de la fille de l'école pour des raisons économiques et sociales ;
- le phénomène de la dot de libération pour les apprentis (couturières et coiffeuses en l'occurrence) ;
- l'existence des pratiques traditionnelles néfastes (lévirat, sororat, sortie du couvent, sortie du veuvage, ventouse, scarification, excision et circoncision, etc.) ;
- le multi partenariat (multiplicité des partenaires sexuels)

A ces multiples déterminants socio-économiques et culturels s'ajoutent d'autres obstacles à la lutte contre le VIH/SIDA, notamment :

- un appui institutionnel insuffisant (problème d'accessibilité des services impliqués dans la lutte) ;
- les pesanteurs socioculturelles : le poids de la tradition et des pratiques coutumières, la perception du SIDA comme relevant du domaine magique ou surnaturel (ce qui ne favorise pas le recours aux soins dans les formations sanitaires) ;
- l'influence de plus en plus marquée des guérisseurs traditionnels ;
- le développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication qui induisent des comportements sexuels à risque (la vidéo et les sites pornographiques sur l'Internet) ;
- le poids de la religion (refus de certaines communautés religieuses de l'usage du préservatif), etc.

## **CHAPITRE III- RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA**

## 1. RESUME DE LA RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE

Face à cette situation et aux répercussions socio-économiques de la pandémie, la réponse tant gouvernementale que communautaire s'est traduite immédiatement par :

- la mobilisation des fonds par le gouvernement pour la sensibilisation et l'acquisition d'équipement de dépistage et de diagnostic en 1987 ;
- l'installation d'un comité de lutte, l'élaboration et la mise en œuvre de trois plans d'intervention à court et moyen terme ayant couvert des périodes successives entre 1987 et 1995 ;
- l'intensification de la lutte entre 1996 et 1999 à travers entre autre un engagement politique et financier du gouvernement plus grand, la modification de l'organisation de la lutte avec le plan national d'intégration et de décentralisation des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Depuis 1999, on a assisté au renforcement du caractère multidimensionnel de la démarche de lutte. C'est au cours de cette phase que le processus d'élaboration du Cadre Stratégique national de Lutte contre le VIH/SIDA/IST a démarré selon une démarche de planification stratégique ayant permis la participation des différents acteurs de la lutte.

Le Cadre Stratégique National (CSN) de lutte contre le SIDA est un document d'orientation pour toutes les interventions en cours et à venir en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Togo. Il est bâti autour des axes stratégiques et des domaines d'actions prioritaires identifiés par l'analyse de la situation et de la réponse. Sa mise en œuvre a vu apparaître sur la scène nationale un grand nombre d'acteurs, publics et privés, intervenant dans toutes les régions du pays et dans des domaines variés. Pour relever le défi de synergie et de complémentarité de ces acteurs, de l'efficacité de la mise en œuvre des interventions, et pour assurer une coordination harmonieuse de la lutte contre le SIDA une organisation spécifique a été déployée sur toute l'étendue du territoire national. La disponibilité du CSN de lutte contre les IST/VIH/SIDA a été l'opportunité majeure de l'acquisition de ressources additionnelles dans un contexte de récession économique nationale, notamment auprès du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

Le secteur de la santé occupe une place prépondérante dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les interventions dans ce secteur portent sur les actions liées au renforcement de la prévention, de la surveillance de l'épidémie et des capacités à la prise en charge médicale des personnes infectées et affectées. On note un début d'amélioration de la prise en charge des PVVIH au Togo grâce au développement d'initiatives et de programmes spécifiques pour assurer le traitement ARV à un coût réduit, la multiplication des centres de dépistage volontaire et l'incitation de la population à leur utilisation.

Pour les secteurs non santé, la mise en place des différentes structures de coordination, d'élaboration et de mise en œuvre des plans d'actions au profit du personnel des départements ministériels est encore timide. Exception faite du secteur de la Défense qui a pu développer des interventions de prévention, de conseil et dépistage et de prise en charge des IST. Le secteur de l'Education également a mis en œuvre des activités de sensibilisation et formation des jeunes scolarisés. Des actions similaires sont exécutées par le Ministère de la Jeunesse en milieu extra scolaire. Beaucoup de départements ministériels ont nommé des points focaux pour la lutte, mais le développement de véritables plans d'action sectoriels de lutte contre le SIDA n'a pas pu être effectif. Certains départements ministériels ignorent probablement à ce jour l'existence d'un cadre Stratégique de lutte contre l'infection à VIH.

Si globalement, on note la réalisation d'actions assez remarquables, d'importants efforts restent encore à fournir pour assurer la mise en œuvre effective et la coordination optimale des activités.

## **2. INDICATEURS DES ACTIONS ET DES ENGAGEMENTS NATIONAUX**

### **2.1 Engagement national**

L'engagement national face à la pandémie du VIH/SIDA s'est manifesté depuis 1987 aussi bien au niveau de la connaissance de l'infection qu'au niveau institutionnel.

Au niveau institutionnel, il y a la création en 1987 du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS). Puis, un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) a été institué au ministère de la santé. Le Comité National de Lutte contre le SIDA n'a pas survécu à la dynamique du PNLS qui a assuré depuis 1987 la coordination et la mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA.

Le PNLS a œuvré inlassablement avec les moyens mis à sa disposition pour inverser les tendances nationales en matière de VIH/SIDA mais la structure s'est révélée impuissante face à l'ampleur de l'épidémie qui s'est manifestée davantage comme un problème de développement plutôt qu'un problème de santé stricto sensu. Le PNLS a connu de ce fait des difficultés institutionnelles qui ont débouché au réaménagement du cadre institutionnel de lutte contre les IST/VIH/SIDA au Togo en l'an 2000.

Face aux nécessités que recommandait la nouvelle dynamique de lutte contre la pandémie de VIH, le gouvernement togolais a adhéré à la stratégie du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH (ONUSIDA) tendant à une lutte multisectorielle et pluridisciplinaire contre la pandémie. Aujourd'hui, le PNLS n'assure plus la coordination de la lutte contre les IST/VIH/SIDA au Togo. Cette tâche est dévolue au Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST).

Le CNLS-IST a été créé en octobre 2001 par décret présidentiel. Il est présidé par le Président de la République. Il compte en son sein aussi bien les politiques (membres du gouvernement et députés à l'assemblée Nationale) que les membres de la société civile et du secteur privé (médecins, patronat, chefs traditionnels, religieux, thérapeutes traditionnels, membres d'ONGs/Associations, PVVIH, syndicalistes, etc..)

Le CNLS est décentralisé au niveau des régions et des préfectures où les plus hautes autorités locales en assurent la coordination.

Les missions dévolues au CNLS sont les suivantes: définir les orientations politiques, mobiliser les ressources, évaluer l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA/IST, approuver les budgets et programmes annuels d'actions.

Le secrétariat du CNLS est tenu par un Coordonnateur National auquel sont dévolues les missions suivantes : promouvoir la multisectorialité de la mise en œuvre du Cadre Stratégique, assurer la coordination des ressources mobilisées, promouvoir l'accessibilité aux traitements, promouvoir et coordonner la recherche, établir les rapports d'exécution semestriels du CSN, organiser des réunions périodiques des partenaires.

