

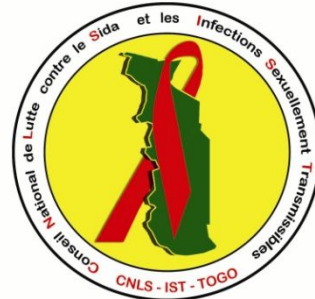
REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

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



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES 2012-2015

Mai 2012

LE SECRETARIAT PERMANENT

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : +228 22 61 62 77 Fax : +228 22 61 62 81
Email : cnls@laposte.tg Site Web : www.cnlstogo.tg

PREFACE

La pandémie du Sida est un grand défi de santé publique et de développement que rencontre notre humanité et particulièrement l'Afrique subsaharienne où les pertes en vies humaines sont de plus en plus élevées surtout dans la tranche d'âge la plus active depuis l'apparition de cette maladie. De même, nos pays enregistrent un nombre sans cesse croissant de personnes vivant avec le VIH, d'orphelins et d'enfants vulnérables.

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

Dans l'organisation de cette riposte, les planifications stratégiques constituent l'un des instruments importants d'intervention et de mobilisation des ressources. Ainsi après la mise en œuvre des deux plans stratégiques précédents, le troisième plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida pour la période 2012-2015 traduit bien la vision du gouvernement en la matière. Ce plan s'articule très bien avec le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et le Plan National de Développement Sanitaire.

Le souci permanent du gouvernement est d'améliorer sans cesse le mieux-être des citoyens afin qu'ils participent activement au développement harmonieux de notre pays pour le grand bénéfice des populations actuelles et des générations futures. Ce qui justifie la vision de ce troisième plan stratégique, celle d'avoir une génération sans nouvelles infections par le VIH avec pour finalité de réduire l'impact du fardeau du SIDA sur les populations et la communauté.

Je demande à l'ensemble du gouvernement, à tous les acteurs des secteurs public et privé, de la société civile et des partenaires au développement de se mobiliser davantage dans la mise en œuvre des interventions de ce Plan Stratégique National afin d'obtenir des résultats décisifs à l'horizon 2015.

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

S.E.M. Faure Essozimna GNASSINGBE
Président de la République,
Président du CNLS-IST

AVANT-PROPOS

Depuis 25 ans, notre pays s'est engagé dans la lutte contre le VIH et le SIDA avec la mise en place d'un cadre institutionnel cohérent et multisectoriel impliquant tous les secteurs de notre pays. Des résultats concrets ont été obtenus avec la réduction des nouvelles infections dans la population et la progression des taux de couvertures dans le domaine de la prise en charge depuis 10 ans.

Cependant beaucoup reste encore à faire afin d'obtenir des résultats décisifs dans notre marche commune vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). C'est pourquoi j'apprécie à sa juste valeur le présent plan stratégique national de lutte contre le VIH et le SIDA 2012-2015.

En effet, ce plan entre dans la vision du gouvernement en matière de développement et de santé publique et cadre très bien avec les autres instruments et documents stratégiques de planification (Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et Plan National de Développement Sanitaire).

Je félicite le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) et les acteurs nationaux qui ont contribué à l'élaboration de ce plan. Le CNLS-IST, après avoir tiré les leçons de la mise en œuvre des précédents plans avec l'appui de tous les partenaires techniques et financiers du Togo, a produit un plan stratégique de troisième génération de qualité qui va servir de cadre unique et de boussole pour tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH et le SIDA dans notre pays pour les quatre prochaines années

J'adresse mes gratitude à tous les partenaires techniques et financiers qui accompagnent le pays depuis le début de cette épidémie. La mise en œuvre du présent plan va se faire dans un contexte international de crise financière, et plus que jamais, le gouvernement aura besoin de tout leur appui afin de nous aider à avancer vers les objectifs de l'accès universel et les OMD.

J'exhorte tous les acteurs de tous les secteurs de notre pays à s'approprier le plan stratégique national. Cette appropriation est indispensable pour une mise en œuvre efficace des interventions afin que nous puissions consolider et amplifier les résultats acquis dans le domaine de la prévention et de la prise en charge en matière du VIH et du sida.

Professeur Charles Kondi AGBA,
Ministre de la Santé,
2^{ème} Vice-président du CNLS-IST

REMERCIEMENTS

Le présent Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le sida 2012-2015 est le résultat d'un long processus et d'une large participation. Ce PSN de 3^{ème} génération a connu au cours de son élaboration, une prise de soin particulière qui a favorisé la programmation parfaite, du moins consensuelle et basée sur les évidences et les réalités sur lesquelles toutes les parties prenantes sont restées en permanence d'accord.

Au terme de ce processus, je tiens à exprimer mes sentiments de gratitude à toutes les personnes physiques et morales qui ont contribué de quelle que façon que ce soit à la réalisation de cet unique document servant de référentiel national en matière de lutte contre le sida.

C'est fort de ce laborieux processus qu'au nom du Chef de l'Etat, Président du Conseil National de Lutte contre le sida et les IST, et du bureau du CNLS-IST, je formule mes sincères remerciements à tous les partenaires nationaux des secteurs public et privé, de la société civile pour leur importante participation à toutes les phases du processus de planification stratégique.

Que les membres du Comité de Pilotage du Processus de Planification Stratégique et ceux du Comité de Coordination du Processus de Planification Stratégique dans leur composition multisectorielle ainsi que les membres du SP/CNLS-IST, les personnes-ressources et consultants nationaux et international y trouvent l'expression de mon satisfecit du fait de leur disponibilité, leur abnégation et leurs conseils durant toute la phase de planification stratégique.

Mes sentiments de reconnaissance s'adressent également aux différents partenaires au développement pour leur accompagnement permanent dans la production de ce document de référence.

Ma gratitude va tout particulièrement à l'ONUSIDA et à l'ensemble du Système des Nations Unies aux bons soins du PNUD, pour leurs apports techniques et financiers en appui aux ressources de l'Etat togolais dans le cadre de ce processus de planification stratégique.

Ces mêmes remerciements vont aux partenaires bilatéraux et multilatéraux qui, de quelque manière que ce soit, ont contribué à la réussite de ce processus.

Je rends un hommage tout particulier au Chef de l'Etat, Son Excellence Faure Essozimna GNASSINGBE, Président du CNLS-IST, pour son leadership, son engagement hors du commun qui ont contribué à rendre disponibles les ressources nécessaires pour la conduite du processus de planification stratégique.

Je souhaite que cette synergie démontrée lors du processus de planification stratégique puisse être maintenue pour faciliter aux Togolaises et aux Togolais l'accès universel aux services de prévention, traitement, soins et appui dans une approche d'équité, genre et droits humains.

Abi Tchao TAGBA,
Coordonnateur National
du Secrétariat Permanent du CNLS-IST

SOMMAIRE

Préface	ii
Avant-propos	iii
Remerciements	iv
Sommaire	v
Liste des tableaux et figures	vi
Sigles et acronymes	vii
Résumé exécutif	1
Introduction	4
CHAPITRE 1 : PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN 2012-2015	5
1.1. Lancement du processus d'élaboration du PSN 2012-2015	6
1.2. Mise en place du dispositif de pilotage du processus	6
1.3. Elaboration du Plan Stratégique National 2012-2015	7
CHAPITRE 2 : GENERALITES SUR LE TOGO	9
2.1. Contexte géographique	10
2.2. Contexte politique, administratif et économique	11
2.3. Contexte démographique et culturel	12
2.4. Contexte législatif et programmatique	12
2.5. Secteurs sociaux prioritaires	14
CHAPITRE 3 : ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU VIH	17
3.1. Analyse de la situation du VIH et du sida	18
3.2. Analyse de la réponse nationale au VIH, au sida et aux IST	26
3.3. Principales faiblesses de la mise en œuvre du PSN 2007-2010	37
3.4. Synthèse des priorités	39
CHAPITRE 4 : ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2012-2015	40
4.1. Vision et principes directeurs	41
4.2. Cadre de résultats du PSN 2012-2015	42
CHAPITRE 5 : CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ET EVALUATION DU PSN 2012-2015	52
5.1. Cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre du PSN 2012-2015	53
5.2. Cadre organisationnel de Suivi et Evaluation du PSN 2012-2015	59
5.3. Gestion des risques	66
CHAPITRE 6 : CADRAGE BUDGETAIRE DU PSN 2012-2015	68
6.1. Mobilisation des ressources	69
6.2. Gestion des ressources	69
6.3. Estimation du coût du PSN 2012-2015	70
6.4. Budget prévisionnel du PSN 2012-2015	71
6.5. Financement du budget du PSN 2012-2015	77
Bibliographie	80
Annexes	81

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition entre milieu rural et milieu urbain de la pauvreté par région.....	11
Tableau 2 : Etat des ressources humaines dans le secteur de la santé au Togo.....	15
Tableau 3 : Répartition des violences basées sur le genre (VBG) en fonction du sexe	23
Tableau 4 : Quelques données d'impact du VIH entre 2006-2009	25
Tableau 5 : Répartition des dépenses par année et par domaines prioritaires.....	35
Tableau 6 : Répartition des dépenses par année et par sources de financement	36
Tableau 7 : Indicateurs et cibles par résultats	62
Tableau 8 : Conditions de succès de la mise en œuvre du PSN 2012-2015.....	66
Tableau 9 : Budget prévisionnel global des interventions du PSN 2012-2015	72
Tableau 10 : Financements disponibles et gap financier	77
Tableau 11 : Situation des contributions des partenaires par rapport au budget du PSN	77
Tableau 12 : Situation des financements disponibles pour la mise en œuvre du PSN 2012-2015.....	78
Tableau 13 : Etat de financement du PSN 2012-2015 par axe stratégique et par année.....	79
Tableau 14 : Répartition des ressources disponibles et du gap à rechercher par axe stratégique.....	79

FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Togo.....	10
Figure 2 : Présentation pyramidale du système sanitaire du Togo	14
Figure 3 : Répartition géographique et par type des formations sanitaires au Togo, 2009 (Source : PNDS 2012-2015)	15
Figure 4 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par région en 2010 (Source : Rapport de surveillance sentinelle, PNLS-IST, 2010).....	18
Figure 5 : Evolution de la prévalence du VIH chez les adultes dans la population générale au Togo entre 1990 et 2010 (Source : EPP/Spectrum 2010).....	19
Figure 6 : Evolution de l'incidence (nouvelles infections) du VIH au Togo entre 1972 et 2015 (Source : EPP/Spectrum 2010).....	19
Figure 7 : Evolution de la sérologie des marqueurs viraux au niveau du CNTS (Source : Rapport d'activités, PNLS-IST, 2010).....	20
Figure 8 : Evolution de la séroprévalence des marqueurs viraux au CRTS de Sokodé entre 2001 et 2010 (Source : Rapport d'activités, PNLS-IST, 2010).....	20
Figure 9 : Tendances évolutives de la distribution de préservatifs par année (Source : SP/CNLS-IST, Rapport de la revue du PSN 2007-2010)	30
Figure 10 : Evolution du nombre des femmes enceintes séropositives qui ont reçu les ARV dans le cadre de la PTME entre 2006 et 2010 (Source : Rapport d'activités du PNLS-IST, 2010)	31
Figure 11 : Evolution de la couverture en traitement par les ARV au Togo de 2007-2010 (Source : Rapport d'activités du PNLS-IST, 2010).....	34
Figure 12 : Liens dynamiques entre le SP/CNLS-IST et les autres parties prenantes à la réponse nationale	55
Figure 13 : Fluxogramme des données/informations.....	61
Figure 14 : Répartition du budget global par axe stratégique	73
Figure 15 : Répartition du budget par axe et par an	73
Figure 16 : Répartition du budget de l'axe 1 (Prévention).....	74
Figure 17 : Affectation des ressources de « Prévention » par population bénéficiaire	74
Figure 18 : Affectation des ressources de « Prévention » par prestations de services.....	75
Figure 19 : Répartition du budget de l'axe 2	75
Figure 20 : Répartition du budget de l'axe 3	76
Figure 21 : Situation du financement du PSN 2012-2015.....	77

SIGLES ET ACRONYMES

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

RESUME EXECUTIF

Avec une prévalence du VIH de 3,2 % dans la population générale, le Togo a toujours une épidémie de type généralisé et le sida reste un problème majeur de santé publique et de développement dans le pays.

Le gouvernement a pris la mesure du problème par la mise en place du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST). Depuis 2001, le CNLS-IST est à son troisième plan national stratégique de lutte contre le sida. Prenant en compte tous les enseignements tirés de la revue des interventions du plan stratégique 2007-2010, le CNLS-IST a élaboré un nouveau Plan Stratégique National 2012-2015 dans une démarche inclusive et participative avec les principaux acteurs de tous les secteurs impliqués dans la riposte nationale.

Le Plan Stratégique 2012-2015 fait partie intégrante des mécanismes nationaux de planification pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il sera intégré au DSRP II. Pour l'essentiel, ce plan repose sur les recommandations de la Déclaration d'Abuja, la Déclaration d'Engagement et les réunions de Haut Niveau des Nations Unies sur le VIH et 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 faut signaler que ce plan stratégique a été élaboré dans un contexte et un environnement de crise financière exacerbée dans le monde et avec un impact important sur le niveau de financement dans les pays à ressources limitées.

Avec pour vision de *parvenir à un Togo sans nouvelles infections à VIH et atténuer l'impact du sida sur la population en général et en particulier les groupes hautement vulnérables afin qu'elles contribuent au développement socio-économique*, le présent Plan Stratégique National a pour but d'offrir au plus grand nombre de Togolaises et de Togolais, les services de prévention, de traitement, de soins et d'appui adéquats. Les principes directeurs transversaux dans la mise en œuvre de ce plan sont : la décentralisation, la prise en compte du genre et les droits humains.

Après une analyse de la situation de l'épidémie et de la réponse, le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST a retenu les axes stratégiques prioritaires suivants pour la période 2012-2015 : *i) renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST ; ii) intensification de la prise en charge globale ; iii) renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse.*

Axe stratégique 1 : Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST

La prévention reste une stratégie majeure dans la mise œuvre du plan avec des résultats mesurables d'ici 2015. L'impact attendu est la réduction de 50 % des nouvelles infections en 2015.

Les populations prioritaires ciblées par cet axe sont les groupes à haut risque (professionnelles de sexe et les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes, les prisonniers, les usagers de drogues par voie intraveineuse) et les groupes vulnérables constitués de corps habillés, de transporteurs/routiers, des jeunes et des femmes.

Ainsi, les produits et les services offerts dans cet axe permettront d'avoir les principaux effets suivants :

- 90 % des professionnels de sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, de la population carcérale et des usagers de drogues intraveineuses adoptent des comportements à moindre risque ;
- 90 % des hommes et femmes en uniformes (forces de l'ordre et de sécurité), des transporteurs routiers et des migrants adoptent des comportements à moindre risque ;

- 90 % des jeunes (scolaires et extrascolaires, ruraux) adoptent des comportements à moindre risque ;
- 80 % des femmes de 15-49 ans adoptent des comportements à moindre risque ;
- 80 % des femmes séropositives adoptent une méthode de planification ;
- 95 % des femmes enceintes séropositives reçoivent le traitement ARV pour leur santé et pour réduire la transmission du VIH à leurs enfants ;
- 90 % des couples mère-enfants issus de la PTME vont en consultations post-natales au cours des 18 mois suivant l'accouchement ;
- La sécurité transfusionnelle est assurée à 100% et 90% de professionnels de santé adoptent des mesures de prévention contre les accidents exposant au sang.

Axe stratégique 2 : Intensification de la prise en charge globale

La prise en charge globale des PVVIH est un impératif et ce plan permettra de rapprocher les services de la population dans le cadre de la décentralisation.

L'impact attendu d'ici 2015 porte sur l'amélioration de la survie des personnes infectées et affectées (adultes, adolescents, enfants) par le VIH.

Les services offerts vont produire quatre principaux effets :

- 80 % des PVVIH bénéficient de suivi pour les soins chroniques ;
- Au moins 80 % des PVVIH éligibles sont sous traitement antirétroviraux (ARV) ;
- Au moins 95 % de la population expriment des attitudes d'acceptation envers les PVVIH ;
- La situation socio-économique d'au moins 80% des PVVIH qui ont besoin d'une assistance est améliorée.

Axe stratégique 3 : renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse

Pour une mise en œuvre efficace de ce plan stratégique dans le contexte économique difficile, le renforcement de la gouvernance est indispensable.

L'impact attendu en 2015 consiste à rendre harmonieuse et performante la gouvernance de la réponse nationale.

Les principaux effets attendus de ce troisième axe sont :

- Les organes de coordination à tous les niveaux (central, décentralisé et sectoriel) assurent efficacement leur leadership ;
- Les parties prenantes participent à la réponse nationale et utilisent de façon optimale les ressources pour offrir les services de qualité ;
- Tous les acteurs utilisent en temps réel l'information stratégique pour orienter leurs interventions ;
- Les partenaires techniques et financiers s'alignent et harmonisent leurs procédures et contribuent efficacement à la réponse nationale ;
- L'environnement sociopolitique et légal est favorable à l'amélioration de l'accès de services pour les populations qui en ont besoin.

En outre, pour assurer l'efficacité de la mise en œuvre de ce plan stratégique de troisième génération, le CNLS-IST va renforcer ses structures et mécanismes de coordination. Ainsi, le CNLS-IST va faire élaborer les plans opérationnels et tous les secteurs auront leurs plans d'actions annuels.

La performance de la mise en œuvre du plan sera appréciée par la collecte régulière des données intégrant le niveau communautaire et les données de tous les secteurs dans le cadre d'un plan national de suivi et évaluation renforcé. Afin de mesurer l'impact des interventions, la

surveillance épidémiologique sera renforcée (surveillance de routine et enquêtes y compris une enquête démographique et de santé).

Le budget global du plan stratégique national 2012-2015 s'élève à cent quarante-un milliards trois cent vingt huit millions trois cent soixante neuf mille cent vingt (**141 328 369 120**) francs **FCFA**, soit **300 698 658 dollars US** dont :

- **27 556 225 684 FCFA (19 %)** pour l'axe 1 « *Renforcement de la prévention du VIH* » ;
- **72 997 576 607 FCFA (52 %)** pour l'axe 2 « *Intensification de la prise en charge globale* » ;
- **40 774 566 829 FCFA (29 %)** pour l'axe 3 « *Renforcement de la gouvernance et de la gestion de la réponse* ».

Les ressources financières seront mobilisées en interne (Gouvernement, secteur privé, ménages) d'une part, et auprès des partenaires en développement, d'autre part. La gestion des ressources mobilisées respectera d'une part, les priorités définies dans le PSN et les plans opérationnels, et d'autre part, les principes de transparence et de bonne gouvernance.

INTRODUCTION

L'épidémie du VIH est depuis plus de 20 ans, un véritable problème de santé publique et de développement au Togo. Pour répondre plus efficacement aux défis posés par celle-ci, le gouvernement a mis en place le Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST) en 2001. En 10 ans, le CNLS-IST, dans son rôle de coordination de la réponse multisectorielle, a élaboré et mis en œuvre deux plans stratégiques de lutte contre le sida.

La revue conjointe du dernier plan stratégique 2007-2010 a permis aux acteurs nationaux et aux partenaires techniques et financiers de noter les progrès réalisés en terme d'offre de services dans les domaines de la prévention et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Cette revue a aussi documenté les faiblesses, les contraintes et les gaps programmatiques à combler dans le cadre de l'accès universel. En effet, la prévalence du VIH, quoique stable depuis 2006, reste toujours élevée (3,2 %) et le taux de couverture des principales cibles prioritaires en matière d'offre de services reste faible.

Ainsi tirant des leçons de façon consensuelle de l'analyse de la situation du VIH et de la réponse nationale, le CNLS-IST, dans une démarche très inclusive, avec la participation active des acteurs de tous les secteurs (public, privé, société civile) et avec le soutien des partenaires au développement, a élaboré le Plan Stratégique National de lutte contre le sida et les IST 2012-2015. Ce plan stratégique, de troisième génération, est arrimé aux priorités nationales en matière de développement (Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté) et de la santé (Plan National de Développement Sanitaire). Il est aussi en harmonie avec tous les engagements internationaux et nationaux dans les domaines du VIH, de la santé, des droits humains et du genre.

Le Plan Stratégique National 2012-2015 est innovant sur certains points : i) dans le domaine de la prévention, la priorité est accordée aux populations les plus vulnérables qui ont un impact important dans la dynamique de notre épidémie (professionnels de sexe et autres minorités) ; ii) l'impact et les effets des interventions sont clairement définis et mesurables ; iii) un changement a été apporté à l'organigramme du CNLS-IST de manière à l'adapter à la nouvelle donne afin de lui permettre d'assurer pleinement et efficacement son leadership dans la coordination de la réponse nationale.

Le Plan Stratégique National 2012-2015 a fixé les grandes orientations stratégiques avec la quantification des besoins afin d'infléchir durablement l'évolution de l'épidémie du VIH dans le pays. Malgré le contexte économique difficile, ce plan constitue un cadre programmatique important dans la marche du Togo vers l'atteinte des objectifs de l'Accès Universel et des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015.

CHAPITRE 1
PROCESSUS D'ELABORATION
DU PSN 2012-2015

Le processus d'élaboration du Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le sida et les IST du Togo pour la période 2012-2015, s'est déroulé d'avril 2011 à mai 2012 sous la coordination du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (SP/CNLS-IST).

Il s'est agi d'un processus participatif qui a impliqué toutes les parties prenantes à la réponse nationale, notamment les secteurs public et privé, les organisations de la société civile et les partenaires techniques et financiers aussi bien bilatéraux que multilatéraux.

Ce processus comporte trois grandes phases : le lancement, la mise en place du dispositif de pilotage¹ et l'élaboration du PSN².

1.1. LANCEMENT DU PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN 2012-2015

Le processus d'élaboration du Plan Stratégique National (PSN) 2012-2015 a été lancé officiellement par le Ministre de la Santé, 2^{ème} Vice-président du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST), le 15 avril 2011 à Lomé au cours de l'atelier national de validation du rapport de la revue du PSN 2007-2010.

1.2. MISE EN PLACE DU DISPOSITIF DE PILOTAGE DU PROCESSUS

Par arrêté n° 2011-022/PRMT du 22 août 2011 du Premier Ministre, Premier Vice-président du CNLS-IST, il a été mis en place deux (2) organes à savoir : le Comité Multisectoriel de Pilotage de la Planification Stratégique (CMPPS) et la Cellule de Coordination de la Planification Stratégique (CCPS).

1.2.1. Comité Multisectoriel de Pilotage de la Planification Stratégique (CMPPS)

Le Comité Multisectoriel de Pilotage de la Planification Stratégique (CMPPS) est l'organe d'orientation et de décision chargé de la gestion et du suivi de toutes les étapes du processus de la planification stratégique. Il est composé de dix-huit (18) membres issus des secteurs public et privé, des organisations de la société civile et des institutions partenaires au développement. Il est placé sous la présidence du Coordonnateur Général des Programmes Gouvernement / Système des Nations Unies, cadre du Ministère délégué auprès de la Présidence de la République, chargé de la Planification et de l'Aménagement du Territoire.

1.2.2. Cellule de Coordination de la Planification Stratégique (CCPS)

La Cellule de Coordination de la Planification Stratégique (CCPS) est l'organe technique de coordination du processus. Sous l'autorité du Comité Multisectoriel de Pilotage, elle assure entre autres : *i) le suivi et la mise en application des décisions du Comité, ii) l'élaboration des termes de référence des consultants et des différentes étapes, iii) la préparation des différents ateliers et réunions de travail, iv) la supervision et la coordination des travaux des groupes thématiques* jusqu'à la production du document provisoire de PSN 2012-2015 à soumettre au Comité Multisectoriel de Pilotage.

Cette cellule est composée de 11 membres provenant du Secrétariat Permanent du CNLS-IST, du PNLS, de la société civile et de l'ONUSIDA.

Par ailleurs, un consultant international coach a été recruté avec l'appui de l'ONUSIDA pour accompagner le processus dans sa phase de rédaction.

¹ Arrêté n° 2011-022/PRMT du 22 août 2011 (annexe 1)

² Liste des personnes impliquées dans l'élaboration du PSN 2012-2015 (annexe 2)

1.3. ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2012-2015

L'élaboration du PSN 2012-2015 a été marquée par une série d'étapes successives.

1.3.1. Renforcement des capacités des membres de l'équipe de rédaction

Quatre (4) membres de la Cellule de Coordination de la Planification Stratégique ont été formés à la planification axée sur les résultats et à l'élaboration des plans stratégiques de 3^{ème} génération au CESAG à Dakar du 24 janvier au 5 février 2011. Ces derniers ont, au cours d'un atelier de deux (2) jours, formé les autres membres de la Cellule de Coordination.

Auparavant, deux autres membres de ladite Cellule avaient pris part en mars 2010 au CESAG, à une session de formation relative à la budgétisation des plans stratégiques basée sur l'outil RNM³ validé.

1.3.2. Analyse de la situation de l'épidémie et de la réponse nationale

Cette étape qui a duré de juin à août 2011, a consisté d'une part, en la synthèse des résultats du rapport de la revue du PSN 2007-2010 et en une analyse approfondie sur la connaissance de la situation de l'épidémie et de la réponse au VIH, d'autre part. Elle a été réalisée par les membres de la Cellule de Coordination de la Planification Stratégique avec l'appui d'autres personnes ressources.

Le rapport issu de cet exercice a été consolidé et validé lors d'un atelier national tenu du 21 au 27 août 2011. Cet atelier a regroupé une cinquantaine d'acteurs provenant de tous les secteurs impliqués dans la réponse nationale y compris les chefs programmes des agences du Système des Nations Unies.

1.3.3. Définition des priorités, de la vision et des principes directeurs

Lors de l'atelier national de validation de l'analyse de la situation de l'épidémie et de la réponse nationale (21 au 27 août 2011), les priorités, la vision, et les principes directeurs du PSN 2012-2015 ont été définis. Les priorités sont regroupées en cinq (5) axes stratégiques : *i) la prévention, ii) la prise en charge globale, iii) les droits humains et le genre, iv) le suivi et évaluation et v) la gouvernance.*

Au fur et à mesure du processus, les questions relatives aux droits humains et au genre ayant été identifiées comme transversales, elles ont été prises en compte dans les axes stratégiques de la prévention et de la prise en charge globale. En outre, le suivi et évaluation étant une composante des « *Trois principes directeurs* », il a été intégré à l'axe relatif à la gouvernance. Après cette réorganisation, trois (3) axes stratégiques ont été finalement retenus à savoir : *i) le renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST, ii) l'intensification de la prise en charge globale et iii) le renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse.*

1.3.4. Définition des cibles à atteindre en 2015 et préparation de l'atelier de rédaction

La définition des cibles à atteindre en 2015 a fait l'objet d'un atelier restreint de quatre (4) jours (du 2 au 6 novembre 2011). Cet atelier a regroupé environ une dizaine de participants essentiellement membres de la Cellule de Coordination. Sur la base du rapport de l'analyse de la situation et de la réponse, ceux-ci se sont attelés à améliorer considérablement le projet de cadre de résultats précédemment élaboré par les experts nationaux en planification stratégique axée sur les résultats. Pour chaque axe stratégique, les résultats d'impacts, d'effets et de produits ont été reformulés et adoptés. De même, les cibles à atteindre en 2015 par priorité à travers les résultats d'effets et de produits ont été fixées à partir des estimations qui ont pris en considération la situation de départ (données de base) issue de l'analyse de la situation et de la réponse.

³ RNM (Resource Needs Model) est un outil de calcul des coûts développé par Futures Institute en collaboration avec l'ONUSIDA

1.3.5. Harmonisation des cibles

Une semaine après la définition des cibles, un atelier d'harmonisation des cibles de quatre (4) jours tenu du 15 au 18 novembre 2011 à Kpalimé a regroupé environ quarante (40) participants. Il s'agit des représentants des différents programmes impliqués dans la lutte et qui proviennent des secteurs public et privé, des organisations de la société civile ainsi que des partenaires techniques et financiers.

Sous la responsabilité de la Cellule de Coordination de la Planification Stratégique, cet atelier a consisté à : i) **compléter les cibles** des effets et produits formulés (en termes de données de base et cibles finales), ii) **amender et compléter les stratégies** ou interventions en relation avec les produits formulés et iii) **identifier les éléments de coût** nécessaires pour la budgétisation.

Les travaux de groupes par axe stratégique et par priorité ainsi que les séances plénières ont permis d'atteindre ces objectifs.

1.3.6. Rédaction du premier draft du Plan Stratégique National 2012-2015

La rédaction du premier draft du PSN a eu lieu au cours d'un atelier résidentiel de vingt deux (22) jours (du 24 novembre au 16 décembre 2011). Cette étape a vu la participation de certains membres de la Cellule de Coordination et de quelques personnes ressources. A cette étape, l'équipe a été renforcée avec l'arrivée d'un consultant international.

Cet atelier a permis d'améliorer le cadre de résultats et a abouti à la première version du Plan Stratégique National de Lutte contre le sida et les IST 2012-2015.

1.3.7. Validation du Plan Stratégique National 2012-2015

La première version du PSN 2012-2015 issue de l'atelier de rédaction et appréciée par le Comité Multisectoriel de Pilotage, a d'abord fait l'objet de partage au cours des ateliers sectoriels avec les différents acteurs impliqués dans la lutte en vue de recueillir leurs observations et amendements. Ensuite, une séance de consolidation de deux jours a permis d'intégrer les observations et amendements recueillis.

Enfin, un atelier national de validation d'une journée a été organisé le 11 mai 2012 à l'Hôtel Mercure Sarakawa. Cet atelier multisectoriel a regroupé plus d'une centaine d'acteurs de la réponse nationale aussi bien du niveau central que des niveaux décentralisés (régions). Il s'agit des représentants des secteurs public et privé, des organisations de la société civile, des partenaires techniques et financiers, des personnes vivant avec le VIH. Cet atelier a été l'occasion pour tous les acteurs de marquer leur adhésion au contenu du PSN 2012-2015.

CHAPITRE 2

GENERALITES SUR LE TOGO

2.1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE

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

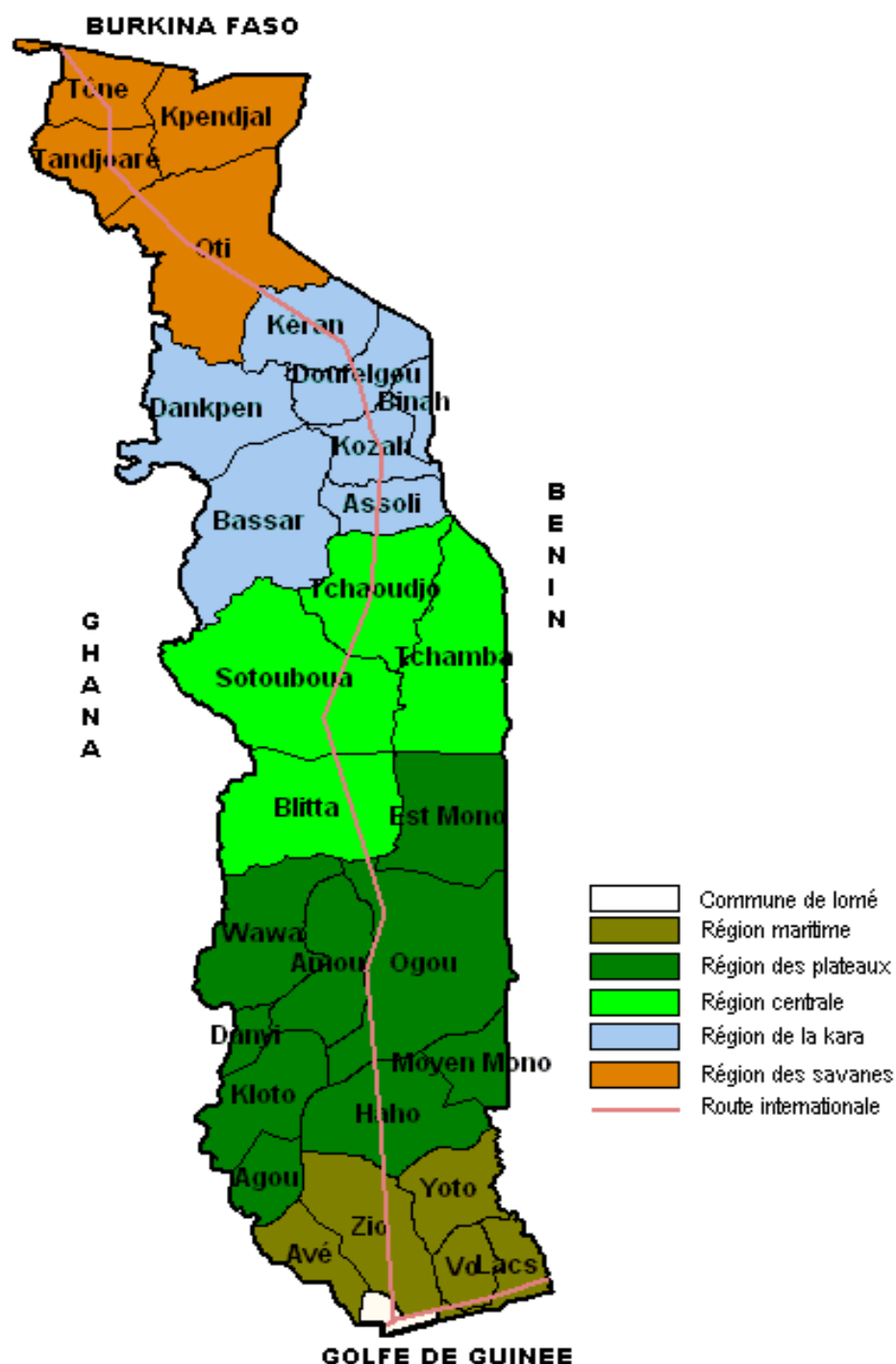


Figure 1 : Carte administrative du Togo

2.2. CONTEXTE POLITIQUE, ADMINISTRATIF ET ECONOMIQUE

2.2.1 Organisation politique et administrative

Depuis 2006, d'importantes réformes politiques ont été entreprises et ont permis la normalisation des relations avec les principaux partenaires au développement.

Le Togo compte cinq régions administratives (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime), 35 préfectures, 1 sous-préfecture. Lomé, la capitale, est subdivisé en 5 arrondissements administratifs.

2.2.2. Aperçu économique et social

La situation économique du Togo reste encore fragile. En effet, le revenu par tête d'habitant était de 410 USD en 2008 contre 818 USD en moyenne pour les pays de l'Afrique subsaharienne.

Le contexte social est marqué par une incidence élevée de la pauvreté au sein de la population togolaise. L'incidence a été estimée à 61,7 % en 2006 sur le plan national, avec d'importantes disparités selon les milieux de résidence. En effet, selon les résultats de l'enquête QUIBB⁴ réalisée en 2006, la pauvreté est essentiellement rurale (79,7 % de la population rurale vivant en dessous du seuil de pauvreté contre 36,4 % pour les zones urbaines). On note aussi une extrême vulnérabilité des individus à la pauvreté (taux de vulnérabilité estimé à 81,2 % en 2006).

Les données de l'enquête QUIBB 2006, montrent également que l'incidence de la pauvreté est beaucoup plus marquée dans les régions Centrale, de la Kara et des Savanes (tableau 1). Elle touche 84,5 % de la population, soit 73,1 % des ménages dans la région Centrale ; 81,8 % de la population, soit 71,3 % des ménages dans la région de la Kara ; 94,3 % des individus, soit 87,4 % des ménages dans la région des Savanes qui demeure la région où l'incidence est la plus élevée au Togo.

Tableau 1 : Répartition entre milieu rural et milieu urbain de la pauvreté par région

Incidence de la pauvreté monétaire par milieux de résidence selon les régions (en %)							
	Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	National
Milieu urbain	24,5	54,3	36,5	60,2	60,9	76,8	36,6
Milieu rural	-	71,1	60,2	84,0	80,0	92,4	74,3
Ensemble	24,5	69,4	56,2	77,7	75,0	90,5	61,7

Source: Enquête QUIBB, 2006

Par ailleurs, la faiblesse des niveaux d'instruction et l'analphabétisme des femmes en âge de procréer poussent à la précocité de l'entrée en union et à la grande multiparité, favorisant ainsi la persistance d'autres pratiques traditionnelles qui sont défavorables à la santé. Enfin, la pauvreté figure parmi les principaux déterminants de la croissance rapide de la pandémie de l'infection à VIH car, entre autres, elle force de nombreuses personnes, notamment les jeunes femmes et les filles dans le besoin, à adopter des comportements à risque comme la prostitution.

La principale conséquence qui découle de ce qui précède est la faible probabilité d'atteindre la plupart des OMD à l'horizon 2015 si les tendances actuelles se maintiennent.

Toutefois, grâce aux efforts que réalise le gouvernement, des signes encourageants ont été enregistrés : le taux de croissance économique a atteint 3,7 % et 4,1 % respectivement en 2010 et en 2011 (supérieur au taux de croissance démographique de 2,5 % l'an sur la période), ce qui est un indicateur de la reprise économique.

⁴ QUIBB : Questionnaire Unique pour les Indicateurs de Bien-être de Base

Par ailleurs, après avoir atteint le point de décision de l'Initiative PPTE en novembre 2008, le Togo a atteint le point d'achèvement en décembre 2010, ce qui lui a permis de bénéficier d'une annulation d'environ 95 % de l'encours de sa dette extérieure grâce à l'effet cumulé de l'initiative PPTE et de l'Initiative pour l'Allègement de la Dette Multilatérale (IADM).

Cette annulation a amélioré la capacité d'endettement du pays ouvrant ainsi la voie à de nouvelles ressources multilatérales et bilatérales qui sont essentielles pour financer la stratégie de réduction de la pauvreté.

2.3. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET CULTUREL

Selon les résultats du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de novembre 2010, la population du Togo est évaluée à 6 191 155 habitants dont 3 009 095 hommes (48,6 %) et 3 182 060 femmes (51,4 %) parmi lesquelles 1 545 933 soit 25 % sont en âge de procréer (15 à 49 ans). Les caractéristiques de cette population sont : une prépondérance des moins de 25 ans (environ 60 %) dont 18,6 % des jeunes de 15 à 24 ans, une croissance démographique de 2,84 % par an, une forte concentration dans la Région Maritime (41,7 %) et un indice synthétique de fécondité (ISF) élevé (4,1 enfants/femme).

Les caractéristiques de la population togolaise posent d'énormes défis pour l'offre de services en matière de santé, de scolarisation, de création d'emplois, d'hygiène et d'assainissement.

Environ 54 % des femmes mariées sont dans une union polygame ; 56,9 % de la population sont alphabétisés avec des disparités entre le milieu urbain (70,8 %) et rural (41,5 %). Les pratiques socioculturelles telles que le lévirat et le sororat persistent.

2.4. CONTEXTE LEGISLATIF ET PROGRAMMATIQUE

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de la IV^{ème} République Togolaise du 14 octobre 1992 qui dispose en son article 34 que « *l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir* ».

2.4.1. Engagements internationaux

Le Togo a souscrit à plusieurs engagements internationaux relatifs aux droits humains et à ceux spécifiques à la santé et au VIH tels que :

- la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida issue de la Session Spéciale des Nations Unies sur le Sida (UNGASS) en 2001 et la Déclaration de Politique sur le VIH/sida de 2006 ;
- la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement ;
- la Déclaration de Maputo (Mozambique 2006) sur l'Année d'Accélération de la Prévention dans la Région africaine ;
- la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;
- la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF) ;
- la Convention sur les Droits de l'Enfant ;
- la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples ;
- la Déclaration du Millénaire relative à l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement par l'ONU pour 2015, New York, 2000 ;
- la Déclaration d'Abuja de 2001 par laquelle les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA s'engagent à porter le budget de la santé à au moins 15 % du budget des Etats ;
- les Priorités du Programme Mondial d'Action Sanitaire, OMS 2006-2015 ;
- le Partenariat International pour la Santé et initiatives apparentées (IHP+) en septembre 2007 ;
- l'Initiative Africaine pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Addis-Abeba, Ethiopie, mai 2009 ;
- et les Orientations stratégiques 2010-2015, Région Africaine de l'OMS.

2.4.2. Textes législatifs nationaux

Le Togo a pris des textes en faveur de l'amélioration de la santé des populations et de la lutte contre le sida notamment :

- la loi n° 2010-018 du 31 décembre 2010 modifiant la loi N°2005-012 portant protection des personnes en matière du VIH et du sida au Togo ;
- la loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction ;
- la loi n° 2011-003 de mars 2011 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés ;
- l'ordonnance n° 80-16 du 31 janvier 1980 portant Code Togolais des Personnes et de la Famille ;
- la loi N°2006- du 5 décembre 2006 portant Code du Travail.

2.4.3. Documents de politiques et stratégies

Au plan international, le Togo a adhéré à différents documents de politiques et stratégies tels que :

- Déclaration de politique à la réunion de haut niveau de juin 2011 « *unir nos efforts pour éliminer le VIH et le sida* » ;
- Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 « les 3 zéros » ;
- Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Plan Stratégique Régional de la CEDEAO 2012-2016

Aussi, au plan national, le Togo a-t-il adopté plusieurs documents de politiques et stratégies à savoir :

- le Document complet de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-C) 2009-2011 ;
- la politique nationale des interventions à base communautaire ;
- la politique et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles, 2009 ;
- la stratégie nationale de l'Accès Universel aux services de traitement, soins et appui ;
- la stratégie nationale de développement à long terme basée sur les OMD ;
- le plan stratégique de développement du système transfusionnel Togolais 2010-2014 ;
- la stratégie nationale de passage à échelle des services pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Togo ;
- la politique nationale pour l'équité et l'égalité de genre du Togo ;.

En dehors de ces documents, d'autres initiatives ont été prises telles que :

- la gratuité des ARV pour les PVVIH décrétée le 17 novembre 2008 ;
- la subvention de la césarienne depuis mai 2011.

2.5. SECTEURS SOCIAUX PRIORITAIRES

Les secteurs santé, éducation et formation professionnelle sont identifiés comme secteurs sociaux prioritaires au Togo.

2.5.1. Secteur santé

2.5.1.1. Organisation administrative du système de santé

Le système de santé du Togo se présente sous la forme d'une pyramide à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique :

- Le **niveau central** (sommet de la pyramide) est représenté par le Cabinet du ministère, la Direction Générale de la Santé (DGS) et ses cinq directions centrales avec leurs divisions et services, ainsi que les institutions de santé à portée nationale. C'est le niveau d'organisation et de décision.
- Le **niveau intermédiaire** comprend 6 Directions Régionales de la Santé (DRS). C'est le niveau d'appui et de coordination.
- Le **niveau périphérique** (base de la pyramide) est représenté par les districts sanitaires qui constituent le niveau opérationnel. L'administration des districts sanitaires est assurée par les 35 Directions Préfectorales de la Santé (DPS) et 5 Directions de District Sanitaire (DDS) à Lomé.

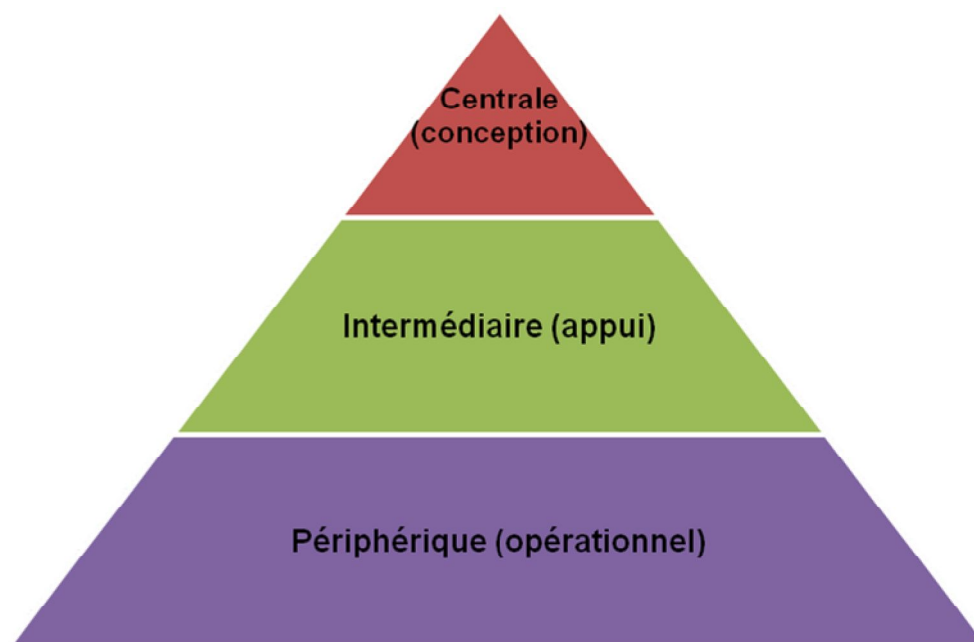


Figure 2 : Présentation pyramidale du système sanitaire du Togo

Chaque niveau a ses attributions. Cependant, il convient de noter que l'audit organisationnel du ministère de la santé effectué en 2009 a révélé une organisation inadéquate de l'administration sanitaire au regard des défis à relever face aux OMD notamment en matière de santé.