Le CNLS est reconnu par tous les acteurs et partenaires comme la seule autorité nationale de coordination de la lutte contre le SIDA. Cependant, il faut noter que de tous les programmes et projets en appui à la lutte contre le SIDA au Togo, les projets financés par le Fonds Mondial et le Plan d'Appui du SNU à la réponse nationale ont été les seuls ayant fondamentalement reposé sur le CSN et ayant mis en exergue la primauté du CNLS.

En dehors de l'engagement déclaré au plus haut niveau de l'Etat par le Président de la République et le gouvernement, engagement marqué par le début du renforcement du cadre institutionnel avec la création du CNLS-IST, de son Secrétariat et de ses organes

techniques, les activités multiples de plaidoyer menées avec l'appui du groupe thématique, élargi aux partenaires en développement du pays, il y a lieu de noter également l'engagement de la société civile et du secteur privé, en l'occurrence les ONG, les associations, les chefs traditionnels, les syndicats, les religieux et le Patronat dans la lutte contre le VIH/SIDA (séminaires de sensibilisation, tables rondes, ateliers de formation, mise en place des cellules SIDA...).

## 2.2 Programmes et actions nationaux

### 2.2.1- Fonds consacrés par le gouvernement togolais à la lutte contre le VIH/SIDA entre 2003 et 2005

Les fonds engagés par l'Etat pour soutenir la lutte contre le VIH/SIDA entre 2003 et 2005 se résument dans le tableau ci-après. Ces fonds sont ventilés entre deux grandes rubriques : (i) l'investissement et l'équipement et (ii) l'appui au programme. Les données sur la répartition des fonds « appui au programme » par domaine d'intervention tel que la prévention, les soins cliniques et thérapie ARV etc. ne sont pas disponibles.

**Tableau N° 7** : Répartition des fonds engagés par le gouvernement togolais pour la lutte contre le VIH/SIDA par domaine d'intervention et par année

Domaines d'intervention	Montants engagés (en F CFA)			Total
	Année 2003	Année 2004	Année 2005	
Investissement et équipement	10 000 100	10 000 100	10 000 100	<b>300 000 300</b>
Appui au programme	400 275 150	450 000 100	299 999 700	<b>1 150 274950</b>
<b>Total</b>	410 275 250	460 000 200	309 999 800	<b>1 180 275250</b>

Sources : Direction du budget, Ministère de l'économie, des finances et de la privatisation Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA Programme national de lutte contre le VIH/SIDA

### 2.2.2 Politiques nationales en matière de VIH/SIDA : « Indice composite des politiques nationales »

Selon la constitution de la quatrième (IV) République adoptée le 27 septembre 1992 modifiée en 2002, l'accès aux soins de santé est un droit fondamental pour tous les Togolais. Conformément à cette constitution, la politique de santé s'est fixée pour but d'assurer à la population un état de santé permettant à tous les citoyens de mener une vie socialement et économiquement positive.

A ce titre, elle accorde une attention plus grande à la lutte contre le VIH/SIDA à travers des actions multisectorielles.

#### a) Le Cadre Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/SIDA

Le Togo a élaboré son Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2001-2005 en mars 2001. Ce CSN couvre plusieurs secteurs : Santé, Education, Emploi, Transports, Forces armées, Femmes et Jeunes ; ce qui explique son caractère multisectoriel.

Il définit plusieurs axes stratégiques dont le conseil et le test volontaire, la promotion et la distribution des préservatifs, la prévention et le traitement des IST, la sécurité

transfusionnelle, la PTME, l'allaitement, les soins et les traitements. Ces stratégies ciblent les groupes suivants : femmes et jeunes filles, jeunes et populations les plus à risque notamment les femmes portefaix, les filles domestiques, les enfants rendus orphelins, et autres enfants vulnérables, les Travailleurs de sexe et les Migrants. Le CSN a aussi abordé les questions relatives à la pauvreté et au développement à travers des questions transversales sur la pauvreté et le VIH/SIDA, le genre et le VIH, les droits de la personne et la participation des PVVIH.

Au même titre la question du VIH/SIDA a été inscrite à l'ordre du jour dans toutes les politiques nationales et programmes de développement.

Le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP), le document de suivi des OMD, le document Cadre d'Aide au Développement des Nations Unies ainsi que le Bilan Commun de pays ont intégré les questions du VIH/SIDA dans leurs volets prévention, soins et appui, atténuation de l'impact du VIH et du SIDA, réduction des inégalités liées à la sexospécificité, réduction des inégalités liées aux revenus.

La planification du CSN est effective au niveau national et l'on note qu'entre 2003 et 2005, des efforts considérables sont réalisés dans la mise en œuvre et ce grâce à la prise de conscience et à l'engagement ferme des autorités politiques hauts placées de l'Etat, mais aussi grâce à l'appui apporté par le Fonds Mondial et les autres partenaires au cours de la période.

## **b) Appui politique**

En terme d'appui politique, le Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST (CNLS), une instance nationale de coordination des actions de lutte contre le SIDA dans le pays a été créée le 11 octobre 2001. Sa composition est multisectorielle. Il est présidée par le Président de la République avec pour 1<sup>er</sup> vice Président le Chef du gouvernement et 2<sup>ème</sup> vice Président le Ministre de la Santé avec à leurs côtés les autres membres du gouvernement, les Députés à l'Assemblée nationale, les Chefs traditionnels, les leaders religieux et communautaires, les régionaux, la société civile et les PVVIH. Le CNLS est opérationnel à travers un Secrétariat Permanent dirigé une équipe de 7 membres nommés par décret présidentiel. Les membres se réunissent une fois par semaine et ont pour mandat de favoriser l'interaction entre le Gouvernement, le secteur privé, la société civile et les PVVIH.

## **c) La prévention**

En matière de prévention, des stratégies de promotion de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) sur le VIH et le SIDA sont développées et des programmes actifs de promotion d'informations précises sur le VIH et le SIDA par les médias mis en œuvre.

Les programmes de marketing social des préservatifs, de sécurité transfusionnelle, de dépistage prénatal de la syphilis, de PTME et destinés à garantir les injections sans risque dans les centres de soins sont aussi mis en place.

Ces stratégies touchent les jeunes en milieu scolaire et extrascolaire, les consommateurs de drogue, les travailleuses du sexe ainsi que leurs partenaires, les détenus, les migrants transfrontaliers ainsi que les populations mobiles, les réfugiés et populations déplacés.

Plus spécifiquement à l'endroit des jeunes qui constituent les populations les plus vulnérables, des activités de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH et du SIDA y sont développés. L'enseignement relatif au VIH est fait dans les systèmes secondaire et universitaire et dans les centres de formation pour que les jeunes puissent être informés.

En somme, l'on note plus d'engagement dans la lutte. Il y a eu plus d'efforts dans la mise en œuvre des programmes de prévention en 2005 qu'en 2003. L'engagement de tous les acteurs et de tous les secteurs et l'augmentation des ressources allouées à la riposte en sont les principaux facteurs.

#### **d) Droits de la personne**

Selon la constitution de la quatrième (IV) République du Togo adoptée le 27 octobre 1992 et modifiée en 2002, l'accès aux soins de santé est un droit fondamental pour tous les Togolais. Conformément à cette constitution, plusieurs textes et lois sont votés pour protéger les droits des personnes infectées ou affectées par le SIDA. La loi sur les Mutilations Génitales Féminines (MGF) votées en 1998 et celle portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA votée le 02 décembre 2005 s'inscrivent dans ces logiques. La loi portant surtout protection des personnes en matière du VIH/SIDA vise à protéger l'individu, la famille et la société contre l'infection à VIH/SIDA et à assurer aux PVVIH la garantie de leurs droits humains et surtout leur protection contre la discrimination et la stigmatisation. Cette loi est non discriminatoire. Elle prend en compte le genre et l'équité et porte protection pour tous les groupes vulnérables comme les jeunes en l'occurrence les filles, les corps habillés, les détenus, les portefaix, les femmes et filles domestiques, les invalides. Elle va loin jusqu'à définir les stratégies à appliquer par groupes cibles.

#### **e) Soins et appuis**

Dans le cadre du traitement du SIDA et des infections opportunistes, le Togo a développé des stratégies de promotion des soins et d'appui complet pour le VIH et le SIDA, ceci grâce au développement de documents normatifs. Les activités suivantes sont mises en œuvre : dépistage du VIH dans le sang destiné aux transfusion, traitement des IO, traitement antiretroviral, soins nutritionnels, soins prodigués en présence d'IST, service de planning familial, appui psychosocial pour les PVVIH et leurs familles, etc.

En terme d'appui, des stratégies visant à prendre en compte les besoins des OEV sont initiées des ONG.

### **2.3 Indicateurs de programmes nationaux et de comportements**

#### **2.3.1 Enseignement relatif au VIH dans les écoles basé sur les aptitudes psychosociales**

L'enseignement du VIH / SIDA dans les établissements scolaires a commencé en 2003-2004 avec l'élaboration des curricula de formation des formateurs d'abord puis des élèves.

Les données recueillies auprès des ministères des Enseignement Primaires et Secondaire, de l'Enseignement Technique et Professionnel d'une part et auprès des Directions Régionales de l'Enseignement et des Inspections d'autre part, font état de 493 écoles sur un total de 1 221 tout degré et tout secteur confondu soit 40,37% disposant d'enseignants formés à l'éducation VIH / SIDA basée sur les compétences psychosociales.

Les écoles publiques ont été privilégiées lors de la formation des enseignants pour des raisons purement tactiques. Parmi les 493 écoles, il y a 427 soit 86,61% qui sont du secteur public.

Selon le rapport technique de progrès du projet d'intensification de la lutte contre le VIH / SIDA du 1<sup>er</sup> avril 2005, 11 200 guides ont été élaborés entre 2004 et 2005 et sont disponibles dans toutes les régions et établissements scolaires ayant intégré l'enseignement du VIH / SIDA dans leur programme. Par ailleurs une formation décentralisée conduite par un pool national de 51 formateurs a permis de former dans toutes les régions en 2005 un nombre important d'enseignants. A ce jour, 1444 enseignants sont formés.

En outre, il est difficile d'affirmer avec certitude que tous les enseignants formés ont réellement dispensé des cours sur le VIH / SIDA l'année dernière encore que l'enseignement n'est pas dispensé en cours systématique. Il s'agit d'un système d'enseignement intégré des éléments sur le VIH / SIDA aux matières comme l'histoire géographie, le français, les sciences de la vie et de la terre pour les enseignements secondaires et au droit pour l'enseignement technique et professionnel.

Les professeurs de l'enseignement supérieur n'ont pas reçu de formation relative à l'enseignement au VIH basé sur des aptitudes psychosociales.

Cependant, dans les universités (université de Lomé et université de Kara) il y a des associations d'étudiants en clubs VIH / SIDA. Les membres de ces associations sont formés soit par d'autres associations sœurs soit par des ONGs opérant dans les domaines ou par le Programme national. Ils se chargent de sensibiliser leurs camarades étudiants sur la pandémie.

Le 13 décembre 2005 le Comité de coordination de la Lutte contre le VIH/SIDA de l'Université de Lomé (CLAS/UL) a été officiellement installé. Ce Comité qui regroupe en son sein toutes les associations estudiantines de lutte contre le VIH/SIDA de l'Université de Lomé (UL) a pour mission de coordonner toutes les actions de lutte contre le VIH/SIDA au sein de l'Université de Lomé.

### **2.3.2 Lutte contre le VIH/SIDA sur les lieux du travail**

Le Projet OIT / USDOL du Bureau International du Travail (BIT) et du Département du Travail des Etats-Unis appui les entreprises et les sociétés dans la mise en place de politiques et de lutte contre le VIH et le SIDA sur les lieux de travail. Sur 107 entreprises et sociétés, il n'y a que 8 qui ont véritablement défini leur politique et élaboré des programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Ces programmes incluent :

- La nomination d'un Point Focal ou la mise en place d'un comité conjoint VIH/SIDA avec un budget de fonctionnement.
- Les activités d'information et d'éducation en matière de prévention de l'infection au VIH.
- Le marketing social des préservatifs
- La prise en charge médicale
- La lutte contre la discrimination et la stigmatisation sur les lieux du travail.

### **2.3.3 Infections Sexuellement Transmissibles: Prise en charge des IST**

La prise en charge des IST se fait dans toutes les formations sanitaires du pays. En 2005, 17 222 cas d'IST ont été notifiés. Parmi les centres de santé qui ont notifiés des cas d'IST, près de 80 sont appuyés par le Projet SIDA 3 à travers l'élaboration de guides et d'algorithmes de prise en charge, le soutien la formation du personnel, et à l'équipement des centres, le soutien à l'approvisionnement de médicaments essentiels pour la prise en charge des clients.

En 2004, 15 909 clients dont 14 269 TS et 1640 partenaires atteints d'IST ont été suivis dans les services adaptés et unités d'intervention du projet selon les procédures et directives nationales. De janvier à juin 2005, 9 873 clients atteints d'IST ont été reçus dans ces centres. L'efficacité de la prise en charge des IST dans les services adaptés et unités d'intervention est évaluée à 87% en 2004.