Pour y remédier, un nouvel organigramme avec une définition des missions visant à renforcer le leadership et la gouvernance institutionnelle du ministère de la santé est en gestation.

2.5.1.2. Organisation des structures de soins

Le système de prestations de soins est également organisé en trois niveaux de soins correspondant à l'organisation administrative décrite ci-dessus.

Le Togo compte 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) dont 2 à Lomé et 1 à Kara, 6 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) soit un (1) par région sanitaire, 35 hôpitaux de districts publics et 9 hôpitaux et 16 cliniques privées agréées. On recense également 730 Unités de Soins Périphériques (USP) dont 251 Centres Médicaux Sociaux (CMS) et Cabinets privés. Au total, selon le document des « Principaux Indicateurs de santé de 2009 », le Togo compte au total 789 formations sanitaires conformes aux normes tous secteurs et toutes catégories confondus.

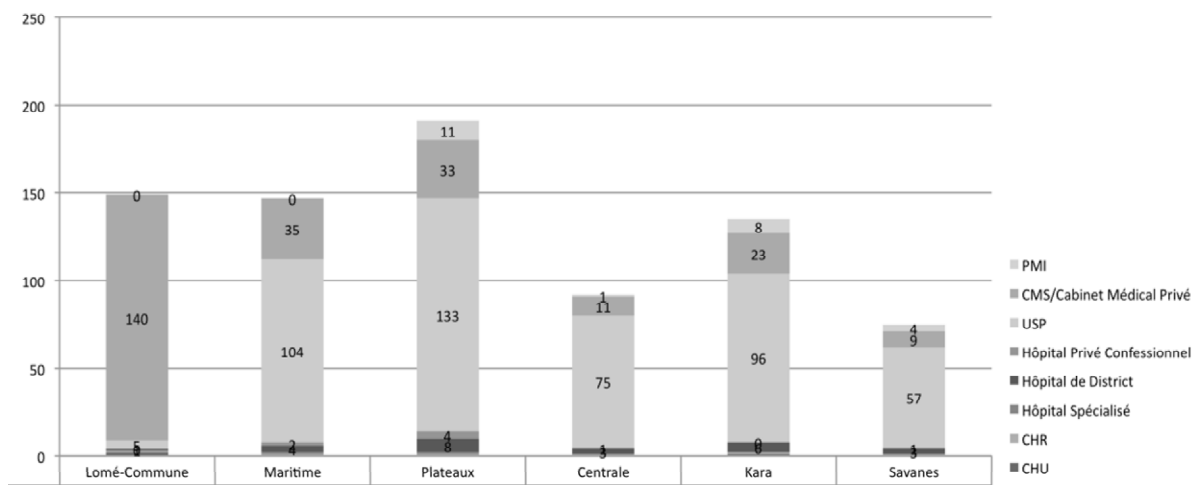


Figure 3 : Répartition géographique et par type des formations sanitaires au Togo, 2009
(Source : PNDS 2012-2015)

2.5.1.3. Situation des ressources humaines

Selon le PNDS 2012-2015, la situation des ressources humaines du secteur de la santé au Togo se caractérise par une pénurie de personnel de santé qualifié (même si les effectifs sont déjà supérieurs aux normes minimales de l'OMS pour certaines catégories) et surtout une répartition géographique extrêmement inéquitable.

Tableau 2 : Etat des ressources humaines dans le secteur de la santé au Togo

PRINCIPAUX PRESTATAIRES DE SOINS	Nombre actuel de RHS			
	Secteur public	Secteur privé	Total	Ratio pour 10.000 habitants
Médecins	414	190	604	1,0
Infirmiers et assimilés	1 810	384	2 194	3,8
Sages-femmes/assistantes accoucheuses	801	113	914	1,6
Total	3025	687	3 712	6,5

Source : PNDS 2012-2015

2.5.2. Secteur Education et Formation Professionnelle

Le système éducatif togolais est caractérisé par trois types d'enseignement : l'enseignement général, l'enseignement technique et l'enseignement supérieur.

2.5.2.1. Enseignement Général

L'enseignement général comprend le préscolaire, le primaire et le secondaire.

On dénombre dans l'enseignement primaire 28 003 enseignants (préscolaire compris) et 1 051 872 élèves répartis dans 6 126 établissements.

Le premier cycle de l'enseignement secondaire compte 1 247 Collèges d'Enseignement Général (CEG), avec 5 650 salles de classes et 329 432 élèves. 32,1 % de l'effectif total, soit 105 836 sont concentrés à Lomé. Au second cycle, l'on dénombre 204 lycées.

Au total, l'enseignement général compte 37 237 enseignants dont 75,20 % pour le préscolaire et le primaire ; 20,33 % pour le premier cycle du secondaire et 4,47 % pour le second cycle du secondaire.

2.5.2.2. Enseignement Technique et Formation Professionnelle

Le secteur de l'enseignement technique et de la formation professionnelle comporte deux niveaux : l'enseignement secondaire et l'enseignement supérieur.

L'enseignement technique et professionnel compte 1 723 enseignants, 20 987 élèves (dont 11 759 dans la préfecture du Golfe y compris Lomé-commune) répartis dans 269 établissements (221 établissements secondaires dont 15 publics ; 48 établissements d'enseignement supérieur dont 3 publics et 45 privés). Les 269 établissements sont fortement concentrés dans la préfecture du Golfe y compris Lomé-commune.

2.5.2.3. Enseignement Supérieur

L'enseignement supérieur couvre deux universités publiques (les Universités de Lomé et de Kara), l'Ecole Normale Supérieure d'Atakpamé (pour la formation des enseignants du collège d'enseignement général), l'Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest – Unité Universitaire du Togo (UCAO-UUT), et environ 35 grandes écoles et instituts privés d'enseignement supérieur.

On dénombre dans les deux universités publiques plus de 60 000 étudiants, 625 enseignants et 1 655 agents du personnel administratif toutes catégories confondues.

CHAPITRE 3

ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU VIH

3.1. ANALYSE DE LA SITUATION DU VIH ET DU SIDA

L'analyse de la situation du VIH et du sida concerne l'état des lieux dans la population générale, la situation dans les populations les plus à risque et la situation dans les populations vulnérables.

3.1.1. Analyse de la situation du VIH dans la population générale

3.1.1.1. Prévalence de l'infection à VIH dans la population générale

Au Togo, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 3,2 % (Rapport ONUSIDA 2010). L'épidémie est de type généralisé avec des disparités entre les groupes de population, entre les différentes régions du pays et entre les sexes. Concernant les disparités régionales illustrées par la carte ci-dessous, la prévalence est plus élevée au sud qu'au nord (6,8 % dans Lomé-commune et 1,6 % dans les Savanes) et elle est plus élevée en milieu urbain (4,4 %) qu'en milieu rural (2,3 %)⁵.

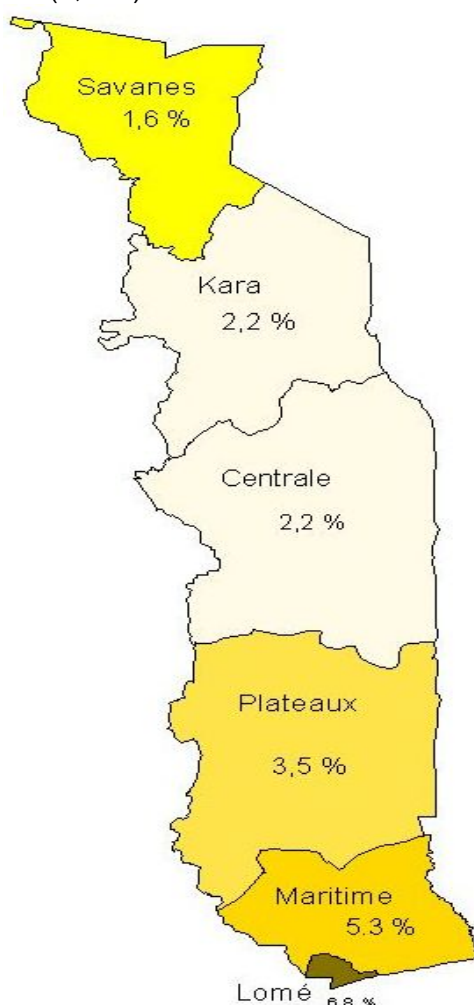


Figure 4 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par région en 2010
(Source : Rapport de surveillance sentinelle, PNLS-IST, 2010)

Le contexte épidémiologique du Togo est marqué par une féminisation de l'épidémie (sur 100 adultes vivant avec le VIH, un peu plus de 60 sont de sexe féminin, confère figure 5).

⁵ Rapport PNLS, 2010

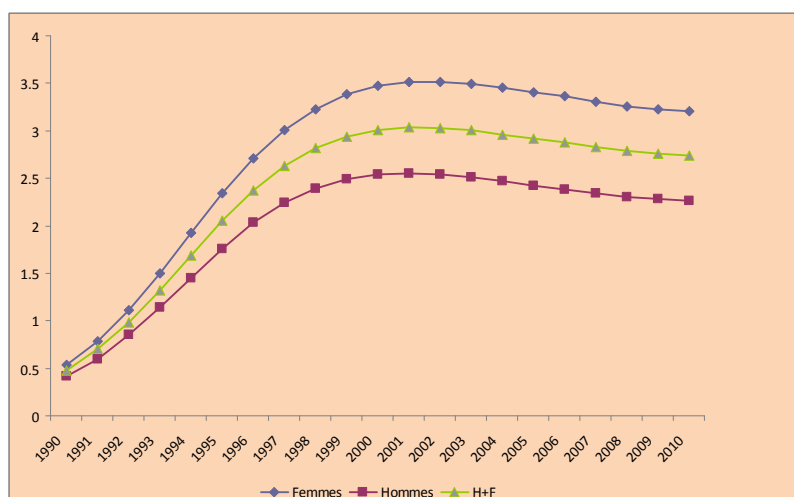


Figure 5 : Evolution de la prévalence du VIH chez les adultes dans la population générale au Togo entre 1990 et 2010 (Source : EPP/Spectrum 2010)

La tranche d'âge des 15-49 ans considérée comme sexuellement active, est la plus touchée par l'épidémie. La prévalence reste élevée chez les enfants nés de mères séropositives (7,5 %) en 2010, ce qui est révélateur du niveau de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Togo.

L'évolution de l'épidémie a connu 2 phases : une phase d'accroissement qui va jusqu'en 2004 et une phase de stabilisation à partir de 2005 (figure 5).

Le nombre estimé de cas annuels de nouvelles infections par le VIH a connu une croissance exponentielle jusqu'en 2002 puis une diminution progressive depuis 2003. Selon le rapport ONUSIDA 2010, les nouvelles infections sont estimées à 10 000 cas en 2009. On note une tendance à la progression de l'épidémie du milieu urbain vers le milieu rural comme l'indique la figure 6 ci-dessous : on a une inversion de la prévalence en milieu urbain, alors qu'on observe une stagnation en milieu rural ; ceci veut dire que la prévalence reste élevée. La réponse au VIH et au sida a eu des résultats en milieu urbain du fait de la concentration des efforts pendant de longues années alors qu'il n'y avait pas d'interventions en milieu rural. Néanmoins, il faut noter que le Togo fait partie des pays de l'Afrique Subsaharienne où le taux d'incidence de l'infection à VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009.

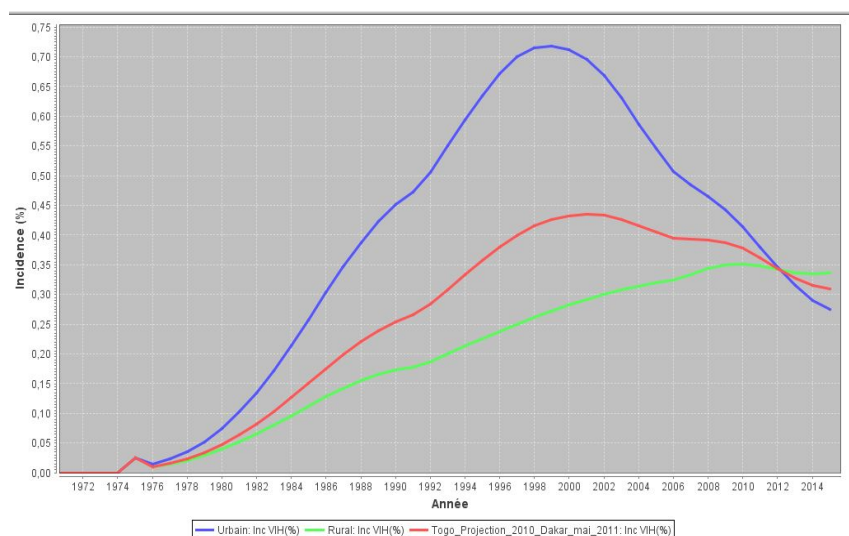


Figure 6 : Evolution de l'incidence (nouvelles infections) du VIH au Togo entre 1972 et 2015 (Source : EPP/Spectrum 2010)

Bien qu'aucune étude sur les modes de transmission n'ait été menée à ce jour, les enquêtes parcellaires menées chez les PS et les HSH à Lomé indiquent que ceux-ci contribueraient à l'épidémie respectivement à hauteur de 32 % et de 17 %.

Une enquête comportementale menée auprès des HSH à Lomé en 2010 montre que ceux-ci sont pour la plupart des bisexuels (67,5 %). Les clients des PS et les HSH bisexuels constitueraient une passerelle entre ces groupes à haut risque et la population générale. Le degré de contribution à l'épidémie des autres groupes à risque tels que les CDI, les routiers et les corps habillés reste encore non documenté.

3.1.1.2. Prévalence du VIH et des hépatites B et C chez les donneurs de sang

La prévalence du VIH mesurée chez les donneurs de sang en 2010 au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de Lomé est de 1,29 %. La prévalence de l'hépatite B (VHB) est de 3,92 % contre 2,27 % pour l'hépatite C (VHC). On note une baisse régulière de la prévalence du VIH, du VHB et du VHC chez les donneurs de sang dans la zone couverte par le CNTS de Lomé depuis 2006 (figure 7). Quant à l'évolution de la séroprévalence des marqueurs viraux au CRTS de Sokodé de 2001 à 2010, elle est illustrée par la figure 8.

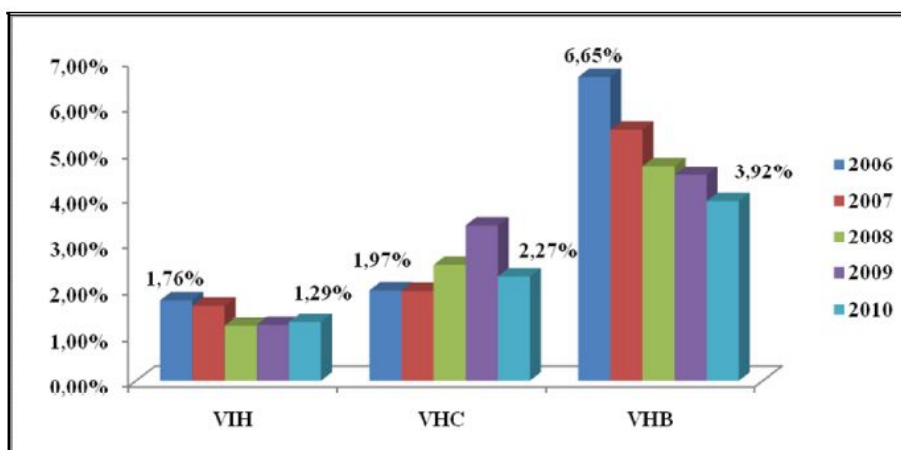


Figure 7 : Evolution de la sérologie des marqueurs viraux au niveau du CNTS
(Source : Rapport d'activités, PNLS-IST, 2010)

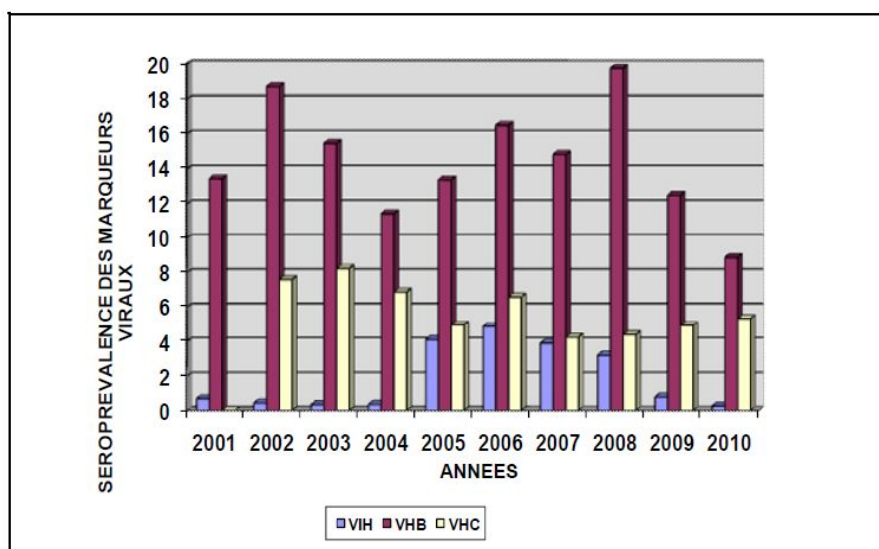


Figure 8 : Evolution de la séroprévalence des marqueurs viraux au CRTS de Sokodé entre 2001 et 2010
(Source : Rapport d'activités, PNLS-IST, 2010)

3.1.1.3. Accidents d'Exposition au Sang (AES)

En 2010, sur 500 professionnels de santé enquêtés, 77,8 % ont eu un AES dont 27 % parmi eux l'ont déclaré. La majorité des AES surviennent en fin de geste des professionnels de santé (50 à 80 %). La séroprévalence du VIH auprès des professionnels de santé qui ont déclaré un AES (27 %) n'est pas connue.

3.1.1.4. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Durant la période 2007 à 2010, les écoulements vaginaux ont constitué le symptôme le plus notifié (57,4 %), suivis des douleurs pelviennes (24,4 %), de l'écoulement urétral (11,4 %) et des ulcérations génitales (4,9 %). La proportion des autres syndromes d'IST est de 1,9 %.

En 2010, 89,8 % des cas d'IST sont diagnostiqués et traités chez les femmes dont 70 % sont âgées de moins de 30 ans. Il est à noter que la plupart des cas d'IST diagnostiqués chez les femmes l'ont été en consultations prénatales.

3.1.1.5. Déterminants de l'épidémie dans la population générale

Les études CAP réalisées entre 2000 et 2010 montrent un niveau relativement élevé de connaissances du VIH dans la population générale. Selon ces études, la quasi-totalité (88 %) connaît l'ensemble des modes de transmission du VIH et 80 % maîtrisent l'ensemble des moyens de prévention du VIH. Cependant, certains comportements à risques et quelques idées fausses sur le VIH et le sida persistent, favorisant ainsi les nouvelles infections⁶. En effet, 11,4 % des adultes de 15-49 ans ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents l'étude. Parmi eux, 63,33 % n'ont pas utilisé de préservatifs. Le phénomène des rapports intergénérationnels se développe de plus en plus et constituerait une source de nouvelles infections chez les jeunes filles.

D'autres facteurs sous-jacents entretiendraient aussi la propagation de l'épidémie du VIH tels que : l'analphabétisme (41,1 % dans la population générale, 66,7 % chez les femmes et 33,3 % chez les hommes), la paupérisation de la population (61,7 %, QUIBB, 2006), l'exode rural permanent, la concentration des activités économiques, la rupture des contrôles sociaux, la promiscuité des détenus dans les prisons, l'existence de textes juridiques répressifs contre l'homosexualité, la prostitution et la drogue.

3.1.2. Analyse de la situation du VIH dans les populations les plus à risque

3.1.2.1. Professionnel(le)s du sexe et leurs clients

La cartographie des sites prostitutionnels réalisée en 2010 a permis de répertorier 200 sites de prostitution et 8 000 professionnelles du sexe (PS) réparties dans les 6 régions, la majorité se trouvant dans la Commune de Lomé. Trois quarts des PS répertoriées sont constituées de clandestines et d'ambulantes. Selon l'« enquête de Surveillance de Seconde Génération » (SSG) réalisée chez les PS en 2011, la prévalence nationale du VIH dans ce groupe est de 13,1 %⁷ ; cette prévalence est de 19,4 % à Lomé. La prévalence chez les clients des PS est de 2,5 %.

On note une légère amélioration du niveau de connaissances exactes du VIH⁸ par les PS (51,9 % en 2010 contre 37 % en 2007). On note aussi la persistance d'idées fausses (33 % des PS pensent que les moustiques transmettent le VIH et 22 % estiment qu'il y a risque d'infection à VIH en partageant les aliments avec une PVVIH). En 2010, 88 % des PS ont déclaré avoir utilisé le préservatif au cours de leur dernier⁹ rapport sexuel.

⁶ Document de l'analyse de la situation

⁷ PNLS 2011, Etude de surveillance de seconde génération chez les PS et leurs clients

⁸ Avoir simultanément cité les 2 moyens de prévention du VIH et rejeter les 3 principales idées fausses concernant la transmission du virus

⁹ Rapport UNGASS 2010

Les clients des professionnelles du sexe sont constitués d'hommes mariés et célibataires issus de différentes couches socioprofessionnelles essentiellement des jeunes, l'âge médian étant de 26 ans. Il est apparu ces dernières années une prostitution masculine qu'il faudra documenter.