### 2.3.4 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

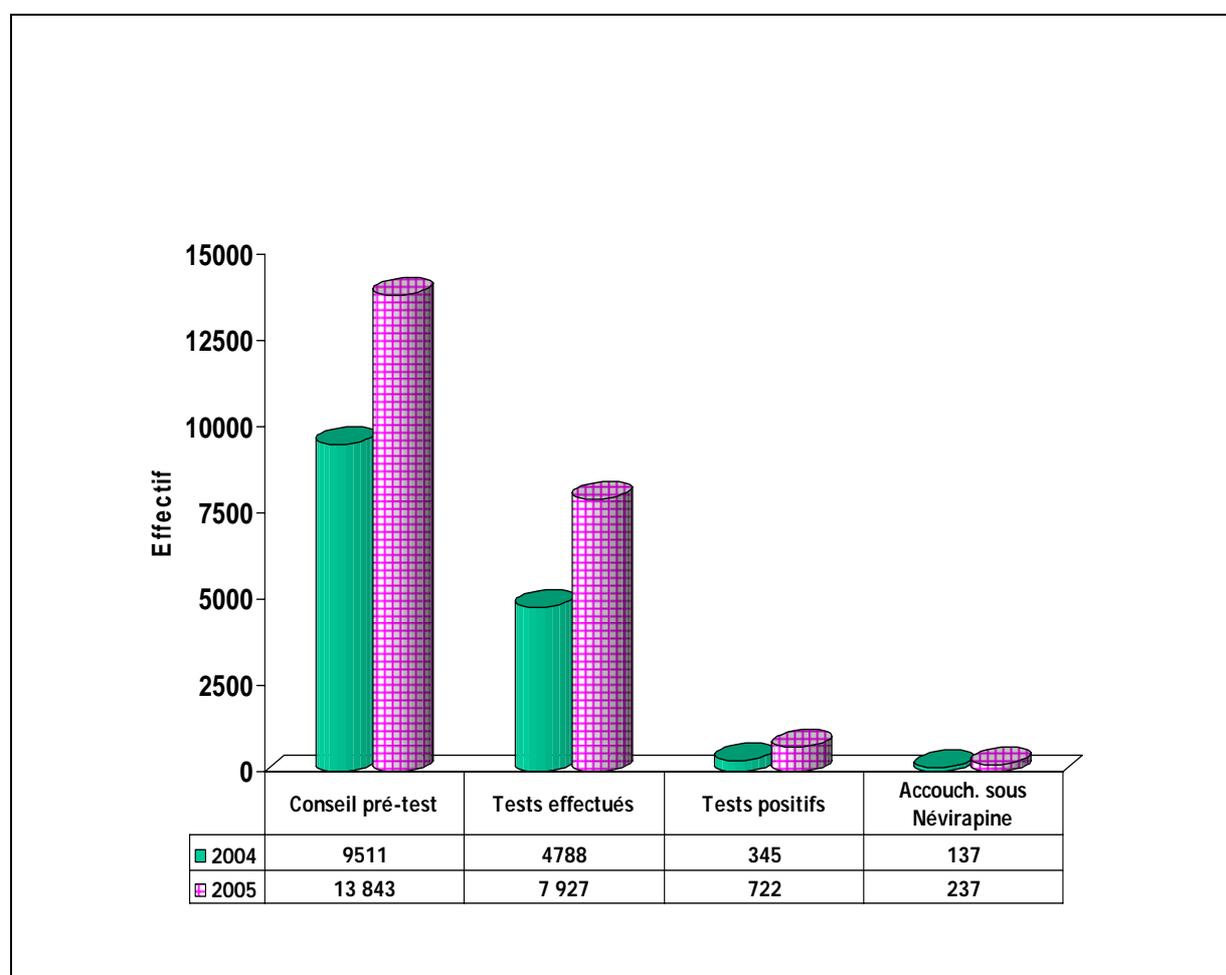
Les projections de population de 2005 (DGSCN) estime à 4,5% la proportion des enfants de 0 à 11 mois. Cette proportion est assimilable aux grossesses attendues. Ce qui permet d'estimer le nombre de femmes enceintes respectivement à 228 770 en 2004 et à 234 540 en 2005.

En 2004, 9511 femmes enceintes sur les 11 911 reçues en CPN1 dans les sites PTME, ont bénéficié d'un conseil pré test, soit 79,4%.

Parmi les femmes qui ont bénéficié d'un conseil pré test, la moitié (50,3%) ont accepté le test VIH (4 788 femmes). 345 tests étaient positifs. Seule deux femmes enceintes séropositives au VIH sur cinq ont accouché sous Névirapine.

En 2005 il y a eu plus de femmes enceintes qui ont accepté le conseil pré test et qui ont effectivement fait le test.

**Figure 4 :** Conseil pré test et dépistage du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2004 et en 2005.



Source : Rapport d'activités 2004-2005, PNLIS

Le suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH est confronté a beaucoup de difficultés. En 2004, sur 217 enfants nés de mères séropositives, 180 ont reçu de la Névirapine, 161 étaient sous lait maternel contre 36 sous lait artificiel. 99 sont régulièrement suivis et 6 parmi eux été dépistés à 18 mois dont 5 séronégatifs soit 83,3%.

**Transmission du VIH de la mère à l'enfant :  
Données de Mai 2002 à Novembre 2005 (1)**

Données	Année 2002 (2 sites dans 1 district)	Année 2003 (10 sites dans 5 districts)	Année 2004 (15 sites dans 7 districts)	Année 2005 (31 sites dans 13 districts)
Nombre de causeries sur la TME	-	1 367	1 286	5 684
Nombre de femmes reçues en CPN1 dans ces sites	4 218	7 681	11 971	15 350
Nombre de femmes ayant reçu le conseil pré test	1 560	6 245	9 511	13 843
Nombre de femmes ayant fait le dépistage du VIH après le conseil pré test	564	2 950	4 788 50,3 %	7 927 57,2
Nombre de femmes dépistées séropositives	73	166	345 7,2 %	722 9,1 %
Nombre de femmes reçues en post test	1 107	2 387	3 023	5 341
Nombre de partenaires sexuels dépistés	-	-	43	520
Nombre de partenaires sexuels dépistés positifs au VIH	-	-	12	103
Nombre de femmes séropositives au VIH ayant reçu la NVP	23	79	137	596
Nombre de femmes séropositives ayant accouché	17	53	351	693
Nombre de femmes séropositives ayant accouché sous NVP	11 15,0 %	36 21,6 %	152 44,0 %	237 32,8 %

**Transmission du VIH de la mère à l'enfant :  
Données de Mai 2002 à Novembre 2005 (2)**

<b>Données</b>	<b>Année 2002 (2 sites dans 1 district)</b>	<b>Année 2003 (10 sites dans 5 districts)</b>	<b>Année 2004 (15 sites dans 7 districts)</b>	<b>Année 2005 (31 sites dans 13 districts)</b>
Nombre d'enfants nés de femmes séropositives	17	43	217	296
Nombre d'enfants nés de femmes séropositives décédés	02	02	07	30
Nombre d'enfants nés de femmes séropositives ayant reçu de la NVP	09	43	180	277
Nombre d'enfants sous Allaitement Maternel Exclusif (AME)	13	40	161	228
Nombre d'enfants sous lait artificiel	02	03	36	105
Nombre d'enfants suivis	07	42	99	296
Nombre d'enfants connaissant leur statut sérologique à 18 mois	-	02	06	31
Nombre d'enfants dépistés négatifs à 18 mois	-	-	05 83,3 %	28 90,3 %
Nombre d'enfants sous cotrimoxazole	-	-	-	270
Nombre d'enfants sous ARV	-	-	12	19

### **2.3.5 Conseil et dépistage volontaire anonyme**

Entre autres stratégies inscrites dans la lutte contre le VIH/SIDA au Togo, l'on note le conseil et le dépistage volontaire anonyme. Déjà en 2000, le PNLIS avait créé un Centre de Conseil et de Documentation (CCD). Dans ce centre, les activités de conseil, de documentation et de dépistage se réalisent.

C'est dans ce cadre que des centres de dépistage volontaire et anonyme (CDVA) sont créés afin d'abriter les activités de conseil et de dépistage volontaire et anonyme.

Autour du PNLIS, les mêmes initiatives ont été prises par certaines ONG et Associations. C'est ainsi qu'une vingtaine de centres de dépistage volontaire et anonyme ont été implantés par PSI-Togo et ATBEF. Ces centres sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire. Sur 35 districts sanitaires, 17 sont dotés de CDVA dont 42%, implantés dans la région Lomé-Commune.

En 2004, 12 728 personnes, essentiellement des jeunes de 15-24 ans ont fréquenté les CDVA, dont 8823 dans la région Maritime. La prévalence du VIH auprès des clients ayant fréquenté ces CDVA est estimée à 13,7% au cours de la même année. Cette prévalence est élevée dans les CDVA de la région Maritime (19,6%) et faible dans ceux de la région des Savanes (5,1%).

### **2.3.6 Traitement par les anti retroviraux**

3 972 personnes infectées par le VIH et qui se trouvent à un stade avancé sont sous traitements anti retroviraux. Parmi les structures de prise en charge médicale, il y a les ONG et Associations.

### **2.3.7 Sécurité transfusionnelle**

Le centre national de Transfusion Sanguine (CNTS), assure la collecte, le traitement et la distribution du sang et des produits sanguins. Ce centre a une antenne régionale à Sokodé dans la région centrale.

D'octobre 2004 à Septembre 2005, 13 186 poches de sang ont été collectées. Toutes les poches collectées soit 100% ont fait l'objet d'un test sérologique au VIH, au VHB et VHC. 387 poches de sang sur les 13 186 étaient VIH positifs, soit 2, 93%.

### **2.3.8 Connaissances et comportements des jeunes en matière de prévention du VIH**

Les épidémies de VIH se propagent principalement par le biais de la transmission sexuelle à des générations successives de jeunes.

De bonnes connaissances des jeunes sur le VIH/SIDA sont essentielles et primordiales pour qu'ils adoptent des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH.

Du 17 au 21 décembre 2005, une enquête de population a été réalisée auprès des jeunes âgés de 15 à 24 ans pour évaluer leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention du VIH. L'enquête donne les résultats suivants :

#### **d) Connaissances**

Sur 6 153 jeunes interrogés, 54,6% avaient des connaissances exactes et complètes sur la prévention de la transmission du VIH notamment en ce qui concerne : (i) la réduction du risque par le fait d'avoir un seul partenaire fidèle non infecté ; (ii) la réduction du risque par l'utilisation des préservatifs ; (iii) l'apparence de bonne santé et la séropositivité au VIH ; (iv)

la piqûre du moustique et la transmission du VIH ; (v) la transmission du VIH et la vie quotidienne avec une personne infectée.

Les garçons ont répondu plus souvent correctement que les filles (57,4% versus 51,8%). Les connaissances étaient meilleures en zones urbaines (56,0%) qu'en zone rurale (53,7%).

#### **e) Attitudes et comportements**

796 jeunes âgés de 15 à 24 ans sur les 6 153 interrogés (12,8%) déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. La précocité des rapports sexuels est beaucoup plus fréquente en milieu urbain (16,8%) qu'en milieu rural (10,2%).

Les garçons tentent leur première expérience sexuelle plus fréquemment que les filles selon les résultats de l'enquête (14,5% contre 11,1%).

Les comportements à haut risque tels que les rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier ont été observés chez 32% des garçons contre 12,6% chez les filles. L'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels n'est pas encore de règle chez les jeunes.

#### **2.3.9 Utilisation des préservatifs**

La sensibilisation de la population à la prévention de l'infection au VIH au Togo se fait dans tous les secteurs et par plusieurs intervenants parmi lesquels le ministère de l'éducation nationale, le ministère de la jeunesse et des sports, le ministère de la défense et des anciens combattants, les ONGs et Associations, les syndicats, et bien sûr le Ministère de la Santé.

D'une manière générale, 62,2% de jeunes ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec leur partenaire occasionnel. L'utilisation du préservatif est plus répandue en milieu urbain (73,8%) qu'en milieu rural (55,7%).

##### **▪ Distribution des préservatifs (masculins et féminins)**

Un programme de marketing social et de distribution de préservatifs est mis en place sur toute l'étendue du territoire et diverses activités de promotion de l'utilisation du préservatif y sont inscrites.

Trois principaux acteurs en sont les promoteurs : Population Service International (PSI), Division de la Santé Familiale (DSF) et Association Togolaise du Bien-Etre Familial (ATBEF). Ils mettent à la disposition des formations sanitaires, des réseaux et des ONGs/Associations qui leur servent de relais auprès des communautés et dans les régions des stocks importants de préservatifs masculins et féminins.

Des circuits de distribution des préservatifs s'appuyant sur les Pairs-éducateurs sont mis en place et des kiosques de vente de préservatifs et de conseils animés par ces Pairs-éducateurs sont implantés dans toutes les régions par les ONGs/Associations et PSI-Togo.

Les canaux de distribution ainsi mis en place ont permis de distribuer 9 779 980 unités de préservatifs en 2002 ; en 2003 10 376 119 unités dont 7 823 984 par PSI-Togo ( 7 777 083 préservatifs masculins et 46 901 préservatifs féminins), et en 2004, 8 023 729 unités dont 7 742 929 par PSI-Togo (7 687 984 préservatifs masculins et 54 945 préservatifs féminins).

Afin d'initier les jeunes à l'utilisation du préservatif, PSI-Togo fait la promotion de certaines marques de préservatifs tels que "Protector Plus", "Panthère", "Condom Jeune Rebel" pour les préservatifs masculins ; "Fémidon" et "Protectiv" pour les préservatifs féminins.

**CHAPITRE IV : PRINCIPAUX OBSTACLES  
RENCONTRES ET ACTIONS NECESSAIRES POUR  
ATTEINDRE LES BUTS / LES OBJECTIFS DE L'UNGASS**

## 1. LES OBSTACLES

### 1.1 Dans la réalisation des buts et objectifs

Plusieurs obstacles de divers ordres jalonnent la riposte nationale au VIH/SIDA et handicapent la réalisation des buts et objectifs visés.

- Les insuffisances dans l'application des « Trois principes directeurs »

Le Cadre Stratégique National 2001-2005 constitue le cadre d'action multisectoriel unique de la riposte au VIH/SIDA au Togo. Elaboré et adopté selon une approche participative impliquant toutes les catégories d'acteurs concernés tant au niveau national que régional, ce cadre qui n'a pas été budgétisé ni traduit en plan opérationnel, contient en outre des objectifs dont la plupart sont quantitativement imprécis. Néanmoins, il demeure la seule référence pour tous les acteurs et partenaires intervenant dans la riposte nationale.

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS-IST), organisme multisectoriel de coordination de la lutte, est fonctionnel depuis 2002 à travers son Secrétariat Permanent. Mais ce dernier ne dispose ni d'un véritable siège (bureaux actuels insuffisants et inadaptés), ni de capacités de fonctionnement adéquates (en ressources humaines, logistiques et financières), ni de l'autonomie d'action requise pour assurer pleinement les missions qui lui sont dévolues.

La même situation est vécue au niveau des structures décentralisées du CNLS-IST que sont les comités régionaux et préfectoraux de lutte contre le SIDA et leurs secrétariats respectifs. Par ailleurs, certains organes du CNLS-IST tels que la Commission scientifique et la Commission d'éthique ne sont pas encore mis en place.

La résultante de tous ces facteurs est l'insuffisante coordination nationale des acteurs, des partenaires et de leurs interventions en matière de VIH/SIDA/IST dans le pays.

Enfin, il n'existe pas encore de système unique de suivi-évaluation de la riposte nationale au VIH/SIDA. Néanmoins, le processus de sa mise en place est en cours.

- L'environnement socio-politique et économique

La crise socio-politique et économique que connaît le Togo depuis plusieurs années et qui est marquée par la suspension de la coopération financière avec les principaux bailleurs de fonds n'a pas permis de mobiliser des moyens suffisants pour intervenir efficacement dans tous les aspects de la riposte nationale. Plusieurs financements dont bénéficient la plupart des pays de la sous-région pour la lutte contre le VIH/SIDA/IST ont ainsi échappé au Togo (Projet MAP de la Banque Mondiale par exemple).