3.1.2.2. Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

La cartographie des zones d'émergence des Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH) en 2006 lors d'une enquête exploratoire, a permis de repérer quatre villes : Lomé, Aného, Kpalimé et Kara. L'estimation de la taille de ce groupe n'a pas été réalisée mais, les informations recueillies auprès des structures de prise en charge de ce groupe cible indiquent un effectif approximatif de 1 000 HSH. Ils se répartissent en 4 catégories : les « passifs », les « actifs », les « versatiles » et les bisexuels (67,5 %). Un peu moins de la moitié des enquêtés (46,2 %) a déclaré avoir déjà reçu des cadeaux ou de l'argent pour avoir des rapports sexuels avec quelqu'un. Près de trois quarts sont célibataires et l'âge moyen au premier rapport sexuel anal est de 16 ans.

Plus de la moitié (54,9 %) a un bon niveau de connaissances exactes du VIH. Cependant, 28 % d'entre eux n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin. Plus de la moitié (52,9 %) des HSH enquêtés disent avoir fait leur test de dépistage du VIH et retiré leur résultat. La prévalence du VIH dans ce groupe est de 20,37 % en 2011¹⁰.

Les principaux facteurs qui déterminent la propagation de l'épidémie chez les populations à haut risque sont les suivants : i) la pauvreté (46,2 % des HSH ont déjà reçu des cadeaux ou de l'argent pour avoir des rapports sexuels avec quelqu'un), ii) la persistance des idées fausses (33 % des PS pensent que les moustiques transmettent le VIH) ; la clandestinité de la pratique de la prostitution et de l'homosexualité due à la répression et à la stigmatisation/discrimination ; iii) les violences sexuelles, iv) le multipartenariat et la bisexualité (67,5 %) chez les HSH ; v) la non utilisation systématique du préservatif (taux d'utilisation : 88 % chez les PS et 72 % chez les HSH) ; vi) la consommation de la drogue (18,3 % des HSH ont eu des rapports sexuels sous l'effet de la drogue).

3.1.3. Analyse de la situation du VIH dans les populations vulnérables

3.1.3.1. Femmes

Les femmes constituent l'un des groupes les plus vulnérables face au VIH en l'occurrence les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans vues en consultation prénatale, la prévalence du VIH est de 3,5 % en 2010. Une autre enquête menée chez les jeunes a montré en 2010 que la prévalence du VIH est 4 fois plus élevée chez les jeunes filles de 15-24 ans que chez les garçons du même groupe d'âge (2,4 % contre 0,6 %)¹¹.

La proportion de femmes ayant un niveau de connaissances exactes¹² du VIH est de 34,8 % en 2010 et celles chez qui persistent les idées fausses représentent 22 %. En 2010, 4 % des femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel et 63 % d'entre elles n'ont pas utilisé systématiquement de préservatifs au cours des 12 derniers mois lors de rapport sexuel non conjugal¹³.

Cette vulnérabilité de la femme face au VIH s'explique en grande partie par les principaux facteurs¹⁴ socioéconomiques et culturels suivants :

¹⁰ PNLS 2011, Etude de surveillance de seconde génération chez les HSH

¹¹ Prévalence du VIH chez les jeunes et CAP en matière du VIH auprès de la population générale, 2010

¹² Avoir simultanément cité les 2 moyens de prévention du VIH et rejeter les 3 principales idées fausses concernant la transmission du virus

¹³ Rapport UNGASS 2010

¹⁴ Programme de lutte contre le VIH chez les femmes au Togo

- les pratiques socioculturelles, facteurs de l'infection à VIH, telles que les scarifications rituelles, l'excision, le sororat, le lévirat, le mariage forcé, etc. dont sont essentiellement victimes les femmes ;
- le faible niveau d'alphabétisation des femmes qui est une conséquence de leur statut social, constitue une barrière à l'information juste sur le VIH ;
- la féminisation de la pauvreté avec une forte propension surtout des jeunes filles à des comportements sexuels à risque pour la survie ;
- le faible pouvoir de décision des femmes en matière de gestion de leur corps et de leur sexualité.

Une étude sur le genre et les violences faites aux femmes réalisée par la Direction Générale du Genre et de la Promotion de la Femme du Ministère de la Promotion de la Femme en 2010 a montré que les violences basées sur le genre existent dans toutes les régions sous plusieurs formes et dont les plus connues sont les violences institutionnalisées (96 %), les violences sexuelles (93 %), les violences physiques (94 %), les violences psycho-morales (88 %) et les violences économiques (79 %).

Le tableau ci-dessous présente par sexe les violences basées sur le genre subies.

Tableau 3 : Répartition des violences basées sur le genre (VBG) en fonction du sexe

Type de violence	% chez les femmes	% chez les hommes
Violence sexuelle	33	37
Violence physique	41	12
Violence économique	34	-
Violence psycho-morale	91	82
Violence institutionnalisée	20	-

Source : Direction Générale du Genre et de la Promotion de la Femme, Rapport de l'étude sur les violences, 2010

3.1.3.2. Jeunes

Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 1 151 646 soit 18,6 % de la population totale en 2010 (filles : 585 582 ; garçons : 566 064). Selon l'étude CAP / prévalence du VIH réalisée en 2010, la prévalence du VIH dans ce groupe est estimée à 1,52 % (filles : 2,4 % ; garçons : 0,6 %). On note la précocité des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans chez les jeunes (8,81 % dont 7,98 % chez les filles et 9,70 % chez les garçons) ainsi que le multipartenariat (11,73 %).

Le niveau de connaissances exactes du VIH chez ces jeunes est de 43 % en 2010 et est en recul par rapport à 2005 (54,6 %). L'utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels occasionnels est également en net recul passant de 74 % en 2008 à 49 % en 2010. Environ 30 % des jeunes de 15-24 ans ont fait le test du VIH et connaissent leur résultat.

Les facteurs de vulnérabilité des jeunes face au VIH sont essentiellement le faible taux d'utilisation du préservatif, la faiblesse du niveau de connaissances des moyens de prévention, la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat et les relations intergénérationnelles.

3.1.3.3. Travailleurs des secteurs public et privé et de l'économie informelle

La population togolaise travaillant dans les secteurs public et privé représente à elle seule 5 % de la population générale. Des études ciblées réalisées par l'ATOSSET¹⁵ en 2003 montrent que la tranche productive dont l'âge varie entre 20 et 50 ans est la plus affectée par l'épidémie du VIH. Selon les résultats, les secteurs les plus touchés du monde du travail sont : les mines et industries (12 à 15 %), le commerce et les prestations de services (10 à 12 %), les banques et les établissements financiers (8 à 10 %), les hôtels et les bars/restaurants (plus de 8 %).

¹⁵ ATOSSET : Association Togolaise de Santé et Sécurité au Travail

De la même source, le secteur informel qui regroupe les conducteurs, les transporteurs, les artisans, les coiffeurs et coiffeuses, les couturières et les revendeurs, est plus affecté que le secteur formel (public et privé confondus).

Une étude CAP chez les travailleurs du secteur public, privé en 2011 a révélé que :

- 93 % ont déclaré accepter de travailler avec une PVVIH ;
- 50 % des personnes enquêtées dans ce secteur ont utilisé le préservatif lors de rapports sexuels occasionnels ;
- 75 % d'entre eux ont fait le test de dépistage.

3.1.3.4. Transporteurs et chauffeurs routiers

On retrouve les routiers dans les zones de stationnement des sites frontaliers, les zones portuaires et minières, les points chauds et les points d'arrêt des gros camions sur les axes Lomé-Cinkassé¹⁶ (8) et Kodjoviakopé-Sanvee Condji¹⁷ (3). Ils seraient les principaux clients des PS selon les différentes études menées. Cependant, aucune étude de séroprévalence du VIH n'a été réalisée au sein de ce groupe.

Bien que la connaissance des modes de transmission du VIH soit améliorée entre 2005 et 2008 (94 % à 97 %), il y a toujours persistance des idées fausses. De plus, 76 % ne maîtrisent pas le port correct du préservatif et 33 % de ceux qui pratiquent le multipartenariat n'utilisent pas systématiquement le préservatif. Ces données contrastent avec la proportion de ceux qui ont déclaré utiliser le préservatif (80 %)¹⁸.

La vulnérabilité des transporteurs et chauffeurs routiers face au VIH est essentiellement liée aux facteurs tels que leur mobilité et les longs séjours hors de leurs foyers (2 semaines en moyenne sur la route), leur jeune âge (48 % âgés de 15 à 24 ans) ; le pouvoir d'achat qui leur offre la possibilité d'avoir plusieurs partenaires sexuels ; le faible taux d'utilisation du préservatif dans le cadre du multipartenariat (33 %).

3.1.3.5. Hommes en uniforme

Les hommes en uniforme sont les militaires, les gendarmes, les policiers, les sapeurs pompiers, les douaniers, les gardiens de préfectures et les agents des eaux et forêts. Une proportion non négligeable d'entre eux serait les clients des PS. Les données sur la situation du VIH disponibles concernent uniquement les militaires. La prévalence chez ceux-ci est passée de 13,78 % en 2002 à 7,70 % en 2009. Bien que ce taux soit en régression, il est deux fois plus élevé que la prévalence nationale.

Selon l'étude CAP réalisée par le Projet OHP en 2010, moins de la moitié (44 %) des militaires connaissent toutes les étapes du port correct du préservatif et 31 % ont encore des idées fausses sur la transmission du VIH. L'utilisation systématique du préservatif avec les partenaires occasionnelles au cours des 12 derniers mois est de 88 % en 2010.

Les facteurs de vulnérabilité des hommes et femmes en uniforme face au VIH sont essentiellement liés à leur mobilité avec des séjours de plus en plus longs hors de leur domicile habituel, le multipartenariat avec généralement des partenaires à haut risque tels que les PS ; le goût du risque, le faible niveau de connaissances sur le VIH (44 %) avec la persistance d'idées fausses (31 %).

3.1.3.6. Population en milieu carcéral

En 2010, l'effectif des prisonniers au Togo était de 4 234 répartis dans 12 prisons avec une séroprévalence nationale de 4,3 % en 2011 (PNLS, 2011). En termes de comportements et de prévalence nationale, aucune étude n'a été réalisée.

¹⁶ Lomé-Cinkassé : Terminal du Sahel, Togblékopé, Sortie nord de la ville d'Atakpamé, Blitta, Aléhéridè, Agaradè, Niamtougou, Cinkassé ;

¹⁷ Kodjoviakopé-Sanvee Condji : Douanes Kodjoviakopé, Shell Baguida, Sanvee-Condji.

¹⁸ Source : Rapport CAP routiers 2010

Cette prévalence élevée du VIH dans ce groupe pourrait être en rapport avec les facteurs de vulnérabilité suivants : la consommation de la drogue, la pratique de l'homosexualité, la non accessibilité aux préservatifs et les agressions sexuelles.

3.1.3.7. Usagers de drogues

Au Togo, les usagers de drogues sont des populations difficiles d'accès en raison de la répression de la détention, de l'usage et du trafic de la drogue. De ce fait, on note une insuffisance d'interventions ciblées et une connaissance limitée de leurs caractéristiques. Un recensement effectué dans les régions Maritime et de Lomé Commune, a permis de dénombrier 4 087 usagers de drogues répartis dans 59 ghettos. Parmi les usagers de drogues, 1 % représente le groupe des consommateurs de drogues injectables (CDI).

La prévalence du VIH au sein de cette population en 2011 était de 5,5 % (source PNLS). Par ailleurs, 28,9 % des CDI connaissent leur statut sérologique et 53 % ont contracté au moins une fois une IST. L'usage systématique du préservatif est faible (20,1 %) chez les CDI alors que plus de la moitié pratiquent le multipartenariat et 61 % pratiquent l'usage commun de seringue. Au moins 36,1 % des CDI prennent de la drogue pour stimuler leurs rapports sexuels. L'âge à la première injection est de 10 ans, voire moins.

Les principaux éléments qui déterminent la propagation de l'épidémie dans ce groupe de population pourraient être les suivants : la clandestinité de la pratique due à la répression, les violences sexuelles, le multipartenariat avec une forte proportion avec les PS ; la faible utilisation du préservatif (20,1 %).

3.1.4. Impact du VIH et du sida sur la population

L'impact humain et social de l'épidémie du VIH est important. Les estimations à partir des logiciels Estimation Projection Package (EPP) et Spectrum révèlent que la prévalence du VIH dans la population des 15 à 49 ans se situe autour de 3,2 % en 2010, avec 120 000 PVVIH adultes et enfants, soit 69 000 femmes et 51 000 hommes dont 13 678 enfants de 0 à 14 ans soit 11,5 %. Le nombre de personnes vivant avec le VIH croît au fil des années.

Le nombre de nouvelles infections est estimé à 10 000 cas en 2009. Les besoins en ARV restent toujours croissants.

Mais avec l'augmentation de la survie des PVVIH imputable en grande partie aux traitements ARV et à la gratuité des ARV, ces dernières années ont été marquées par une réduction du nombre de décès dans la population des personnes infectées se situant à près de 7 700 en 2010¹⁹. En outre, on assiste à un accroissement important du nombre d'orphelins liés au sida. Estimé à 53 000 en 2006, ce nombre se situerait à près de 66 000 en 2010.

Tableau 4 : Quelques données d'impact du VIH entre 2006-2009

	2006	2007	2008	2009
Population VIH+	120 000	120 000	120 000	120 000
Hommes	50 182	49 091	48 000	46 909
Femmes	69 818	70 909	72 000	73 091
Prévalence (15-49 ans)	3,3%	3,3%	3,2%	3,2%
Nouveaux cas de VIH	11 000	11 000	11 000	10 000
Décès annuels dus au SIDA	8 000	8 400	8 300	7 700
Orphelins du SIDA	53 000	59 000	63 000	66 000
Besoin total thérapie ARV (Enfants et adultes)	20 700	23 900	27 200	44 400

Source : ONUSIDA, Estimations EPP/SPECTRUM 2010

¹⁹ Source : PNLS, Rapport EPP-SPECTRUM 2009

3.2. ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH, AU SIDA ET AUX IST

3.2.1. Organisation de la lutte contre le VIH

Depuis la découverte des premiers cas de sida au Togo, l'engagement de l'Etat s'est manifesté aussitôt sur le plan institutionnel par la création en 1987 d'un Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et la mise en place d'un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) au niveau du Ministère de la Santé. Différents plans de lutte contre le sida ont été élaborés et mis en œuvre notamment le *Plan à Court Terme* (PCT) ayant couvert la période 1988-1989, le premier *Plan à Moyen Terme* (PMT1) sur la période 1990-1994 ; le deuxième *Plan à Moyen Terme* (PMT2) allant de 1995 à 1999, et le plan national d'intégration et de décentralisation des activités de lutte contre le VIH sur la période 1998-1999.

En avril 2000, le Togo a commencé le processus de planification stratégique de lutte contre le sida qui a abouti à l'élaboration et à la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et les IST 2001-2005.

En 2001, le gouvernement togolais s'est engagé dans une approche multisectorielle et pluridisciplinaire de la lutte contre la pandémie. Cet engagement a abouti à la création, par décret présidentiel N° 2001-173/PR du 11 octobre 2001, du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST). Le CNLS-IST, de composition multisectorielle, est présidé par le Chef de l'Etat, Président de la République. Le CNLS-IST a des démembrements que 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). Les CPLS-IST sont présidés par les Préfets alors que les CRLS-IST sont présidés par les Préfets des chefs lieux de région.

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

Le CNLS-IST est opérationnel à travers son Secrétariat Permanent. Il est reconnu par tous les acteurs et partenaires comme la seule autorité nationale de coordination de la lutte contre le sida. Grâce à son leadership, la réponse nationale au VIH est, depuis 2001, organisée autour de deux cadres d'intervention multisectoriel : le Cadre Stratégique National de lutte contre le sida 2001-2005 et le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2007-2010. Ce dernier a retenu six (6) domaines prioritaires (DP) à savoir :

- Renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST ;
- Accélération de l'accès aux soins, aux traitements et à l'appui ;
- Promotion des droits humains : lutte contre la discrimination et la stigmatisation ;
- Promotion de la recherche en matière de VIH/sida et des IST ;
- Renforcement du cadre national de suivi et évaluation ;
- Renforcement de la coordination et la bonne gouvernance.

L'analyse de la réponse nationale au VIH, au sida et aux IST concerne la gouvernance de la réponse, les priorités programmatiques, l'environnement socio-juridique et le système de financement.

3.2.2. Gouvernance de la réponse

La gouvernance de la réponse au VIH a consisté en l'exercice des fonctions clés de coordination, de leadership et de gestion économique de la lutte contre le VIH dans le cadre de l'application des Trois Principes.

3.2.2.1. Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST

La coordination, le leadership et la gestion économique de la lutte contre le VIH ont été les principales fonctions exercées par le CNLS-IST en termes de gouvernance nationale de la réponse au VIH.

En effet, de 2007 à 2010 le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST a tenu trois sessions ordinaires présidées par le Chef de l'Etat, Président du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST et une session extraordinaire présidée par le Ministre de la Santé, 2^{ème} Vice-président du CNLS-IST sur instruction du Président de la République lors de la 3^{ème} session du CNLS-IST. Les principales décisions prises au cours de ces différentes sessions ont concerné :

- l'adoption du PSN 2007-2010 ;
- la prise en compte des minorités sexuelles et des consommateurs de drogues dans les programmes de lutte contre le sida ;
- la gratuité des ARV ;
- l'engagement financier de l'Etat ;
- etc.

Aussi, dans le cadre du suivi de la Déclaration d'Engagement de l'UNGASS 2001, deux rapports ont-ils été élaborés de 2007 à 2010 et présentés à la Réunion de Haut Niveau à New York par le président du CNLS-IST. Les capacités du SP/CNLS-IST ont été renforcées au cours de cette période en infrastructures et en ressources humaines.

En matière de mobilisation de ressources internes, un document de stratégie a été élaboré. Cependant, ce document n'ayant pas été adopté par le CNLS-IST, seuls 54,76 % du coût du PSN 2007-2010 ont été mobilisés.

Le Conseil a aussi procédé au renforcement de la transparence dans la gestion des ressources mobilisées pour la riposte de 2007 à 2010 en instaurant l'organisation régulière d'audits financiers du SP/CNLS-IST.

3.2.2.2. Secrétariat Permanent du CNLS-IST

Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST, organe exécutif du CNLS-IST, a coordonné plusieurs mécanismes de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PSN.

Conformément à son mandat, le SP/CNLS-IST a mené les principales interventions suivantes :

- la mobilisation des ressources sur toute la période de mise en œuvre du PSN 2007-2010 auprès de plusieurs partenaires dont le Fonds Mondial (séries 4, 6 et 8) à travers le CCM Togo ;
- la table ronde des partenaires ayant abouti à la mobilisation de 2 milliards pour l'achat des ARV en 2008 ;
- la préparation et l'organisation de trois (3) sessions ordinaires et d'une (1) session extraordinaire du CNLS-IST ;
- la préparation et l'organisation du forum des partenaires sur le sida en mai 2010 ;
- l'appui à l'élaboration de plans sectoriels (7 départements ministériels, 2 confessions religieuses) ;
- l'appui à l'élaboration de documents normatifs (Stratégies Nationale d'Accès Universel en PTME et prise en charge par les ARV, loi portant protection des personnes en matière du VIH/sida, curricula d'enseignement du VIH dans les écoles) ;
- la mise en place et le financement d'un programme conjoint d'Appui à la Société Civile Impliquée dans la lutte contre le VIH et le sida (PASCI) en collaboration avec le Système des Nations Unies ;
- la formation des responsables des structures décentralisées en leadership transformationnel (préfets et chefs cantons) ;
- l'élaboration des rapports périodiques de suivi de la mise en œuvre du PSN 2007-2010 ;
- l'appui à la mise en place des sites PTME et des centres conviviaux des jeunes ;
- l'adoption d'une politique de lutte contre le VIH et le sida sur le lieu du travail et d'une stratégie nationale de communication sur le VIH.

3.2.2.3. Suivi-évaluation

Afin de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du PSN 2007-2010, les principales actions suivantes ont été menées :

- l'élaboration d'un Plan National de Suivi et Evaluation ;
- la mise en place d'un Groupe de Référence en Suivi et Evaluation ;
- l'élaboration et la diffusion de différents rapports (UNGASS, REDES, Accès Universel et revue finale du PSN) ;
- la formation des acteurs impliqués dans le suivi et évaluation au niveau décentralisé sur le logiciel CRIS (*Country Response Information System*).

3.2.3. Rôle des secteurs dans la mise en œuvre du PSN 2007-2010

La lutte contre le sida au cours de ces quatre dernières années a été animée par les secteurs associatif, confessionnel et communautaire d'une part, et d'autre part, par les secteurs public et privé avec l'appui des partenaires au développement, sous la coordination du SP/CNLS-IST.

3.2.3.1. Rôle du secteur public

a) Secteur public santé

Le secteur public santé participe à la lutte à travers le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS-IST) et le Service National de Transfusion Sanguine (SNTS). Le PNLS-IST intervient dans la prise en charge médicale, le dépistage, la PTME, la prise en charge des IST et la surveillance épidémiologique du VIH. Le SNTS assure la sécurité transfusionnelle. Toutes ces activités sont déployées à tous les niveaux et échelons du système de la santé.

b) Secteur public non santé

Dans le secteur public non santé, quelques ministères disposent de plans sectoriels de lutte contre le sida dont entre autres : l'Education qui prend en compte les jeunes dans le cadre des établissements scolaires et centres de formation ; l'Action sociale qui s'occupe des orphelins et enfants vulnérables ; de la Promotion de la femme qui s'occupe des femmes et la Défense avec les Hommes en uniformes ; de la Justice qui s'occupe des populations en milieu carcéral

Ces ministères interviennent sur la base des noyaux anti-sida et des Comités Ministériels de Lutte contre le Sida (CMLS) mis en place.