Par ailleurs, la pauvreté liée à la récession économique générale dans laquelle se trouve le pays, expose de plus en plus de citoyens à des comportements sexuels à risque (multipartenariat, rapports sexuels non protégés), notamment de certaines couches sociales : femmes célibataires, jeunes filles en milieu scolaire et en situation d'apprentissage, domestiques, portefaix, serveuses de bars etc.

- Les pesanteurs socioculturelles encore vivaces dans le pays et marquées par certaines pratiques rituelles, traditionnelles ou religieuses concourent toujours malheureusement à la propagation du VIH /SIDA.
- Le manque d'harmonisation des stratégies d'intervention des acteurs sur le terrain constitue aussi un obstacle majeur à la réalisation des objectifs.

- La complexité, la diversité et la lourdeur des procédures des partenaires au développement et leur non maîtrise par les acteurs nationaux constituent de véritables freins à l'absorption des rares ressources financières mobilisées pour la riposte nationale à cette pandémie.

## 1.2 Dans la collecte des données sur les indicateurs

Les principaux facteurs qui handicapent la collecte des données sur les indicateurs de suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH/SIDA en général et ceux de l'UNGASS en particulier sont :

- l'inexistence d'une base nationale et fonctionnelle de données sur le VIH/SIDA et les IST ; le CRIS (Système d'information sur la riposte des pays) récemment installé n'est pas encore opérationnel ;
- la rareté de recherches, d'études et enquêtes d'envergure nationale sur le VIH/SIDA et sur les attitudes et comportements liés à cette infection ;
- le manque de mécanisme de centralisation et de compilation au SP/CNLS-IST des rapports d'activités et des résultats d'études/enquêtes de tous les acteurs et partenaires engagés dans la riposte.

Ainsi, pour plusieurs indicateurs les données sont très parcellaires, anciennes, non désagrégées (en âge, sexe, secteur public/privé, milieu rural/urbain etc.), voire quasi inexistantes (Ex : Données sur les enfants rendus orphelins et autres enfants vulnérables ; données sur les connaissances et comportements)

## 2. Les actions nécessaires pour atteindre les buts et objectifs

Ces actions concernent essentiellement :

- l'intensification de la prévention du VIH avec des stratégies spécifiques pour les groupes les plus vulnérables et les plus à risque ;
- le renforcement de la prise en charge tant médicale que psychosociale des PVVIH;
- le renforcement de la prise en charge des IST ;
- l'harmonisation des stratégies d'intervention des acteurs et des partenaires engagés dans la riposte;
- la poursuite et le renforcement de la mise en application des « trois principes directeurs » à travers :
  - la revue participative du CSN(2001-2005) actuellement en cours pour déboucher sur un nouveau CSN (2006-2010) doté d'objectifs réalistes et réalisables, d'un budget et de plans opérationnels ;
  - le renforcement institutionnel du SP/CNLS-IST et des SCRLS pour leur permettre d'assurer pleinement et efficacement leurs missions;
  - la dynamisation du fonctionnement du CNLS-IST et la tenue de ses assises ;
  - la poursuite du processus de mise en place du système national unique de suivi-évaluation du VIH/SIDA.
- le renforcement de la surveillance épidémiologique ;
- la réalisation de recherches, d'études et d'enquêtes d'envergure nationale sur le VIH/SIDA et sur les connaissances, attitudes et comportements liés à cette infection ;
- l'opérationnalisation du CRIS ;
- l'augmentation substantielle de l'engagement financier de l'Etat et la mobilisation des ressources conséquentes auprès des opérateurs économiques nationaux et des partenaires au développement pour faire face efficacement aux besoins de la riposte ;
- engagement, en concertation avec tous les partenaires techniques et financiers et la société civile, d'une réflexion sur l'harmonisation et l'allégement des procédures en vue d'améliorer la capacité d'absorption des financements.

## **CHAPITRE V : APPUI NECESSAIRE DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT DANS LE PAYS**

L'appui des partenaires au développement est vivement requis pour les axes prioritaires ci-après :

- Renforcement des capacités techniques, humaines et logistiques du SP/CNLS-IST, des SCRLS, du PNLs et des autres acteurs y compris la société civile;
- Soutien et engagement effectif dans l'application des trois principes directeurs « 3 One's » sous l'angle de la coordination et du suivi-évaluation;
- Appui à l'harmonisation des stratégies d'intervention des acteurs et des partenaires engagés dans la riposte;
- Intensification de la prévention du VIH en s'appuyant sur le document d'orientation politique de l'ONUSIDA en la matière ;
- Renforcement de la prise en charge tant médicale que psychosociale des PVVIH, des enfants rendus orphelins et autres enfants vulnérables ;
- Renforcement de la prise en charge des IST ;
- Appui technique et financier pour la réalisation de recherches, d'études et d'enquêtes d'envergure nationale sur le VIH/SIDA et sur les connaissances, attitudes et comportements liés à cette infection ;
- Revue participative du CSN 2001-2005 ;
- Elaboration et mise en oeuvre du prochain CSN 2006-2010 ;
- Appui à la mise en place du système de panier unique pour une meilleure coordination et synergie dans la mobilisation des ressources et leur utilisation rationnelle dans la riposte au VIH/SIDA;
- Poursuite du processus de mise en place du système unique de suivi et évaluation ;
- Opérationnalisation du CRIS aux niveaux national, régional et périphérique ;
- Soutien à la mobilisation et à l'accès aux ressources techniques et financières intérieures et extérieures (MAP/Banque Mondiale, BAD etc.) ;
- Engagement des mesures et actions d'harmonisation et d'allégement des procédures en vue d'améliorer la capacité d'absorption des financements;
- Soutien à l'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans toutes les actions, stratégies et programmes définies dans le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP)

### **Soutien requis de la part des partenaires oeuvrant pour le développement dans le pays.**

Les efforts du gouvernement et des acteurs privés du Togo ne suffiront pas pour endiguer l'épidémie. L'appui des partenaires internationaux en développement est nécessaire pour renforcer les interventions dans la lutte contre le VIH/SIDA dans des domaines aussi sensibles que la sécurité transfusionnelle, le dépistage, la prise en charge médicale et la formation des intervenants et la lutte contre la pauvreté.

Le Projet conjoint des agences du Système des Nations Unies au Togo et le Fonds Mondial vont certes renforcer les interventions locales dans la lutte contre le VIH/SIDA. Cependant, il est important d'appuyer les activités de suivi/supervision et d'évaluation des activités (formation des formateurs, recyclage et appuis logistiques).

Par ailleurs, les partenaires extérieurs du Togo, en l'occurrence les agences du Système des Nations Unies doivent pouvoir alléger les contraintes procédurales, les responsables nationaux butent souvent contre les règles de procédure de certaines agences.

## **CHAPITRE VI : CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION**

#### **4.1 Vue d'ensemble**

Le système actuel de suivi-évaluation des actions de lutte contre le VIH/SIDA au Togo est marqué par des mécanismes propres aux différents acteurs et partenaires. Il n'y a donc pas encore un Plan National de Suivi-Evaluation (PNSE) budgétisé et opérationnel.

On note également l'inexistence d'un mécanisme opérationnel permettant la transmission des rapports des acteurs et partenaires au SP/CNLS-IST.

De plus le partage par les partenaires et autres organisations des résultats de leurs enquêtes de suivi et d'évaluation n'est pas encore systématique. Cette situation ne permet pas de disposer d'informations fiables pour appréhender régulièrement la situation générale du VIH/SIDA dans le pays et les progrès accomplis dans les efforts de lutte contre cette pandémie.

C'est la mise en oeuvre PNSE qui permettra de formaliser ce mécanisme. A cet effet, l'existence du Groupe Thématique de Suivi-Evaluation évoqué au chapitre II constitue un important atout.

Une unité de suivi et d'évaluation existe bien au SP/CNLS-IST (Division Planification et Suivi-Evaluation). Mais elle demeure embryonnaire et très limitée dans ses moyens et ses capacités techniques, alors qu'elle doit constituer le point central de convergence du système national de suivi et d'évaluation.

Il convient enfin de souligner la quasi-rareté des sessions de formation des acteurs en matière de suivi et d'évaluation.

#### **4.2 Processus en cours**

Le processus d'implémentation d'un système unique de suivi-évaluation démarré avec l'harmonisation en Avril 2005 des indicateurs du programme national sous la coordination du CNLS-IST, n'est pas encore bouclé. Il doit être poursuivi avec l'élaboration, la validation et la mise en oeuvre d'un plan national de suivi-évaluation (PNSE) prenant en compte des mécanismes et stratégies appropriées de collecte, d'analyse, de diffusion et d'utilisation des données.

La mise en place d'un système national d'informations et d'une base nationale de données sur le VIH/SIDA/IST constitue donc un enjeu de l'heure pour le Togo.

L'opérationnalisation envisagée du CRIS aux niveaux national, régional et périphérique s'inscrit dans cette logique. A cet effet, un groupe restreint de responsables en suivi-évaluation ont été formés sur ce logiciel du 29 Août au 02 Septembre 2005 à Lomé par l'ONUSIDA. Cette formation doit être répercutée aux différents niveaux ci-dessus.

#### **4.3 Appuis nécessaires**

Le processus global de développement du système national de suivi-évaluation, en cours dans l'optique de l'application des trois principes directeurs, nécessite un appui tant technique que financier.

Le renforcement institutionnel de l'Unité de Suivi-Evaluation du SP/CNLS-IST (en ressources humaines, en moyens logistiques et financiers, en compétences techniques) constitue une nécessité impérieuse pour la rendre véritablement opérationnelle et lui permettre de jouer pleinement et efficacement son rôle de pièce maîtresse dans le cadre unique de suivi et d'évaluation à l'échelon pays. L'impact d'un tel renforcement serait toutefois limité s'il n'est pas accompagné d'un appui conséquent aux unités de suivi-évaluation à mettre en place au sein des SCRLS, du PNLS et de la société civile.

En ce qui concerne l'opérationnalisation du CRIS, il requiert pour être efficace, un renforcement technique adéquat (vulgarisation du logiciel, organisation, équipement

informatique) aussi bien au niveau de tous les acteurs qu'à tous les niveaux géographiques (national, régional et périphérique).

Le renforcement des capacités techniques des acteurs, par la formation en matière de suivi et évaluation, est tout autant prioritaire pour assurer l'efficacité de fonctionnement de l'ensemble du système national de suivi et d'évaluation de la riposte au VIH/SIDA.

## **ANNEXES**

## **Annexe 1 : Processus de consultation/de préparation pour le rapport national de surveillance du suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA**

Le rapport national 2005 du Togo sur le suivi de la déclaration de l'UNGASS est le produit d'un processus participatif dont les principales étapes ont été les suivantes :

- Mise en place d'un groupe technique restreint dirigé par le Coordonnateur National du SP/du CNLS-IST et comprenant le Directeur du PNLS, le Chef de la Division de la Statistique Etude et Recherche du ministère de la Santé, le Chargé du suivi et évaluation du SP/CNLS, le Chargé du suivi et évaluation ONUSIDA, l'Administrateur VIH/SIDA à l'UNICEF, le Président du Réseau des Associations de Personnes vivant avec le VIH.

Ce groupe s'est chargé d'identifier les personnalités clés à interroger, de coordonner la collecte des données, la saisie, la rédaction du rapport et l'organisation du forum de validation dudit rapport.

- Collecte des données sur les indicateurs relatifs aux actions et engagements nationaux, à l'impact des programmes nationaux qui a été faite au niveau des sites spécifiques soit par interview soit revue des rapports d'activités. Cette collecte a été faite par des personnes ressources provenant du secteur public, du secteur privé et de la société civile (cf. plan de collecte et équipes de collecte)
- Evaluation des indicateurs des connaissances et comportements nationaux par un sondage effectué du 17 au 21 décembre 2005 dans la population urbaine et rurale par l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé.
- Intégration des premières données collectées dans le CRIS, au cours de l'atelier régional organisé conjointement par le Bureau Régional de l'ONUSIDA (Dakar) et le Bureau ONUSIDA/Togo du 06 au 08 décembre à Lomé. Cet atelier a regroupé les représentants des Unités de Suivi et Evaluation des CNLS de 05 pays (Bénin, Burundi, Côte d'Ivoire, Gabon et Togo). Les données collectées par la suite ont été intégrées dans le logiciel par l'Unité de Suivi et Evaluation du SP/CNLS-IST.
- Organisation d'un atelier de validation après la rédaction du rapport par le groupe technique.

Annexe 2

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES PAR TYPE DE QUESTIONNAIRE

<b>A- Indice composite des politiques nationales.</b>			
<b>Partie A : Plan stratégique ; Appui politique ; Prévention ; Soins et Appui ; Suivi et Evaluation ;</b>			
<b>Partie B : Prévention, Soins et Appui.</b>			
<b>N° d'ordre</b>	<b>Nom et Prénoms</b>	<b>Qualification</b>	<b>Structures</b>
1	TAGBA Abi Tchao	Cordonnateur National	SP/CNLS
2	ADOM Wiyaoou Kpao	Directeur	PNLS
<b>B- Indice Composite des politiques nationales Partie B du questionnaire : Droits de la Personne</b>			
<b>N° d'ordre</b>	<b>Nom et Prénoms</b>	<b>Qualification</b>	<b>Structures</b>
1	DZIDZOLI Mawuto	Député; Membre CNDH Coordonnateur du Réseau SIDA à l'Assemblée nationale	Assemblée nationale
2	NIMON Baloukina-Eza	Député; Coordonnatrice Adjointe du Réseau SIDA à l'Assemblée nationale	Assemblée nationale
3	Imam El Hadj MENSAH Kassim	Président par intérim de la CNDH	CNDH
4	Mme KPATCHA TCHAMDJA Kabaiyah	Juge Matrimoniale	Tribunal de Lomé
<b>C- Indice Composite des politiques nationales. Partie B du questionnaire : Participation de la Société Civile</b>			
<b>N° d'ordre</b>	<b>Nom et Prénoms</b>	<b>Qualification</b>	<b>Structures</b>
5	VIDZRAKOU Koffi	Directeur Exécutif Association	ATBEF
6	TSOLENYANU Komi	Président de Réseau	TOCAHSO
7	AFIADEMANYO Rémy	Président Ong	Vivre Mieux
8	SEDOH Blaise	National HIV/AIDS Coordinator	Croix Rouge Togolaise
9	POROSI Makénnibè	Directeur de Réseau	UONGTO
10	ABALO Komi Alex	Directeur d'ONG	Espoir Vie - Togo
11	ANATO Simplicie	Directeur d'ONG	Arc-En-Ciel