3.2.3.2. Rôle du secteur privé

La participation du secteur privé et des entreprises est l'un des symboles forts de la multisectorialité. Cependant, sur la soixantaine de grandes entreprises, seules 7 disposent en 2010, d'une politique et du programme de prévention du VIH.

3.2.3.3. Rôle du secteur associatif et communautaire

Le secteur associatif et communautaire comprend les ONG et associations, les confessions religieuses, la médecine traditionnelle, la chefferie traditionnelle et d'autres structures telles que les associations et amicales identitaires, les clubs sportifs et autres regroupements thématiques à portée restreinte et dont l'appartenance s'identifie à l'activité commune ou à un territoire circonscrit et limité.

a) ONG et Associations

La mise en œuvre du PSN 2007-2010 a connu l'implication de 267 ONG/associations actives.

Sur les 104 structures de conseil et dépistage existant sur le plan national, environ un quart relève des OSC.

Au cours de cette période, les OSC ont également joué un rôle important dans la prise en charge psychosociale des PVVIH. La prise en charge médicale et l'accès aux traitements ARV aux PVVIH sont assurés par 52 ONG/Associations soit 41 % de l'ensemble des sites disponibles. Aussi 43 % des PVVIH sous ARV en 2010 sont suivies dans les associations et ONG de PEC médicale. Elles ont aussi exécuté la quasi-totalité des activités de prévention et de soutien aux OEV.

Une Plateforme nationale des organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre le sida (PF-OSC/VIH) a été mise en place en 2011. Elle a pour mission d'œuvrer à la création et au maintien d'un cadre de concertation de plaidoyer et de défenses des intérêts de la société civile impliquée dans la riposte au VIH et des PVVIH.

b) Confessions religieuses

A l'instar des ONG/associations, les confessions religieuses sont fortement impliquées dans la lutte contre le sida au Togo.

L'Eglise Catholique a élaboré son plan sectoriel pour la période 2007-2010. Ce plan a été mis en œuvre à travers les activités de prévention, de traitement, soins et soutien, et la lutte contre la stigmatisation.

L'Union musulmane s'est impliquée dans la lutte contre le sida à travers les activités de prévention. Elle a élaboré un plan sectoriel en 2010.

L'Eglise Evangélique Presbytérienne n'a pas élaboré un plan sectoriel de lutte contre les IST, le VIH et le sida. Néanmoins, elle a mené des activités de prévention et de renforcement des capacités de ses leaders. En matière de coordination, l'Eglise Méthodiste dispose d'une unité de coordination dénommée « EHAIA » branche du Togo.

c) Médecine traditionnelle

Les organisations de la médecine traditionnelle participent aussi à la réponse nationale mais leurs interventions ne sont pas documentées.

d) Chefferie traditionnelle

En 2008 et 2009, les chefs traditionnels cantonaux ont bénéficié d'une formation sur le leadership transformationnel (en même temps que tous les préfets du Togo). Ce renforcement de capacité a permis à la plupart d'entre eux de mener des actions avec leurs populations. Mais ces actions ne sont pas documentées.

e) Autres structures communautaires

Plusieurs amicales de ressortissants de certaines localités du pays, différents regroupements d'élèves, d'étudiants ou de stagiaires ainsi que divers clubs de sports mènent ponctuellement des activités de sensibilisation sur le VIH et le sida au cours des fêtes traditionnelles, pendant les vacances ou lors de certaines manifestations sportives. Mais toutes ces activités ne sont pas documentées.

3.2.3.4. Rôle des partenaires au développement

L'ensemble des partenaires au développement apporte des appuis techniques et financiers à la lutte contre le sida au Togo. Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) assurent la coordination de leurs appuis. Ces institutions interviennent dans la lutte en fonction de leurs avantages comparatifs.

Les efforts du gouvernement pour endiguer l'épidémie bénéficient de l'appui du Système des Nations Unies à travers le Plan Cadre d'Assistance des Nations Unies pour le Développement (UNDAF).

D'autres partenaires au développement de la coopération bilatérale voire multilatérale apportent une assistance technique et financière multiforme dans la lutte contre le sida au Togo.

3.2.4. Analyse de l'environnement socio juridique

Dans le contexte de la lutte contre le sida, les autorités nationales ont œuvré pour la création d'un environnement socio-juridique favorable à l'accès universel aux services de qualité pour les populations à travers :

- l'adoption de la loi portant protection des personnes en matière de VIH/sida qui prend en compte la non discrimination pour l'emploi et sur le lieu de travail ;
- la gratuité des ARV pour les PVVIH éligibles au traitement.

Les activités et programmes liés à la promotion du genre et à la lutte contre les inégalités sont peu pris en compte dans le cadre d'action national.

3.2.5. Réponse programmatique

La réponse programmatique a été orientée vers les interventions de prévention dans la population générale, les populations à risque et les groupes vulnérables ainsi que les interventions de prise en charge globale des PVVIH et de protection des droits humains.

3.2.5.1. Prévention des IST et du VIH dans la population générale

a) *Le diagnostic et le traitement corrects des IST*

La prise en charge des IST est basée sur l'approche syndromique qui fait partie du paquet minimum de services dans les structures de soins. Cette approche est intégrée dans les curricula des écoles de formation de base. En 2010, seuls 64 % des formations sanitaires du pays ont notifié les cas d'IST.

Le nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités correctement de 2007 à 2010 est de 303 657, soit un taux de réalisation de 110,13 %. En tout, 592 structures de soins sur 789 ont été aménagées pour la prise en charge correcte des IST. 22 services adaptés ont également été créés. La formation et le recyclage ont touché 218 prestataires, représentant 36 % des prévisions. Le dépassement des cibles constaté dans le diagnostic et le traitement correct des IST et en matière des structures de soins se justifie par leur sous-estimation dans le PSN 2007-2010.

b) *Le conseil et dépistage volontaire*

La stratégie nationale de dépistage du VIH repose sur deux approches : le dépistage à l'initiative du client et celui à l'initiative du prestataire. On dénombre 152 centres de dépistage en 2010 dont 90 % sont intégrés aux structures de soins publiques et 10 % aux structures de soins communautaires.

Le taux de couverture des formations sanitaires, toutes catégories confondues, offrant des services de conseil dépistage du VIH n'est que de 16,4 %.

En 2010, Au total, 660 000 personnes ont bénéficié du dépistage sur une population (15 ans et plus) de 3 389 322, soit un taux de couverture de 19,47 %.

c) *La promotion de l'utilisation des préservatifs*

La promotion du préservatif est faite dans le cadre de la planification familiale, du marketing social, des campagnes grand public et des projets privilégiant la communication de proximité, de même que des campagnes mass média. Elle a couvert tout le territoire.

Le nombre de préservatifs distribués sur la période 2007-2010 est d'environ 52 919 758.

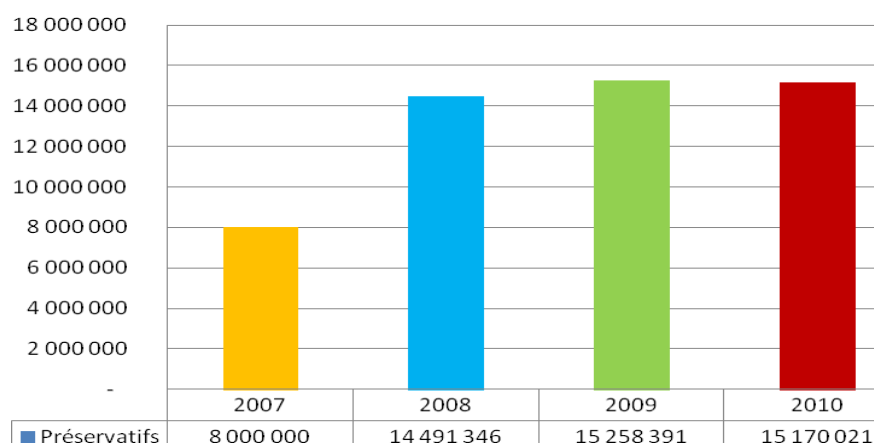


Figure 9 : Tendance évolutive de la distribution de préservatifs par année
(Source : SP/CNLS-IST ; Rapport de la revue du PSN 2007-2010)

La distribution des préservatifs dans le cadre du marketing social se fait essentiellement par le biais d'un réseau de 3 000 distributeurs agréés dans tout le pays.

Le pays dispose depuis 2010 d'un Comité National de Gestion des Préservatifs (CNGP) et d'un plan pluriannuel de mise en œuvre de la "programmation complète des préservatifs".

d) La Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME)

En fin décembre 2010, les services de PTME étaient intégrés dans 214 services de SMI. Le service de dépistage a été offert à 80 434 femmes enceintes en consultation prénatale sur 264 146 femmes enceintes attendues dans le pays en 2010 (30,5 %). Parmi ces femmes ayant bénéficié du dépistage, 3 600 sont séropositives dont 3 126 ont bénéficié de la prophylaxie ARV, soit un taux de couverture de la cible femmes enceintes séropositives de 50 %²⁰.

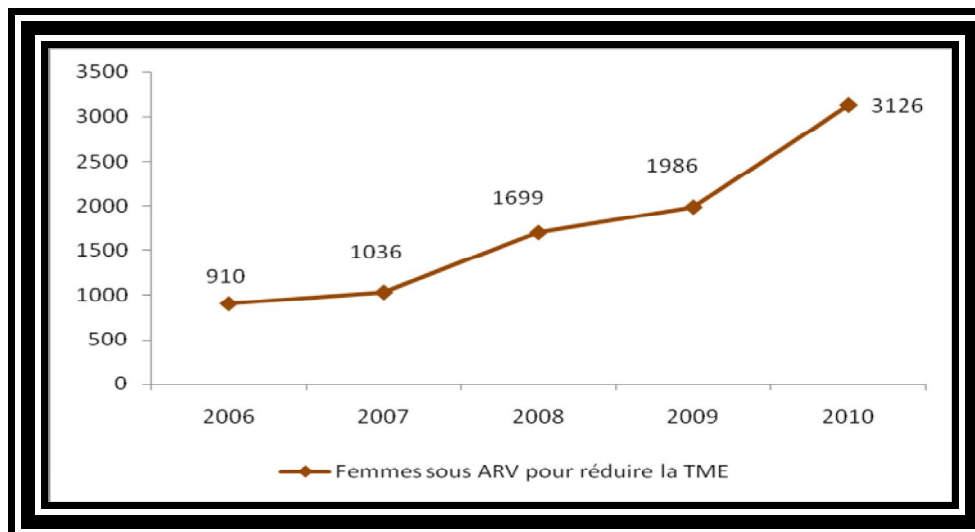


Figure 10 : Evolution du nombre des femmes enceintes séropositives qui ont reçu les ARV dans le cadre de la PTME entre 2006 et 2010 (Source : Rapport d'activités du PNLS-IST, 2010)

En 2010, 2 288 enfants sont nés de mères séropositives sur 6 200 attendus. Parmi eux, 1 162 ont bénéficié d'un diagnostic précoce par la PCR, soit un taux de couverture de 19 %. Parmi ces derniers, 112 (9,6 %) ont été déclarés séropositifs. Le taux de transmission du VIH à 18 mois était de 7,5 %.

L'accès global aux services de PTME reste très faible. L'offre de services de SMI/PTME n'est pas effective dans le système de santé privé. On note une grande déperdition du couple mère enfant (44 % à 6 mois et 65 % à 12 mois), une insuffisance d'intégration entre le programme PTME et la santé de la reproduction et enfin une insuffisance des financements nationaux concernant la PTME.

e) La sécurité transfusionnelle

Depuis 2007, il y a une augmentation du nombre de poches de sang sécurisé passant de 21 794 en 2007 à 31 207 en 2010, soit un taux de réalisation de 62 %. Cependant, le taux de couverture des besoins nationaux n'est encore que de moitié (52 % en 2010).

3.2.5.2. Autres interventions

a) Prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

Ce volet n'a pas été pris en compte dans le PSN 2007-2010. Toutefois, un guide et une affiche ont été élaborés en 2008 pour la prévention et la prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES).

²⁰ Selon la projection EPP/SPECTRUM, le nombre estimé de femmes enceintes séropositives attendues en 2010 était de 6 200

b) Prise en charge des violences basées sur le genre

L'approche genre n'a pas été suffisamment prise en compte dans le PSN 2007-2010. Toutefois, d'importantes actions pour lutter contre les violences basées sur le genre ont été réalisées :

- L'initiation d'agents de la police judiciaire, de magistrats et travailleurs sociaux à la technique de prise en charge psychologique des victimes de violences basées sur le genre ;
- La prise en charge des victimes de violences dans 14 centres d'écoute et de conseil ;
- L'offre de consultations juridiques à 635 personnes dans les centres d'écoute ;
- La formation de para-juristes et assistantes juridiques sur le droit ;
- L'élaboration d'un document de Politique Nationale pour l'Equité et l'Egalité du Genre en janvier 2011.

3.2.5.3. Réponse au VIH dans les populations à risque et les groupes vulnérables

a) Les professionnelles du sexe (PS)

Entre 2008 et 2009, au total 3 172 272 unités de préservatifs et 2 392 tubes de gels lubrifiants ont été distribués auprès des professionnelles du sexe et des routiers. Entre décembre 2009 et décembre 2010, 1 374 PS ont été dépistées pour le VIH, soit 17 % des PS répertoriées.

En matière de sensibilisation, 724 pairs éducateurs ont été formés parmi les PS ; 173 activités de masse organisées, ainsi que 10 923 causeries de groupe et 6 520 entretiens individuels. Au total 944 343 PS ont été touchées par les activités de sensibilisation une ou plusieurs fois.

Afin d'aider à la réinsertion des prostituées mineures, 64 jeunes filles ont suivi une formation et 17 ont reçu un appui pour la réalisation d'activités génératrices de revenus (AGR).

La prise en charge des IST est offerte dans 12 services adaptés. De 2007 à 2010, 3 632 cas d'IST ont été diagnostiqués et traités grâce au dépistage passif et actif.

b) Les femmes

Les interventions de lutte contre le VIH à l'intention des femmes sont relatives à la conscientisation/sensibilisation, à la santé de la reproduction, au droit de la femme (formation, pair éducation, sensibilisation de masse), à l'assistance juridique, à la lutte contre les violences basées sur le genre et les pratiques socioculturelles néfastes, à l'alphabétisation fonctionnelle et au renforcement de leur pouvoir d'achat.

c) La prévention chez les jeunes

La prévention chez les jeunes est organisée autour des jeunes scolaires et ceux du milieu extrascolaire.

Chez les **jeunes scolaires**, l'enseignement du VIH et du sida est instituée par arrêté N°107/MEPSA/CAB/SG du 13 août 2009 pour les établissements du primaire et du secondaire général, et par arrêté N°2010/METFP/CAB/SG du 10 mai 2010 pour les établissements de l'enseignement technique et de la Formation Professionnelle.

L'enseignement du VIH et du sida est intégré dans 343 établissements des enseignements général et technique, soit une couverture nationale de 22,51 %.

A l'endroit des **jeunes extrascolaires**, 24²¹ centres conviviaux de jeunes ont été créés à Lomé et dans les autres villes, 11 Centres d'Initiative Professionnelle dans les zones urbaines et périurbaines et 4 Centres Ruraux d'Activités Socioéducatives dans les zones rurales. Ces centres offrent des séances d'écoutes et de conseils en matière de sida, de sexualité et de la santé de la reproduction.

²¹ 12 centres de la Croix Rouge Togolaise, 2 de l'ATBEF, 7 du secteur public, 3 (ONG CREJe, JVS et La Conscience)

3.2.5.4. Autres populations à risque non prises en compte dans le PSN 2007-2010 (HSH, corps habillés, population carcérale et routiers)

Le PSN 2007-2010 n'avait pas pris en compte certaines populations à risque telles que les HSH, les corps habillés et les détenus. Toutefois, des interventions ont été développées en leur faveur.

a) Les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH)

Cette communauté est encadrée par PSI-Togo, EVT et AMC avec l'appui du Fonds Mondial, du PNUD et de l'ONUSIDA. Une analyse de la situation de l'épidémie a été réalisée afin de faire la première cartographie des HSH sur l'étendue du territoire.

Pendant la période de mise en œuvre du PSN 2007-2010, quelques actions ont été menées et concernent essentiellement l'éducation par les paires, la sensibilisation de masse pour le changement de comportements, la promotion du conseil dépistage volontaire et l'utilisation correcte des préservatifs ainsi que la prise en charge des IST.

b) Les corps habillés

La réponse au VIH auprès des corps habillés est organisée autour du projet « Opération Haute Protection » (OHP) à travers ses cinq composantes : (i) la formation et la communication pour le changement de comportements ; (ii) la promotion de l'utilisation correcte du préservatif ; (iii) la prise en charge correcte des IST ; (iv) le conseil et dépistage volontaire ; et (v) la recherche et l'évaluation.

Quatre (4) centres de dépistage volontaire et 9 cliniques IST ont été intégrés aux centres médicaux des forces armées et à la clinique de la Police Nationale. Plus de 96 % des militaires ont été dépistés et connaissent leur statut sérologique.

c) La population carcérale

Entre 2007 et 2010, le Ministère de la justice, avec l'appui de l'ONUSDC, du Ministère de la Santé et du SP/CNLS-IST a formé quarante (40) gardiens de prison, trente huit (38) infirmiers et agents sociaux intervenant dans les prisons et quarante (40) prisonniers pairs éducateurs de la prison civile de Lomé ainsi que de la brigade pour mineurs de Lomé sur la prise en charge du VIH, de la tuberculose et de la coïnfection en milieu carcéral au Togo. Un Manuel de l'infirmier de la prison sur la prise en charge du VIH, de la tuberculose et de la coïnfection en milieu carcéral au Togo a également été adopté.

d) Les routiers, migrants et populations mobiles

Les principales interventions menées en direction des routiers sont des activités de proximité à travers l'éducation par les paires ; les sensibilisations de masse et la distribution du préservatif.

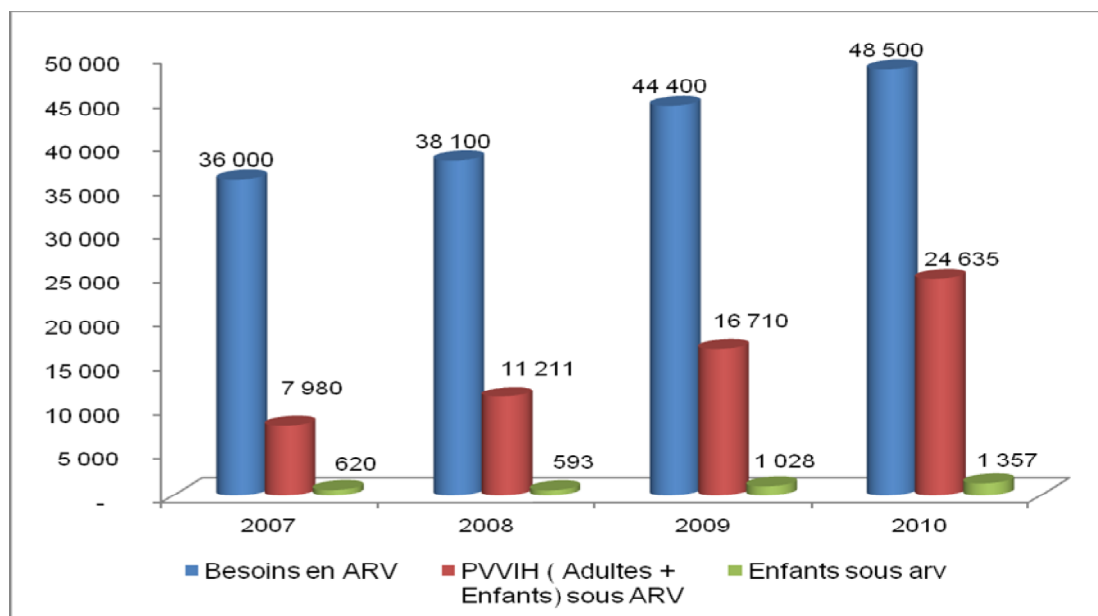
De 2007 à 2009, 406 999 routiers et usagers des sites de stationnement ont été sensibilisés et 83 286 unités de préservatifs distribués.

Dans le cadre du projet sous-régional Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (OCAL) appuyé par le Fonds Mondial série 6, des interventions ciblées ont été développées à l'endroit des populations mobiles le long du corridor Abidjan-Lagos sur la base du PSN 2007-2010. Ces interventions concernent : i) la promotion de l'utilisation correcte des préservatifs chez les PS et les camionneurs, ii) l'amélioration de l'accès aux services de soins et soutien ciblant les PVVIH, iii) l'amélioration de la surveillance biologique et comportementale des IST, du VIH et du sida, iv) la promotion des droits humains et l'appui socioéconomique aux groupes cibles, le partenariat et la coordination inter-pays, v) la communication mass média.

3.2.5.5. Prise en charge globale des PVVIH

a) Les soins et traitement

En 2010, on dénombre 115 centres de prise en charge des PVVIH et 53 sites de dispensation des ARV. La couverture géographique des structures de prise en charge médicale est de 46 % et la couverture thérapeutique suivant les nouvelles recommandations de l'OMS est de 42,3 % (figure 11). Le Togo ne dispose que de 24 lecteurs CD4 et de 1 appareil PCR.



*Figure 11 : Evolution de la couverture en traitement par les ARV au Togo de 2007-2010
(Source : Rapport d'activités du PNLS-IST, 2010)*

La prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH est faible par rapport à la prise en charge des adultes et adolescents.

b) La prise en charge de la co-infection TB/VIH

La mise en place d'un cadre de collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le sida en 2007 a permis une meilleure appropriation de la problématique TB/VIH à tous les niveaux du système de santé. En 2010, le taux de dépistage du VIH chez les malades tuberculeux est passé à 78 %. La prévalence du VIH chez les tuberculeux est de 28 %. Tous les cas TB/VIH diagnostiqués ont été traités par les ARV.

c) Le soutien aux PVVIH enfants et adultes

La prise en charge psychosociale demeure l'un des volets importants de la prise en charge globale. Au cours de l'année 2010, 35 % des PVVIH sous ARV ont bénéficié de kits nutritionnels, 28 % de visites à domicile et 3 % de séances de clubs d'observance et de groupes de parole.

d) La prise en charge des OEV

En 2009, seulement 4 % des OEV ont reçu de l'aide d'une organisation de prise en charge ; 15 511 OEV ont été enregistrés et suivis ; 456 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'un appui nutritionnel.

En 2010, l'analyse nationale de la situation des OEV dans le contexte du VIH est assortie d'une stratégie nationale de prise en charge et de définition des critères de sélection des OEV.

3.2.5.6. Promotion des droits humains : lutte contre la discrimination et la stigmatisation

Les interventions mises en œuvre dans ce domaine jusqu'en 2010 sont entre autres :

- la révision de la loi n° 2005-012 portant protection des personnes en matière de VIH ;
- la vulgarisation de la loi n° 2005-012 portant protection des personnes en matière de VIH ;
- l'élaboration des textes d'application de la loi portant protection des personnes en matière de VIH ;
- l'organisation de sessions de formations régionales sur la loi n° 2005-012 à l'intention des magistrats, avocats et officiers de police judiciaire d'une part, et des parlementaires d'autre part ;

- les réunions d'information et de partage sur la loi n° 2005-012 respectivement avec les OSC, le secteur privé, le secteur public et les journalistes ;
- le suivi et l'accompagnement de cas de discrimination dans les structures judiciaires de Tchaoudjo.

3.2.6. Financement de la réponse nationale

Entre 2007 et 2010, **33 214 856 455 FCFA** ont été effectivement mobilisés et dépensés dans le cadre de la lutte contre le VIH. Ce montant représente **54,76 %** des 60 651 012 136 FCFA prévus pour la mise en œuvre du Plan stratégique 2007-2010. Ceci dénote d'une faible capacité nationale de mobilisation des ressources liée à la crise socio-politique évoquée plus haut. Cette faible mobilisation des ressources a un impact sur la riposte au VIH.

Les dépenses relatives à la lutte contre le sida par année entre 2007 et 2010 s'élèvent respectivement à **6 464 575 766 ; 7 757 234 292 ; 7 550 172 688 et 11 442 873 709.**

3.2.6.1. Le financement par domaines d'intervention

Tableau 5 : Répartition des dépenses par année et par domaines prioritaires

DOMAINES PRIORITAIRES	2007	2008	2009	2010	DEPENSES TOTALES	%
PREVENTION	2 186 080 650	2 738 225 993	2 944 809 659	2 520 591 419	10 389 707 721	31,28
TRAITEMENT, SOINS, SOUTIENS	2 530 825 409	1 972 060 984	2 940 948 647	5 807 896 016	13 251 731 056	39,90
DROITS HUMAINS	185 469 118	123 245 834	76 945 817	40 043 945	425 704 714	1,28
RECHERCHE	22 793 145	93 206 353	139 843 317	168 059 124	423 901 939	1,28
SUIVI-EVALUATION	282 712 744	351 439 115	228 181 342	493 990 540	1 356 323 741	4,08
COORDINATION	1 256 694 700	2 479 056 013	1 219 443 906	2 412 292 665	7 367 487 284	22,18
TOTAL	6 464 575 766	7 757 234 292	7 550 172 688	11 442 873 709	33 214 856 455	100,00

Source : SP/CNLS ; REDES 2007, 2008, 2009 et 2010

Les dépenses de soins, traitement et appui représentent 39,90 % des dépenses du PSN 2007 à 2010 contre 31,28 % pour la prévention et 22,18 % pour la planification et la coordination. Les ressources affectées aux droits humains, recherche et suivi évaluation représentent 6,64 % des dépenses totales du PSN 2007-2010.

3.2.6.2. Les sources de financement

On distingue 3 sources de financement : source publique, source privée y compris les OSC et source internationale. La situation consolidée des dépenses par source de financement est présentée dans le tableau ci-après :

Tableau 6 : Répartition des dépenses par année et par sources de financement

Sources de financement	2007-2010	%
Fonds publics (Etat)	6 703 106 137	20,18%
Fonds privés	3 920 682 107	11,80%
Institutions et entreprises à but lucratif	77 099 103	1,97%
Fonds des ménages	2 413 699 054	61,56%
Institutions à but non lucratif (fonds propres des ONG nationales)	1 020 815 820	26,04%
Autres sources privées de financement	409 068 130	10,43%
Fonds internationaux	22 591 069 095	68,01%
Bilatéraux	3 224 195 513	14,27%
Multilatéraux	14 228 087 287	62,98%
Organisations et fondations internationales à but non lucratif	5 138 786 295	22,75%
TOTAL GENERAL	33 214 857 339	100%

Source : SP/CNLS ; REDES 2007, 2008, 2009 et 2010

Les ressources intérieures sont constituées des fonds publics et privés. Les ressources publiques, essentiellement les recettes propres de l'Etat, se chiffrent à 6,7 milliards, soit 20,2 % et les ressources privées à 3,9 milliards (11,8 %). Les ressources privées sont dominées par les fonds des ménages (61,5 %). La source de financement la plus importante reste les fonds internationaux qui se chiffrent à 22,6 milliards, soit 68 % du montant total des dépenses. Les ressources des partenaires bilatéraux se chiffrent à 3,2 milliards; celles des partenaires multilatéraux à 14,2 milliards et les ressources des ONG internationales à 5,1 milliards. Ces ressources extérieures sont dominées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, (2,59 milliards en 2007, 3,3 milliards en 2008, 2,7 milliards en 2009 et 3,3 milliards en 2010).

En somme, les financements mobilisés pour la mise en œuvre du PSN 2007-2010 ont pu être obtenus grâce aux ressources de l'Etat et aux contributions du Fonds Mondial, des partenaires bilatéraux et multilatéraux dont les agences du Système des Nations Unies ; le Fonds Mondial représentant le principal contributeur dans la réponse nationale.

Concernant la mise en œuvre du PSN, il n'existe pas encore un système permettant la traçabilité de l'ensemble des ressources injectées dans la lutte contre le sida.

3.3. PRINCIPALES FAIBLESSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2007-2010

Les résultats enregistrés au cours de la mise en œuvre du PSN 2007-2010 indiquent globalement que beaucoup d'actions ont été réalisées et certaines cibles fixées ont été atteintes et voire dépassées dans un certain nombre de domaines. Il conviendrait tout de même de noter que des contraintes majeures et des insuffisances décrites ci-dessous domaine par domaine, ont affecté la mise en œuvre du PSN et limité la réalisation des différents objectifs fixés.

3.3.1. Renforcement des services de prévention de l'infection à VIH

- Un faible taux de couverture des populations les plus à risque et des populations vulnérables (PS, HSH, femmes et jeunes en milieu scolaire et extrascolaire) dû en particulier à la faiblesse des ressources mobilisées pour développer des activités ciblant cette catégorie de population et à la méconnaissance de certaines d'entre elles ;
- Le genre, les inégalités et les violences faites aux femmes sont insuffisamment prises en compte dans les interventions et par conséquent peu financés ;
- Un faible engagement des entreprises du secteur privé dans la riposte en général et dans la prise en charge médicale en particulier ;
- L'absence d'une coordination nationale des activités en milieu du travail ;
- La faible couverture du territoire national en centres de conseil et dépistage, aggravée par l'insuffisance dans l'approvisionnement des sites en réactifs et consommables ;
- La grande faiblesse du taux de couverture des femmes enceintes séropositives dû entre autres à une faible couverture du pays en matière de sites PTME, une faible intégration de la PTME dans les consultations prénatales (CPN) et l'insuffisance d'implication des acteurs communautaires ;
- Des ruptures de stock de préservatifs dues en particulier à l'inexistence d'un cadre institutionnel formel pour la coordination de la gestion des préservatifs, l'insuffisance dans l'estimation des besoins en préservatifs et l'insuffisance dans le stockage et la conservation des préservatifs au niveau périphérique ;
- L'insuffisance des ressources financières pour l'extension de postes de collecte et de pôles de qualification en matière de transfusion ;
- Le problème de prévention et de gestion des AES.

3.3.2. Accès au traitement, aux soins et à l'appui

- La lenteur dans le passage à l'échelle de la thérapie par les ARV due, entre autres, à la lenteur dans la délégation des tâches, à l'insuffisance de la couverture géographique en sites de prise en charge médicale, à la dépendance du pays de l'aide extérieure, à la centralisation de la dispensation des ARV ;
- L'absence de normes nationales en matière de soutien aux PVVIH et aux OEV ;
- Les ruptures fréquentes des outils de suivi des patients ;
- La faible PEC des co-infections VIH/hépatites B et C ;
- L'insuffisance de moyens pour l'appui aux organisations chargées de la PEC des OEV et de soutien aux PVVIH.

3.3.3. Droits humains : lutte contre la stigmatisation et la discrimination

- La non documentation des comportements discriminatoires à l'égard des PVVIH et des minorités sexuelles, ce qui a pour conséquence évidente, l'absence d'un mécanisme formel d'assistance aux personnes ayant fait l'objet de discrimination et de stigmatisation ;
- La faible promotion de la loi et l'inexistence des décrets d'application ;
- La faible réponse aux inégalités et violences basées sur le genre.

3.3.4. Renforcement de la coordination et de la gouvernance

Les problèmes répertoriés au niveau du SP/CNLS-IST sont essentiellement relatifs à :

- la faiblesse des capacités de coordination reflétées par les difficultés de maîtrise des interventions et des financements à tous les niveaux ;
- l'insuffisance de collaboration soutenue et efficace avec les partenaires au développement ;
- la faible implication de certains secteurs (privé et public) par manque de partenariat stratégique ;
- l'absence de cadres de concertation formels avec les différents secteurs ;
- des limites importantes dans la mobilisation des ressources financières ;
- l'insuffisance de ressources humaines et faiblesse de leur motivation financière ;
- l'absence des structures décentralisées du SP/CNLS-IST aux niveaux régional et préfectoral.

Ces mêmes problèmes sont constatés au niveau des CRLS-IST et des CPLS-IST pour des raisons suivantes : l'absence de plans régionaux et préfectoraux de lutte contre le sida, l'inexistence d'un mécanisme d'appui/conseil et de suivi et évaluation des niveaux hiérarchiques supérieurs et surtout l'absence d'allocation de ressources.

La faible implication des OSC dans l'élaboration et la validation du PSN 2007-2010 a pour corollaire l'absence de plan d'action pour ce secteur, un faible alignement de leurs interventions sur les priorités du PSN.

3.3.5. Gestion de l'information et renforcement du Suivi et Evaluation

Les activités proprement dites de coordination du système national de suivi et d'évaluation n'ont pas été soutenues et donc n'étaient pas très perceptibles au cours de la période 2007-2010.

Cette situation résulte essentiellement du fait que les capacités humaines, matérielles, et financières du Département Planification, Suivi et Evaluation du SP/CNLS-IST n'ont pas été renforcées à la hauteur du rôle primordial que cette institution devrait jouer dans la riposte nationale au VIH. Aussi, tout le financement nécessaire pour l'exécution du Plan National de Suivi et Evaluation n'a-t-il pas pu être mobilisé.

Au niveau décentralisé la non fonctionnalité des CRLS et des CPLS d'une part et l'absence de personnels en suivi et évaluation au niveau des CPLS ont un impact négatif sur l'application des « Trois principes » et sur l'efficacité de la production de l'information stratégique pour guider l'action.

Au niveau du secteur public non santé et du secteur privé, les capacités des acteurs en matière de suivi et d'évaluation demeurent encore très faibles. Ce qui handicape d'une manière générale, la coordination de ces secteurs et en particulier la collecte des données à leurs niveaux. La même situation prévaut au niveau du secteur des OSC.

En effet, la société civile ne dispose pas de plan de suivi et d'évaluation ou d'outils et de supports de référence en matière de prise en charge communautaire, ni d'outils clairs de reporting technique et financier au profit de ses membres pour faciliter la coordination nationale et le suivi supervision. Elle ne dispose pas non plus de plan de renforcement de capacité et des modules de formation.

Enfin le PSN n'a pas fait l'objet de revue à mi-parcours du fait des difficultés liées à la mobilisation des ressources.

3.3.6. Partenaires Techniques et Financiers

Il est à noter que durant la période de mise en œuvre du précédent PSN, les principales faiblesses enregistrées concernent : i) la non fonctionnalité du Groupe Thématique ONUSIDA élargi aux autres partenaires de la coopération bilatérale avec risque de duplication des financements affectés à la réponse nationale ; ii) un faible financement des programmes nationaux par les partenaires en dehors du Fonds Mondial.

3.4. SYNTHÈSE DES PRIORITÉS

La situation de l'épidémie de VIH et de la riposte au Togo telle que analysée et décrite, appelle des actions massives en terme de couverture et de priorités. Les principaux paquets d'interventions qui produisent des résultats susceptibles d'endiguer l'épidémie de VIH sont connus. Les interventions proposées ciblent les bénéficiaires suivants : les professionnels du sexe, les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes, les consommateurs de drogues, les détenus, les routiers, les hommes en uniformes, les jeunes, les femmes, les PVVIH et les OEV.

C'est dans cette optique et en tenant compte des rôles et responsabilités spécifiques assignés aux différents secteurs que trois (3) domaines d'action prioritaires ont été identifiés.

En matière de prévention de l'infection à VIH, un accent sera mis sur les sources des nouvelles infections. Pour parvenir à la réduction de 50 % des nouvelles infections d'ici 2015, des efforts doivent être faits en faveur des populations clés : les HSH, les CDI, les détenus, les professionnels du sexe. Des interventions de prévention plus rigoureuses vont cibler les jeunes aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Un programme de dépistage sera développé, de même qu'un programme national de distribution des préservatifs. Des interventions seront mises en œuvre pour réduire, voire supprimer les facteurs de vulnérabilité qui font le lit de l'épidémie du VIH et devront tenir compte des disparités liées au genre.

La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant sera renforcée : accroissement du nombre de sites pour la prise en compte du plus grand nombre de femmes enceintes, la poursuite de l'intégration de la PTME dans tous les services de santé sexuelle et de la reproduction (SSR) avec l'implication du secteur communautaire pour en relever la fréquentation, la sensibilisation des femmes (prévention primaire). A cet effet, un plan national pour l'élimination de la transmission de l'infection à VIH chez l'enfant (ETME) sera élaboré.

Au plan de la prise en charge globale, une attention particulière sera portée sur l'amélioration de la survie des PVVIH d'ici 2015 avec l'accélération de la décentralisation de la dispensation des ARV (mise sous traitement antirétroviral d'au moins 80 % de PVVIH éligibles) comme le prévoit l'initiative de **traitement 2.0** (OMS/ONUSIDA). La prise en charge globale sera renforcée par un accompagnement psychosocial de toutes les PVVIH. Pour cela, le renforcement des capacités des acteurs va permettre d'assurer un suivi régulier des PVVIH.

La prise en compte des droits humains et du genre : des services juridiques appropriés seront offerts en vue d'éliminer/réduire la stigmatisation et la discrimination dont font l'objet les personnes infectées et affectées, y compris certaines populations reconnues plus vulnérables au regard du VIH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et professionnel(le)s du sexe). Les inégalités basées sur le genre seront prises en compte avec un programme spécifique.

L'accent sera mis sur la mobilisation des ressources nationales, la bonne gestion de toutes les ressources disponibles.

Si l'allocation des ressources suit les priorités identifiées et que des interventions efficaces sont mises en œuvre, l'impact du PSN 2012-2015 sera plus grand et les changements souhaités pourront être obtenus.

CHAPITRE 4
ORIENTATIONS STRATEGIQUES
2012-2015

4.1. Vision et principes directeurs

4.1.1. Vision

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

4.1.2. Principes directeurs

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

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

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

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

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

Une gestion efficiente de la réponse au VIH basée sur la responsabilité partagée, la transparence et l'obligation de rendre compte supposent qu'un résultat (impact, effet ou produit) soit le fruit d'un changement souhaitable, mesurable ou descriptible et provenant d'une relation de cause à effet. Les résultats du PSN 2012-2015 se fondent sur l'efficience et l'efficacité.

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

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

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

Le principe de l'équité dans la distribution des ressources et dans la mise en œuvre des actions prioritaires devra être assuré au niveau des secteurs sociaux et des régions de manière à réduire le fossé entre des différents groupes sociaux en matière d'accès aux services publics essentiels et à une meilleure qualité de vie.

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

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

⇒ **Multisectorialité et participation des PVVIH**

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

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

⇒ **Décentralisation**

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

4.2. CADRE DE RESULTATS DU PSN 2012-2015

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

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

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

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

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

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

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

Stratégie 1.1.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable

Stratégie 1.1.1.2 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs

Stratégie 1.1.1.3 : IEC/CCC

Stratégie 1.1.1.4 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

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

Stratégie 1.1.2.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable

Stratégie 1.1.2.2 : IEC/CCC

Stratégie 1.1.2.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

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

Stratégie 1.1.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs

Stratégie 1.1.3.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

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

Stratégie 1.1.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs

Stratégie 1.1.3.2 : IEC/CCC sur les violences basées sur le genre

Stratégie 1.1.3.3 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge des victimes des violences basées sur le genre

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

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Promotion de la Femme

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

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

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

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

Stratégie 1.2.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable

Stratégie 1.2.1.2 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs

Stratégie 1.2.1.3 : IEC/CCC

Stratégie 1.2.1.4 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

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

Stratégie 1.2.2.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable

Stratégie 1.2.2.2 : IEC/CCC

Stratégie 1.2.2.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Stratégie 1.4.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable
- Stratégie 1.4.1.2 : IEC/CCC
- Stratégie 1.4.1.3 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stratégie 1.5.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable

Stratégie 1.5.1.2 : IEC/CCC

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

Stratégie 1.5.2.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable

Stratégie 1.5.2.2 : IEC/CCC

Stratégie 1.5.2.3 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

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

Stratégie 1.5.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs

Stratégie 1.5.3.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

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

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

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

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

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

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

Stratégie 1.6.1.1 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable

Stratégie 1.6.1.2 : IEC/CCC

Stratégie 1.6.1.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

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

Stratégie 1.6.2.1 : Développement d'activités de plaidoyer pour un environnement favorable

Stratégie 1.6.2.2 : IEC/CCC

Stratégie 1.6.2.3 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

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

Stratégie 1.6.3.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs

Stratégie 1.6.3.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

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

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Sécurité

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

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

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

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

Stratégie 1.7.1.1 : Développement d'activités de plaidoyer pour un environnement favorable

Stratégie 1.7.1.2 : IEC/CCC

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

Stratégie 1.7.2.1 : Développement d'activités de plaidoyer pour un environnement favorable

Stratégie 1.7.2.2 : IEC/CCC

Stratégie 1.7.2.3 : Promotion du conseil dépistage volontaire du VIH

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

Stratégie 1.7.3.1 : IEC/CCC

Stratégie 1.7.3.2 : Promotion de l'utilisation des préservatifs

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

Stratégie 1.7.4.1 : Renforcement des capacités (institutionnelles, techniques et matérielles) des acteurs

Stratégie 1.7.4.2 : Développement d'un programme de suivi et de prise en charge médicale du VIH et autres des IST

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

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

Structures de mise en œuvre : Noyaux antisida des ministères concernés, ONG, Organisations de jeunes, Ministère de la Santé, Ministère de l'Agriculture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Produit 1.10.1 : 2 787 706 contraceptifs distribués aux femmes séropositives

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

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

- Stratégie 1.10.2.1 : Renforcement des services de planning familial
- Stratégie 1.10.2.2 : Prévention positive chez les femmes séropositives

Stratégie 1.10.2.3 : Intégration des services de planning familial dans les services d'accompagnement psychosocial

Stratégie 1.10.2.4 : Renforcement et extension des services de planning familial et de dépistage dans les structures de PEC globale des PVVIH

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

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

Stratégie 1.11.1.1 : Renforcement de l'intégration de la PTME dans les services PF/SMI des structures sanitaires publiques et privées

Stratégie 1.11.1.2 : Renforcement des plateaux techniques des laboratoires

Stratégie 1.11.1.3 : IEC/CCC sur la PTME

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

Stratégie 1.11.2.1 : Renforcement de l'intégration de la PTME dans les services PF/SMI des structures sanitaires publiques et privées

Stratégie 1.11.2.2 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI

Stratégie 1.11.2.3 : Promotion de l'assurance qualité de l'offre de services PF/SMI/PTME

Stratégie 1.11.2.4 : Renforcement des plateaux techniques des services de gynécologie et obstétrique

Stratégie 1.11.2.5 : Promotion de la fréquentation et de l'utilisation des services PF/SMI/PTME

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

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

Stratégie 1.11.3.2 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI

Stratégie 1.11.1.3 : Promotion de l'assurance qualité de l'offre de services PF/SMI/PTME

Stratégie 1.11.1.4 : Promotion de la fréquentation et de l'utilisation des services PF/SMI/PTME

Stratégie 1.11.1.5 : Approvisionnement en ARV

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

Stratégie 1.11.4.1 : Renforcement de l'intégration de la PTME dans les services PF/SMI des structures sanitaires publiques et privées

Stratégie 1.11.4.2 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI

Stratégie 1.11.4.3 : Promotion de l'assurance qualité de l'offre de services PF/SMI/PTME

Stratégie 1.11.4.4 : Promotion de la fréquentation et de l'utilisation des services PF/SMI/PTME

Stratégie 1.11.4.5 : Approvisionnement en ARV

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

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

Stratégie 1.12.1.1 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI

Stratégie 1.12.1.2 : Promotion de l'assurance qualité de l'offre de services PF/SMI/PTME

Stratégie 1.12.1.3 : Renforcement du système de référence et contre référence

Stratégie 1.12.1.4 : Approvisionnement en ARV

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

Stratégie 1.12.2.1 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI

Stratégie 1.12.2.2 : Renforcement des soins de routine aux nouveau-nés

Stratégie 1.12.2.3 : Approvisionnement en intrants IO

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

Stratégie 1.12.3.1 : Promotion du soutien et conseils liés à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, et accompagnement des mères dans le contexte du VIH

Stratégie 1.12.3.2 : Renforcement du soutien nutritionnel des femmes séropositives et de leurs enfants en y associant le conjoint

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

Stratégie 1.12.4.1 : Renforcement des capacités des services PTME/PF/SMI

Stratégie 1.12.4.2 : Renforcement des capacités pour le diagnostic précoce (4-6S) avec charge virale et administration d'un traitement précoce aux nourrissons infectés

Stratégie 1.12.4.3 : Renforcement des systèmes communautaires

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

Stratégie 1.12.5.1 : Promotion du traitement antirétroviral pour les nourrissons éligibles

Stratégie 1.12.5.2 : Promouvoir la prise en charge nutritionnelle

Mécanisme de mise en œuvre (Effets 1.11 à 1.14)

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Santé

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

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

AXE 2 : INTENSIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

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

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

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

Stratégie 2.1.1.1 : Renforcement des capacités des prestataires de services (publics, privés et associatifs)

Stratégie 2.1.1.2 : Assurance-qualité des prestations y compris accompagnement pour observance au traitement

Stratégie 2.1.1.3 : Mobilisation (implication) communautaire pour le soutien psychosocial aux PVVIH

Stratégie 2.1.1.4 : Renforcement du système d'orientation recours

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

Stratégie 2.1.2.1 : Renforcement du dispositif d'approvisionnement et de distribution des intrants (IO, réactifs et consommables)

Stratégie 2.1.2.2 : Prophylaxie IO

Stratégie 2.1.2.3 : Renforcement des capacités des prestataires de services (publics, privés et associatifs)

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

Stratégie 2.1.3.1 : Traitement IO

Stratégie 2.1.3.2 : Renforcement des capacités des prestataires de services (publics, privés et associatifs)

Stratégie 2.1.3.3 : Renforcement des capacités des laboratoires

Stratégie 2.1.3.4 : Renforcement du dispositif d'approvisionnement et de distribution des intrants (IO, réactifs et consommables)

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

Stratégie 2.1.4.1 : Renforcement des capacités des laboratoires pour le suivi biologique des PVVIH

Stratégie 2.1.4.2 : Renforcement des capacités des prestataires (techniciens de laboratoires)

Stratégie 2.1.4.3 : Mise en place d'un mécanisme national de suivi biologique

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

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

Stratégie 2.2.1.1 : Approvisionnement en ARV

Stratégie 2.2.1.2 : Renforcement des capacités des prestataires

Stratégie 2.2.1.3 : Renforcement des capacités des structures de prise en charge

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

Stratégie 2.2.2.1 : Renforcement des capacités des laboratoires pour la charge virale

Stratégie 2.2.2.2 : Renforcement des capacités des prestataires

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

Stratégie 2.2.3.1 : Intensification du dépistage actif de la tuberculose chez les PVVIH et la prophylaxie à l'isoniazide (INH)

Stratégie 2.2.3.2 : Prise en charge thérapeutique des PVVIH TB+

Stratégie 2.2.3.3 : Intégration de la surveillance de la tuberculose dans les structures de prise en charge des PVVIH

Stratégie 2.2.3.4 : Renforcement du système d'orientation recours.