### Annexe 3

- Elargissement des partenaires et développement de politiques multisectorielles

#### Résumé de l'appui des partenaires au Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA (1)

Agences	Principales interventions	Coût FCFA	Période	Couverture Géographique.
<b>PLAN – TOGO</b>	Programme en faveur des jeunes	265 414 600		Régions : Centrale et Plateaux
	<b>sous-total PLAN – TOGO</b>	<b>265 414 600</b>		
<b>OMS</b>	Sécurité transfusionnelle	93 756 724	2003-2004	Nationale
	Programme de protection des femmes	13 657 963		
	Renforcement du cadre institutionnel	36 300 000		
	Surveillance épidémiologique	28 050 000		
	Communication en faveur de la population générale	8 250 000		
	Prise en charge des PVVIH	130 485 300		
	Prise en charge des IST	11 000 000		
	Appui à la recherche	64 350 000		
	PTME	37 966 500		
	<b>sous-total OMS</b>	<b>423 816 487</b>		
<b>GTZ</b>	Communication en faveur de la population générale	35 147 365	2003-2004	Dapaong Lomé-Commune Région Centrale
	Marketing social des préservatifs	7 172 000		
	Prise en charge des PVVIH	25 652 263		
	Prise en charge des IST	5 024 296		
	Appui à la recherche	15 000 000		
	Programmes en faveur des migrants	5 973 770		
	<b>sous-total GTZ</b>	<b>93 969 694</b>		
<b>PNUD</b>	Renforcement du cadre institutionnel	104 610 000		Nationale
	Plaidoyer	79 750 000		
	Mobilisation de la société civile	79 706 000		
	Programmes en faveur des jeunes	53 339 000		
	Communication en faveur de la population générale	15 345 000		
	Appui aux activités de suivi et évaluation	52 250 000		
	<b>sous-total PNUD</b>	<b>385 000 000</b>		

**Résumé de l'appui des partenaires au Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA (2)**

<b>Agences</b>	<b>Domaines d'interventions</b>	<b>Coût F CFA</b>	<b>Période</b>	<b>Couverture Géographique</b>
<b>SIDA 3/ACDI</b>	Prise en charge des IST	148 236 800	<b>2002-2006</b>	Régions : Maritime, Lomé Plateaux, Kara, Centrale, Dapaong ;
	Appui à la Surveillance épidémiologique	52 900 000		
	Appui à la recherche	47 500 000		
	Prévention du VIH/SIDA chez les prostituées et leurs clients	198 242 500		
	<b>sous-total SIDA 3/ACDI</b>	<b>446 879 350</b>		
<b>UE</b>	Communication en faveur de la population générale	110 000 000	<b>2002-2006</b>	Lomé Commune 5 Région Maritime National
	Prise en charge des PVVIH	66 000 000		
	Prise en charge des IST	9 350 000		
	Sécurité transfusionnelle	222 750 000		
	Appui à la recherche	25 850 000		
	Programmes en faveur des femmes	119 900 000		
	<b>sous-total UE</b>	<b>553 850 000</b>		
<b>UNFPA</b>	Communication en faveur de la population générale	52 093 800	<b>2002-2006</b>	Régions : Maritime, Plateaux, Kara, Savanes
	Sécurité transfusionnelle	11 000 000		
	Programmes en faveur des jeunes	38 260 750		
	Programmes en faveur des femmes	39 778 750		
	Marketing social des préservatifs	85 800 000		
	<b>sous-total UNFPA</b>	<b>226 933 300</b>		
<b>UNICEF</b>	Appui au cadre institutionnel	8 250 000	<b>2002-2006</b>	Régions : Lomé Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes
	Communication en faveur de la population générale	52 250 000		
	Prise en charge des PVVIH	41 250 000		
	Prise en charge des IST	33 000 000		
	Appui à la recherche	11 000 000		
	Programmes en faveur des jeunes	57 750 000		
	Programmes en faveur des femmes	28 600 000 000		
	PTME	165 000 000		
<b>sous-total UNICEF</b>	<b>26 968 500 000</b>			

Résumé de l'appui des partenaires au Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA (3)

Agences	Domaines d'interventions	Coût F CFA	Période	Couverture Géographique
<b>ONUSIDA</b>	Appui au cadre institutionnel	62 150 000		
	Communication en faveur de la population générale	45 375 000		
	Prise en charge des PVVIH	24 750 000		
	Programmes en faveur des jeunes	16 500 000		
	<b>sous-total ONUSIDA</b>	<b>148 775 000</b>		
<b>Coopération Française</b>	Appui à la Sécurité transfusionnelle (CNTS)	181 000 000	<b>2002 - 2006</b>	National et Lomé Commune
	Appui au Dépistage volontaire du VIH (CCD)	36 000 000		
	Appui aux ONG	40 000 000		
	Manifestations et Communication	31 000 000		
	<b>sous-total Coopération Française</b>	<b>288 000 000</b>		
<b>Fonds Mondial</b>	Marketing social des préservatifs	116 119 183	<b>2003 - 2006</b>	National
	Prise en charge des PVVIH	3 017 154 870		
	Sécurité transfusionnelle	118 904 465		
	Programmes en faveur des jeunes	676 867 192		
	PTME	377 010 225		
	Programme en faveur des prostituées	390 541 750		
	Renforcement des capacités	325 655 675		
	<b>sous-total Fonds Mondial</b>	<b>5 022 134 177</b>		

## **Bibliographie**

Projet SIDA 3, 2003 : Rapport de la 1<sup>ère</sup> enquête de surveillance de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des travailleuses de sexe et de leurs clients partenaires masculins à Lomé, p 25.

Rapport de l'Atelier National sur la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant au Togo, avril 2003.

Population Service International, 2002 : Etude de surveillance de comportements relatifs aux IST/VIH/SIDA dans les Forces Armées Togolaises, 24p.

CNLS, 2001 : Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST 2001-2005, 65p.

URD, Etude CAP jeune 2005

PNLS, 2005 : Rapport d'activités annuelles 2005 du PNLS

CAMEG, 2005 : Rapport d'activités annuelles du CAMEG.

Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, rapport d'activités du noyau SIDA, 2003-2004

Ministère des Enseignements Primaires et Secondaires, rapport d'activités du noyau SIDA, 2003-2004

Centre National de Transfusion Sanguine, rapport d'activités, 2004-2005

## Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) au Togo : les sites fonctionnels en juin 2005

Régions	Sites PTME
Savanes	Hôpital Mango CHR Dapaong PMI Dapaong USP de Nadjodi CMS de Cinkassé
Kara	CHU Kara CHR Tomdè PMI Kara Hôpital de Bassar CMS de Kabou Hôpital de Kantè
Centrale	CHR Sokodé Polyclinique Sokodé Clinique Bon Secours
Plateaux	CHR D'Atakpamé PMI ed'Atakpamé CMS Agbonou CMS Anié USP Gléï USP Akparè Hôpital de Kpalimé PMI de Kpalimé CMS Goudévé
Maritime	CHR de Tsévié PMI de Tsévié Hôpital Adjido Polyclinique Anèho Hôpital de Vogan
Lomé-Commune	District 1 (CSL) District 3 (Hôp. Bè) CHU-Tokoin
<b>Total Pays</b>	<b>31</b>