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

Stratégie 2.2.4.1 : Renforcement des capacités des laboratoires pour le dépistage actif des hépatites B et C chez les PVVIH éligibles.

Stratégie 2.2.4.2 : Renforcement de la prise en charge de la co-infection des hépatites B et C

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

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

Stratégie 2.3.1.1 : Vulgarisation de la loi portant protection des personnes en matière du VIH

Stratégie 2.3.1.2 : Renforcement des capacités des organisations des PVVIH en matière de services juridique complémentaires

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

Stratégie 2.3.2.1 : Renforcement des capacités des magistrats, des officiers de police judiciaire, des professionnels de la santé et des membres des OSC sur la loi portant protection des personnes en matière du VIH

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

Stratégie 2.3.3.1 : Mise en place de mécanismes et de structures de réhabilitation des victimes de discrimination

Stratégie 2.3.2.2 : Renforcement des capacités des organisations de PVVIH et de défense des droits de l'homme

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

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

Stratégie 2.4.1.1 : Mobilisation (implication) communautaire pour le soutien psychosocial aux PVVIH

Stratégie 2.4.1.2 : Prise en charge psychosociale

Stratégie 2.4.1.3 : Prise en charge nutritionnelle

Stratégie 2.4.1.4 : Lutte contre la discrimination et la stigmatisation des personnes infectées et affectées par le VIH

Stratégie 2.4.1.5 : Renforcement des capacités des structures de PEC et des prestataires de services

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

Stratégie 2.4.2.1 : Renforcement des capacités des familles d'accueil des OEV

Stratégie 2.4.2.2 : Mobilisation communautaire pour la prise en charge des OEV

Stratégie 2.4.2.3 : Accès des OEV aux services essentiels (éducation, soins médicaux, inscription au registre des naissances)

Stratégie 2.4.2.4 : Développement des plaidoyers pour un environnement favorable à la PEC des OEV

Stratégie 2.4.2.5 : Soutien juridique aux OEV et familles affectées

Mécanisme de mise en œuvre Axe 2

Organes de coordination techniques et opérationnels : Ministère de la Santé

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

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

AXE 3 : RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET GESTION DE LA REPONSE

Impact axe 3 : La gouvernance de la réponse nationale au VIH et au sida est harmonieuse et performante

Effet 3.1 : Les organes de coordination aux niveaux central, décentralisé et sectoriel assurent efficacement le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH

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

Stratégie 3.1.1.1 : Réorganisation des structures de coordination (diagnostic organisationnel, révision des textes mettant en place les organes)

Stratégie 3.1.1.2 : Création et mise en place des structures décentralisées

Stratégie 3.1.1.3 : Renforcement des rôles et capacités des organes de coordination (fonctionnement, formation)

Stratégie 3.1.1.4 : Plaidoyer politique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Produit 3.3.3 : Les informations stratégiques sont disséminées régulièrement

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

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

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

Stratégie 3.4.1.1 : Plaidoyer politique
 Stratégie 3.4.1.2 : Elaboration du plan

Produit 3.4.2 : Forum des partenaires formalisé et opérationnel

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

Effet 3.5 : L'environnement sociopolitique et légal est favorable à l'amélioration de l'accès de service de qualité pour les populations qui en ont véritablement besoin

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

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

Stratégie 3.5.1.3 : Organisation des groupes

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

Stratégie 3.5.2.1 : Mise en place d'un mécanisme d'acheminement des ressources

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

Mécanisme de mise en œuvre

Organes de coordination techniques et opérationnels : CNLS-IST

Structures de mise en œuvre : SP/CNLS-IST

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

CHAPITRE 5
**CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL
DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ET
EVALUATION DU PSN 2012-2015**

5.1. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PSN 2012-2015

Le cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre du PSN 2012-2015 proposé dans ce plan repose sur les faiblesses et contraintes identifiées dans l'analyse de la réponse notamment l'insuffisance des ressources humaines, la faible fonctionnalité de certains organes de coordination...

5.1.1. Coordination de la mise en œuvre

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

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

Il dispose en son sein de commissions et de groupes de travail chargés d'éclairer par leurs avis et propositions les prises de décisions du CNLS-IST. Il est donc nécessaire de les réactiver afin qu'ils puissent jouer pleinement leurs rôles.

Conformément à ce décret, le CNLS-IST a pour missions de :

- définir les orientations politiques en matière de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles ;
- mobiliser les ressources internes et externes pour la mise en œuvre dudit plan ;
- évaluer l'efficacité de la lutte contre le VIH, le sida et les IST ;
- approuver les budgets et programmes annuels d'action.

Durant la période de mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2015, les réunions régulières du CNLS-IST constitueront le cadre formel de suivi des interventions prévues en vue de s'assurer de l'atteinte des objectifs liés à l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui.

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

- planifier et coordonner les activités de lutte contre le VIH/sida et les IST du niveau décentralisé ;
- participer à la diffusion et à la mise en œuvre des orientations nationales en matière de lutte contre le VIH, le sida et les IST ;
- faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires ;
- mobiliser et gérer les ressources mises à leur disposition ;
- centraliser et examiner les projets de lutte contre le sida et les IST des secteurs relevant de leur zone d'administration territoriale ;
- contrôler l'utilisation des ressources mises à la disposition des structures d'exécution du ressort de leur zone de compétence territoriale ;
- autoriser les transferts de fonds aux unités d'exécution par tranches contractuelles ;
- appuyer et orienter les partenaires régionaux et préfectoraux ainsi que les structures d'exécution dans la mise en œuvre des projets ;
- suivre et évaluer les projets mis en œuvre par les acteurs du niveau décentralisé.

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

a) Niveau Central

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

- susciter l'implication effective des différents secteurs ;
- mobiliser et gérer les ressources pour appuyer la réponse nationale à l'épidémie ;
- assurer la coordination des ressources financières multilatérales, bilatérales et celles de l'Etat affectées à la lutte contre le VIH et le sida ;
- promouvoir l'accessibilité aux soins et traitements aux personnes vivant avec le VIH et le sida y compris l'accessibilité aux anti-rétroviraux ;
- promouvoir et coordonner la recherche dans le domaine du VIH et du sida et assurer la diffusion de l'information ;
- représenter le CNLS-IST aux assises internationales relatives au VIH, au sida et aux IST ;
- organiser des réunions périodiques de suivi avec tous les partenaires de développement ;
- soumettre tous les six (6) mois au CNLS-IST, avant la tenue de sa session ordinaire, un rapport sur l'évolution de l'épidémie et la réponse multisectorielle.

Pour mieux assurer sa mission, le SP/CNLS-IST devra être renforcé et restructuré afin de s'acquitter de sa mission de coordination nationale de la mise en œuvre du PSN 2012-2015. Il s'agira, d'une part, de doter le SP/CNLS-IST en ressources humaines quantitatives et qualitatives, et d'autre part, de mettre en place des structures techniques du SP/CNLS-IST au niveau décentralisé en vue de faciliter le suivi de la mise en œuvre du PSN dans les régions et préfectures.

Le SP/CNLS-IST sera structuré en quatre (4) départements distincts dirigés par des chefs de département :

- le département Communication et Plaidoyer ;
- le département Planification Stratégique, Suivi et Evaluation ;
- le département Administration et Finances ;
- le département Mobilisation de la Réponse Nationale.

En vue de faire jouer pleinement son rôle de coordination nationale pour une réponse multisectorielle, le SP/CNLS-IST devra mettre en place un cadre de concertation réunissant les différents secteurs impliqués dans la mise en œuvre du PSN.

b) Niveaux Régional et Préfectoral

Le SP/CNLS-IST sera représenté au niveau de chaque région par une Cellule Régionale (CR_SP/CNLS-IST) et au niveau de chaque préfecture par une Cellule Préfectorale (CP_SP/CNLS-IST). La CR_SP/CNLS-IST est placée sous l'autorité du Président du Comité Régional de Lutte contre le Sida et la CP_SP/CNLS-IST est placée sous la responsabilité du Président du Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida. Le personnel de chaque cellule sera constitué de chargés en planification, en mobilisation sociale et en suivi et évaluation.

A cet effet, l'organigramme ci-dessous présente les éléments de cette restructuration.

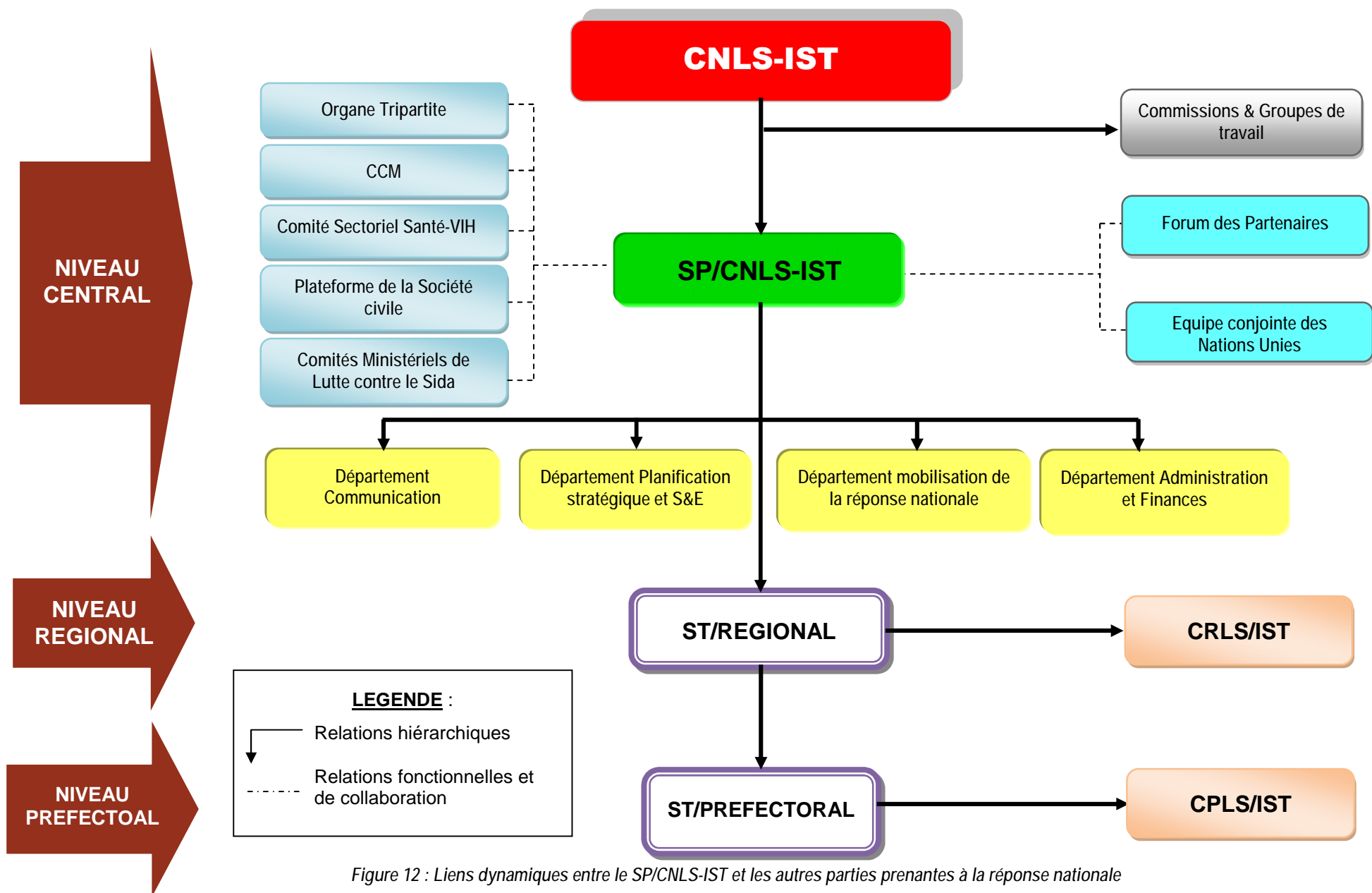


Figure 12 : Liens dynamiques entre le SP/CNLS-IST et les autres parties prenantes à la réponse nationale

Par décret N°2009-221/PR en date du 19 octobre 2009, en son article 31, le SP/CNLS-IST est rattaché au Cabinet Civil de la Présidence de la République. A ce titre, il s'avère nécessaire et stratégique que le Coordonnateur National du SP/CNLS-IST assiste périodiquement aux réunions du Conseil de Cabinet en vue d'informer régulièrement la hiérarchie sur la mise en œuvre du PSN.

Pour améliorer l'exécution du Plan Stratégique National, le SP/CNLS-IST renforcera les capacités des structures de coordination sectorielle et d'exécution (secteurs public et privé, organisations de la société civile).

5.1.1.3 Coordination des partenaires au développement

a) Le Forum des Partenaires

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

b) Equipe conjointe des Nations Unies

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

La responsabilité de l'Equipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH et le sida repose sur la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'un Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et le sida.

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

- apporter un soutien au SP/CNLS-IST pour la mise en place d'une réponse nationale multisectorielle, efficacement coordonnée, conforme à l'obligation d'accès universel aux services de prévention et de traitement ;
- apporter une assistance technique et financière à la réponse nationale selon les avantages comparatifs des co-sponsors décrits dans la Division du Travail de l'ONUSIDA de décembre 2010 ;
- renforcer les capacités de leadership et d'engagement politique des membres du CNLS-IST au plus haut niveau.

c) Le CCM Togo

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

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

5.1.1.4 Structures sectorielles de coordination

Les structures sectorielles de coordination du PSN seront : la **Coordination tripartite** pour le secteur privé, le **Comité Santé VIH et Sida** pour le secteur public et la **Plate-forme** des Organisations de la Société Civile pour le secteur communautaire.

Certaines de ces structures sectorielles de coordination n'existant pas de manière formelle dans le cadre du dispositif de la lutte contre le sida, il conviendra de les créer par des textes afin de légitimer leur mandat.

a) Le Comité Santé VIH et sida

Organe de coordination des interventions développées par tous les départements ministériels, le Comité Santé VIH et sida jouera le rôle d'interface entre les Comités Ministériels de Lutte contre le Sida (CMLS) et le SP/CNLS-IST.

Vu qu'il aura à coordonner la riposte au niveau du secteur public à travers les CMLS et leurs noyaux anti-sida, ceux-ci auront comme attributions de :

- participer à la diffusion et à la mise en œuvre des orientations nationales en matière de lutte contre le VIH, sida et les IST ;
- faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires ;
- mobiliser et gérer les ressources mises à leur disposition ;
- impliquer davantage les responsables des départements dans la lutte contre le sida ;
- élaborer et soumettre au SP/CNLS-IST les plans d'actions pour approbation ;
- appuyer la mise en œuvre et assurer le suivi-évaluation du plan d'action de lutte contre le sida et les IST pour le département ministériel concerné, prenant en compte les directions centrales et déconcentrées du ministère et les structures rattachées.

Les CMLS assureront la mise en place de cellules relais dans les structures déconcentrées et rattachées desdits ministères. Les noyaux anti-sida, cellules techniques des CMLS, seront en charge de la programmation, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation des activités de leurs départements. Ils représenteront leurs institutions d'origine dans les instances de coordination nationale.

b) La coordination du secteur privé

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

- planifier et coordonner les activités de lutte contre le VIH, le sida et les IST dans le secteur privé ;
- participer à la diffusion et à la mise en œuvre des orientations nationales en matière de lutte contre le VIH, le sida et les IST ;
- faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès de ses partenaires y compris des entreprises ;
- mobiliser et gérer les ressources mises à sa disposition ;
- impliquer davantage les responsables des entreprises dans la lutte contre le VIH, le sida et les IST ;
- élaborer et soumettre au SP/CNLS les plans d'actions pour approbation ;
- appuyer la mise en œuvre et assurer le suivi-évaluation du plan d'action de lutte contre le sida et les IST pour les entreprises prenant en compte les structures déconcentrées et décentralisées de l'entreprise.

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

c) La coordination des ONG/Associations

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

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

5.1.2. Secteurs d'intervention

Les parties prenantes qui interviennent dans la lutte contre le sida proviennent de différents secteurs dont les principaux sont : les secteurs public (santé et non santé) et privé (formel et informel), les organisations de la société civile, et les partenaires au développement techniques et financiers.

5.1.3 Stratégies de mise en œuvre du PSN 2012-2015

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

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

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

5.1.3.1. Planification opérationnelle globale et sectorielle

La planification opérationnelle globale de toutes les interventions de la riposte nationale découlera du présent PSN qui sert de document de référence national. Ce Plan Opérationnel National Multisectoriel (PONM) sera élaboré sous le leadership du SP/CNLS avec les parties prenantes pour la mise en œuvre du PSN. Il précisera les activités à mener pour l'atteinte des résultats, les parties prenantes responsables de la mise en œuvre, les coûts, le chronogramme de ces activités. Ce plan prendra aussi en compte les différentes cibles, les axes programmatiques, les zones d'intervention et les thématiques importantes telles que le genre, les droits humains, le renforcement du système communautaire et du système de santé.

Le SP/CNLS-IST élaborera le plan d'action dans le cadre de la mise en application des Trois Principes Directeurs pour assurer un meilleur leadership et une coordination efficace.

Dans le cadre de la décentralisation des activités, la mise en œuvre de ce plan sera traduite au niveau de chaque région et préfecture par la tenue d'un atelier de dissémination du PSN et du PONM. Cette dissémination sera suivie au niveau de chaque région par l'élaboration du plan d'action régional avec la participation de toutes les parties prenantes sous la coordination du CRLS. Au niveau de chaque préfecture, cette démarche sera menée sous la coordination du CPLS.

La mise en œuvre multisectorielle du PSN sera traduite par l'organisation d'un atelier de dissémination du PSN qui sera organisé par le SP/CNLS-IST au niveau de chaque secteur (public à travers les ministères clés, la société civile et le secteur privé) afin de leur permettre de jouer leur leadership quant aux domaines techniques et thématiques qui leurs sont propres.

5.1.3.2. Couverture géographique des interventions

L'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans d'action régionaux devront découler des orientations des Plans Opérationnels Nationaux Multisectoriels (PONM) et tenir compte des réalités de chaque région.

De même, les allocations de ressources à ces régions devraient tenir compte de certaines réalités, notamment :

- la prévalence et l'impact du VIH dans chaque région et au sein des groupes à haut risque et des groupes vulnérables ;
- la cartographie des groupes cibles prioritaires du PSN.

5.2. CADRE ORGANISATIONNEL DE SUIVI ET EVALUATION DU PSN 2012-2015

5.2.1. Présentation et description du Système National de Suivi et Evaluation

Le système national de suivi et évaluation est l'ensemble des ressources issues des différents secteurs impliqués dans la lutte contre le sida au Togo, fonctionnant dans un cadre unique et en interaction dynamique à travers différents domaines de prestation de services et différents niveaux de mise en œuvre.

Sous forme pyramidale, il est structuré en organes de coordination et d'exécution. Chaque partie prenante accordera la priorité aux résultats grâce à la mesure des réalisations et à la systématisation du suivi et de la communication d'informations, gage de la culture d'apprentissage, de transparence et de responsabilité.

Le but du système national de suivi et évaluation est de faciliter la collecte, le stockage, le traitement et la dissémination de l'information sur la réponse nationale à l'épidémie du VIH pour une prise de décision stratégique.

5.2.1.1. Le Cadre Institutionnel du Système National de Suivi et Evaluation

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

a) Au niveau central

• Organe de coordination

L'organe de coordination est le Département Planification, Suivi et d'Evaluation du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST qui travaille en étroite collaboration avec les unités de suivi et évaluation des structures centrales.

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

• Organes d'exécution

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

b) Au niveau régional

• Organes décentralisés de coordination

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

• Organes d'exécution

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

c) Au niveau préfectoral

• Organes décentralisés de coordination

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

- **Organes d'exécution**

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

d) Au niveau communautaire / village

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

5.2.1.2. Rôles et responsabilités des acteurs

Les rôles et responsabilités des acteurs de chacun de ces organes seront décrits dans le plan et le manuel de suivi évaluation.

5.2.2. Principales stratégies

Le système national de suivi et évaluation se dotera des stratégies idoines, dans un contexte de gestion axée sur les résultats, pour s'assurer que les données pertinentes de qualité seront collectées pour mesurer les réalisations de la réponse du pays au VIH.

La mise en place et le développement progressif des 12 composantes du système de suivi-évaluation se fera à travers :

- le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux ;
- la mise en place d'un mécanisme de suivi (plan et manuel de suivi-évaluation) ;
- le renforcement du système de surveillance et de recherche ;
- le renforcement des capacités des acteurs pour la surveillance et la recherche ;
- la mise en œuvre des activités de surveillance et de recherche ;
- la mise en place d'un mécanisme de dissémination de l'information stratégique (évaluation des besoins en informations stratégiques, élaboration d'un plan de dissémination, définition du calendrier de dissémination) ;
- la dissémination régulière de l'information stratégique.

Outre ces stratégies, le Système National de Suivi et Evaluation mettra l'accent sur une stratégie multidimensionnelle de communication et de plaidoyer pour le suivi et évaluation afin de créer une culture favorable au suivi et évaluation et d'aider à réduire toutes les connotations négatives du suivi et évaluation.

5.2.3. Mécanismes

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

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

a) Le suivi

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

b) L'évaluation et la recherche

Le dispositif d'évaluation et de recherche permettra au système national de suivi et d'évaluation de rendre disponibles des données clés afin d'orienter l'amélioration continue des stratégies/interventions et donc de garantir une réponse efficace au VIH. Il s'agira ici, avec l'implication effective de tous les partenaires, d'évaluer périodiquement (mi-parcours et finale) comment et pourquoi les effets sont atteints ou non dans le contexte de mise en œuvre du PSN.

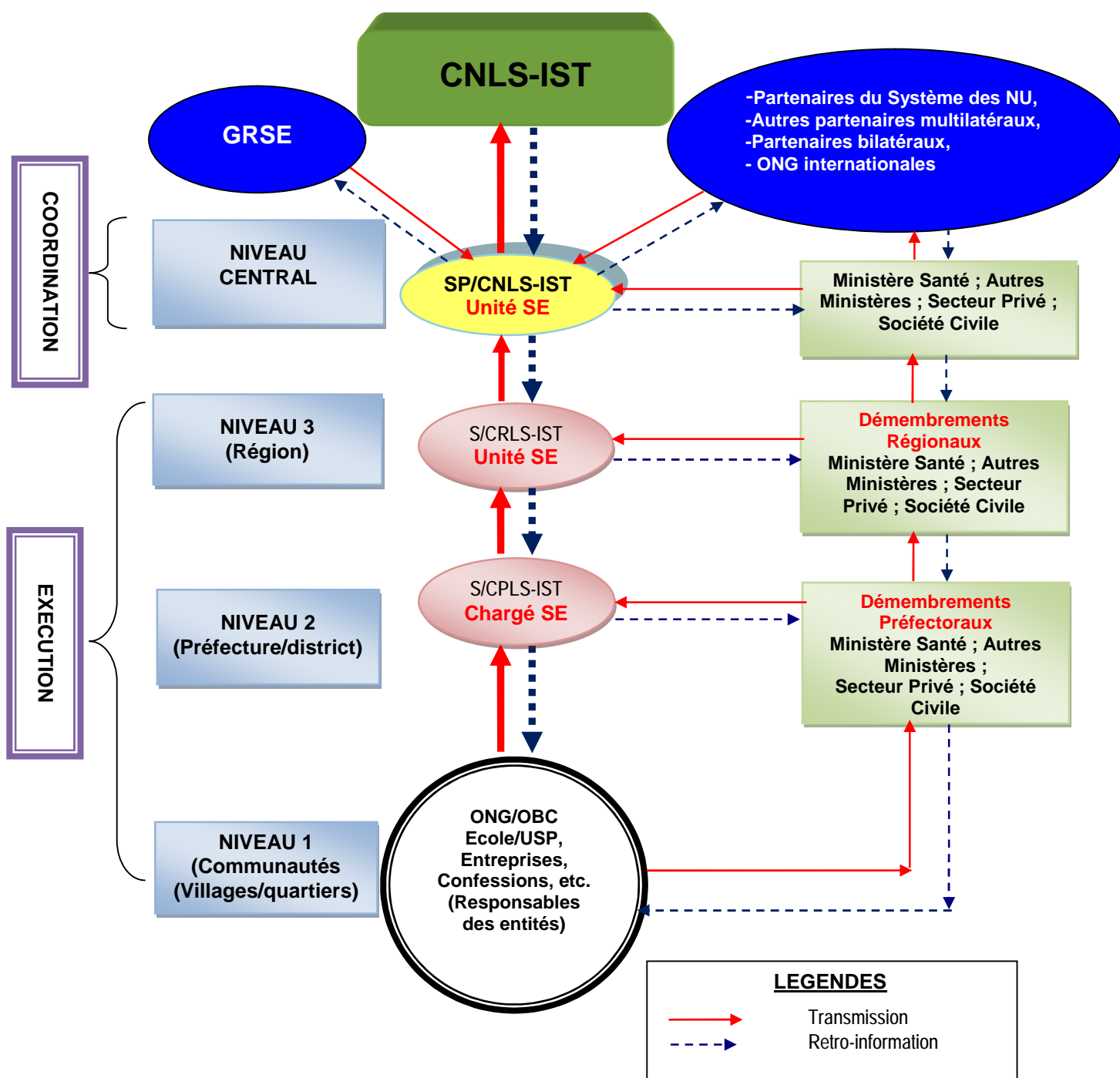


Figure 13 : Fluxogramme des données/informations

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

5.2.4. Indicateurs et cibles par résultats du PSN 2012-2015

Tableau 7 : Indicateurs et cibles par résultats

RESULTATS	INDICATEURS	Données de base			Valeurs à mi-parcours (2013)	Cibles finales (2015)
		Valeur	Année	Source		
AXE 1 : RENFORCEMENT DE LA PREVENTION DE L'INFECTION A VIH ET DES IST						
Impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites dans la population générale de 50% d'ici 2015	Incidence du VIH chez les enfants (0-14 ans) et les adultes (15 ans et plus)	10 000	2009	SPECTRUM	7 500	5 000
	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans ²²	1,5 %	2010	CNLS	1 %	<1 %
	Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives qui sont séronégatifs à 18 mois	7,5 %	2010	PNLS	5 %	<2 %
Effet 1.1. : 90 % des PS adoptent des comportements à moindre risque au VIH	Pourcentage de PS déclarant avoir utilisé le préservatif avec leurs derniers clients	88 %	2010	UNGASS	90 %	90 %
	Pourcentage de PS ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	58,4 %	2010	UNGASS	80 %	90 %
	Pourcentage de PS possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	51,9 %	2010	UNGASS	80 %	90 %
Effet 1.2. : 90 % des HSH adoptent des comportements à moindre risque au VIH	Pourcentage de HSH déclarant avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport annal avec un partenaire masculin	71,7 %	2010	UNGASS	80 %	90 %
	Pourcentage de HSH ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	53,2 %	2010	UNGASS	80 %	90 %
	Pourcentage de HSH possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	54,3 %	2010	UNGASS	80 %	90 %
Effet 1.3. : 90 % des hommes et femmes en uniforme adoptent des comportements à moindre risque au VIH	Pourcentage d'hommes et femmes en uniforme déclarant avoir utilisé le préservatif avec leurs derniers partenaires occasionnels/réguliers	80 %			85 %	90 %
	Pourcentage d'hommes et femmes en uniforme ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	ND			85 %	90 %
	Pourcentage d'hommes et femmes en uniforme possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	ND			85 %	90 %
Effet 1.4. : 90 % des transporteurs et chauffeurs routiers adoptent des comportements à moindre risque au VIH	Pourcentage de transporteurs et chauffeurs routiers déclarant avoir utilisé le préservatif avec leurs derniers partenaires occasionnels/réguliers	77 %			85 %	90 %
	Pourcentage de transporteurs et chauffeurs routiers ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	ND			85 %	90 %

²² Indicateur proxy qui permet de donner une idée sur les nouvelles infections

RESULTATS	INDICATEURS	Données de base			Valeurs à mi-parcours (2013)	Cibles finales (2015)
		Valeur	Année	Source		
	Pourcentage de transporteurs et chauffeurs routiers possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	ND			85 %	90 %
Effet 1.5. : 90 % de la population en milieu carcéral adopte des comportements à moindre risque au VIH	Pourcentage de la population en milieu carcéral qui identifie correctement les 3 modes de prévention	ND			85 %	90 %
	Pourcentage de la population en milieu carcéral ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	ND			85 %	90 %
Effet 1.6. : 90 % des usagers de drogues adoptent des comportements à moindre risque au VIH	Pourcentage d'usagers de drogues déclarant avoir utilisé les seringues à usage unique	ND			85 %	90 %
	Pourcentage d'usagers de drogues déclarant avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND			85 %	90 %
	Pourcentage d'usagers de drogues ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	ND			85 %	90 %
Effet 1.7. : 90 % des jeunes de 15 à 24 ans adoptent des comportements à moindre risque au VIH	Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	30 %	2010	UNGASS	70 %	90 %
	Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui connaissent les modes de transmission, les principaux moyens de prévention du VIH et qui rejettent les idées fausses sur la transmission du VIH	43 %	2010	UNGASS	70 %	90 %
	Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans déclarant avoir utilisé le préservatif avec leurs partenaires	49 %	2010	UNGASS	70 %	90 %
	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	8,8 %	2010	UNGASS	<5 %	<1 %
Effet 1.8. : 80 % des travailleurs adoptent des comportements à moindre risque au VIH	Pourcentage de travailleurs déclarant avoir utilisé le préservatif avec leurs derniers partenaires occasionnels/réguliers	ND			70 %	80 %
	Pourcentage de travailleurs qui connaissent les modes de transmission, les principaux moyens de prévention du VIH et qui rejettent les idées fausses sur la transmission du VIH	ND			80 %	80 %
Effet 1.9. : 90 % des professionnels de santé adoptent des mesures de prévention des AES	Pourcentage de professionnels de santé ayant eu un AES et qui l'ont déclaré	27 %	2009	PNLS	77 %	77 %
	Pourcentage des patients hommes et femmes victimes d'AES ayant reçu une Prophylaxie Post Exposition	ND			30 %	30 %
Effet 1.10 : La sécurité transfusionnelle est assurée à 100% d'ici 2015	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	92,5 %	2009	CNTS	95 %	97 %
Effet 1.11 : 80 % des femmes 15-49 ans adoptent des comportements à moindre risque au VIH	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	37 %	2010	UNGASS	65 %	80 %

RESULTATS	INDICATEURS	Données de base			Valeurs à mi-parcours (2013)	Cibles finales (2015)
		Valeur	Année	Source		
	Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat	53,5 %	2010	UNGASS	70 %	80 %
	Pourcentage de femmes de 15-49 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	34,8 %	2010	UNGASS	60 %	80 %
Effet 1.12 : 80 % des femmes en âge de procréer séropositives adoptent une méthode de planification de leur choix en particulier la double protection	Pourcentage de femmes en âge de procréer séropositives adoptant une méthode de planification de son choix en particulier la double protection	ND			70 %	80 %
Effet 1.13 : La proportion de femmes enceintes séropositives qui adoptent le protocole de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant augmentera de 52 % à 95 %	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	52 %	2010	UNGASS	70 %	95 %
	Pourcentage de nouveau-nés nés de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	52 %	2010	PNLS	70 %	95 %
Effet 1.14 : 90 % des couples mère/enfants issus du protocole PTME vont en consultations postnatales au cours des 18 mois suivant l'accouchement	Proportion d'enfants nés de mères séropositives testés au VIH à 18 mois qui sont séronégatifs	52 %	2010	PNLS	70 %	90 %
AXE 2 : INTENSIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE						
Impact 2 : La survie des personnes (adultes, adolescents et enfants) infectées et affectées par le VIH est améliorée	Pourcentage de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV dont on sait qu'ils sont toujours en vie à 12 mois après le début du traitement	95,1 %	2010	PNLS	97 %	98 %
Effet 2.1 : La proportion des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) qui optent pour le suivi en soins chroniques passe de 35 % à 80 % en 2015	Pourcentage de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) qui bénéficient de soins et de soutien psychosocial	35 %	2010	SP/CNLS	60 %	80 %
Effet 2.2 : La proportion de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) éligibles qui prennent les ARV augmente de 42,3 % en 2011 à au moins 80 % en 2015	Pourcentage de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) à un stade avancé sous antirétroviraux	42,3 %	2010	UNGASS	70 %	80 %
	Pourcentage de tuberculeux dépistés séropositifs au VIH recevant concomitamment le traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	3,6 %	2009	UNGASS	50 %	80 %
Effet 2.3 : Au moins 95 % de la population expriment des attitudes d'acceptation envers les PVVIH	Index de stigmatisation et de discrimination	ND			75 %	95 %
Effet 2.4 : La situation socioéconomique	Taux de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans	76,2 %	2010	MICS4	78 %	80 %

RESULTATS	INDICATEURS	Données de base			Valeurs à mi-parcours (2013)	Cibles finales (2015)
		Valeur	Année	Source		
d'au moins 80 % des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) et des OEV en besoin d'assistance est améliorée	Taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins par rapport aux enfants non orphelins	0,9	2010	MICS4	0,95	0,95
	Pourcentage d'enfants rendus orphelins ou vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des ménages bénéficiant d'une aide extérieure de base gratuite pour leur prise en charge	ND			40 %	50 %
AXE 3 : RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET GESTION DE LA REPONSE						
Impact axe 3 : La gouvernance de la réponse nationale au VIH et au sida est harmonieuse et performante	Le score de l'Indice Composite des Politiques Nationales est passée de 60 % à 90 % en 2015	60 %	2009	SP/CNLS	70 %	90 %
	Montant des dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	11 442 874 593	2010	REDES		
Effet 3.1 : Les organes de coordination aux niveaux central, décentralisé et sectoriel assurent efficacement le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH	Nombre de structures de coordination dont les capacités en ressources humaines répondent aux besoins	1	2011	SP/CNLS	19	41
	Nombre de rencontres annuelles du CNLS	4	2010	SP/CNLS	6	8
Effet 3.2 : Les parties prenantes participent à la réponse nationale au VIH et utilisent de façon optimale les ressources pour créer les services de qualité	Nombre de structures de coordination sectorielle dont les capacités ont été renforcées	8	2010	SP/CNLS	25	42
	Nombre de structures de coordination sectorielle dont les capacités en ressources humaines répondent aux besoins	8	2010	SP/CNLS	25	42
	Nombre de ministères ayant une cellule de coordination fonctionnelle	7	2010	SP/CNLS	20	32
	Nombre de sessions tenues par la plateforme	1	2008	PASCI	2	4
Effet 3.3 : Tous les acteurs utilisent à temps réel l'information stratégique pour orienter la réponse au VIH	Proportion des structures ciblées recevant de manière systématique les données stratégiques	ND			60 %	80 %
	Nombre des documents de plaidoyer produits à partir des données disponibles sur la riposte au Sida	2	2010	CNLS	1	1
Effet 3.4 : Les Partenaires d'appui Technique et Financier s'alignent, harmonisent leurs procédures et contribuent efficacement à la réponse nationale	Nombre de Projets multi pays développés	1	2009	CNLS	2	2
	Nombre d'accords de financement signés	1	2009	CNLS	2	2

5.3. GESTION DES RISQUES

La performance d'un programme dépend, entre autres, de la gestion anticipée des risques qui peuvent survenir à un moment donné de sa formulation et/ou de sa mise en œuvre. Le risque étant défini comme la probabilité de survenue d'un événement pouvant entraver la réalisation des objectifs d'un programme, il peut, d'une part, survenir à tout moment et concerner différents domaines, et d'autre part, revêtir deux typologies c'est à dire être d'origine externe (risques sur lesquels les gestionnaires de programme n'ont pas de contrôle direct) ou d'origine interne (risques sur lesquels les gestionnaires de programme ont un contrôle direct). Les actions éventuelles pour minimiser ces risques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : Conditions de succès de la mise en œuvre du PSN 2012-2015

RISQUES	ACTIONS EVENTUELLES POUR REDUIRE LES RISQUES ET LEUR IMPACT SUR L'ATTEINTE DES RESULTATS
PLANIFICATION	
Faible appropriation du processus par les principaux acteurs	Plaidoyer
Faible implication des parties prenantes	Implication des structures de mise en œuvre dans le processus d'élaboration des Plans opérationnels
Absence d'outil de mise en œuvre du PSN	Plaidoyer Mobilisation des ressources financières et humaines pour la conception des outils
Faible décentralisation	Plaidoyer Implication des structures décentralisées dans le processus, Renforcement de leur capacité en ressources (Humaines, matérielles et financières)
GESTION PROGRAMMATIQUE ET GOUVERNANCE	
Faible engagement politique	Plaidoyer, mise en place d'un cadre de concertation, intégration des questions de suivi de l'élaboration et de la mise en œuvre du PSN au Conseil des Ministres et dans les débats à l'Assemblée Nationale
Faible mobilisation des ressources internes	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes à travers des mécanismes innovants
Retard dans le démarrage du programme	Veiller à un strict respect de la feuille de route et des autres étapes d'opérationnalisation de PSN
Faible performance du programme	Rendre disponible un plan de mise en œuvre du PSN et Assurer de manière périodique l'évaluation du PSN
Instabilité politique	Intégrer dans le Plan National d'Urgence, les activités d'urgence en matière de lutte contre le sida
GESTION FIDUCIAIRE	
Faiblesse dans le financement des Plans opérationnels et sectoriels	Plaidoyer et respect des calendriers d'élaboration des Plans opérationnels, d'évaluation Organisation régulière des réunions de mobilisation des ressources
Insuffisance en ressources humaines dans le domaine de la gestion financière	Elaborer un plan d'assistance technique et y insérer le renforcement des capacités en ressources humaines dans le domaine de la gestion financière
Arrêt du financement des partenaires	Bonne Gouvernance et mobilisation de ressources internes
GESTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES	
Rupture de stocks de médicaments/produits médicaux	Bonne Gouvernance, Plan GAS, mettre en place un comité de quantification avec une large représentation
Détournements/vols/perte de médicaments/produits médicaux	Bonne Gouvernance Mettre en place des outils de gestion des intrants, développer un mécanisme d'évaluation périodique de la gestion des

	stocks à tous les niveaux
SUIVI & EVALUATION	
Manque de ressources pour l'opérationnalisation du PNSE	Rendre disponible le plan de SE budgétisé, plaider pour le financement de ce plan et assurer un suivi de la mise en œuvre de ce plan
Non disponibilité/mauvaise qualité des données de routine	Renforcer les capacités des acteurs du SE à tous les niveaux Harmoniser et simplifier les outils de SE
Non disponibilité des données sur les effets et impacts	Mobiliser les ressources pour les enquêtes nationales Audit régulier des données

CHAPITRE 6
CADRAGE BUDGETAIRE DU PSN 2012-2015

6.1. Mobilisation des ressources

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN 2012-2015, la mobilisation des ressources portera sur les ressources humaines, matérielles et financières.

6.1.1. Ressources humaines

La qualité de la mise en œuvre du plan est liée à la qualité des ressources humaines qui vont l'exécuter. C'est pourquoi il est important que les dispositions soient prises pour renforcer en nombre et en qualité les ressources humaines à tous les niveaux. Pour ce faire, le cadre institutionnel prévoit au niveau du Secrétariat Permanent des responsables pour impulser et coordonner les réponses locales, sectorielles, le suivi et l'évaluation, la gestion des finances et l'administration.

Il est prévu également de renforcer les capacités techniques et managériales du personnel d'exécution à tous les niveaux aussi bien du secteur public, privé que de la société civile.

6.1.2. Ressources matérielles/équipements

La mise en œuvre correcte du plan nécessite des investissements en équipements et en moyens logistiques importants afin de permettre au pays de parvenir à l'impact escompté. Cette mobilisation des ressources matérielles sera faite aussi dans le domaine de la surveillance épidémiologique, du dépistage, de la prise en charge des infections opportunistes et par les ARV, les activités de prévention, la coordination, etc.

Il est opportun que le volet maintenance des équipements soit assuré de manière régulière pour garantir l'exécution harmonieuse des activités.

6.1.3. Ressources financières

L'exécution des plans opérationnels issus du PSN requiert des ressources financières importantes qui doivent être mobilisées aussi bien auprès du Gouvernement, des acteurs locaux nationaux et internationaux que des sources extérieures de financement.

A cet effet, toutes les possibilités de mobilisation de financements devront être explorées dont les principales sont les suivantes :

- Table ronde périodique de mobilisation des ressources ;
- Soumission de propositions au Fonds Mondial dans le cadre du mécanisme de financement transitoire ;
- Prospection pour la mobilisation des ressources auprès des institutions comme la BAD, la Banque Mondiale... ;
- Budgétisation des interventions par secteur dans la loi des finances ;
- Inscription d'une ligne budgétaire VIH dans les budgets des collectivités locales ;
- Prise d'initiatives de mobilisation des ressources par les entreprises privées pour le financement de leurs plans d'actions VIH ;
- Mobilisation de ressources auprès des institutions ou structures locales pour la mise en œuvre des plans régionaux et locaux ;
- Recours à d'autres stratégies de mobilisation des ressources telles que les téléthons et le prélèvement des taxes.

Des plaidoyers seront faits en vue de la mise en œuvre du plan de mobilisation des ressources internes élaboré.

6.2. Gestion des ressources

La gestion financière des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN 2012-2015 se fera selon un mécanisme qui prend en compte les faiblesses relevées au cours de l'analyse de la réponse. Ce mécanisme fera en sorte que les appuis extérieurs s'alignent sur les procédures nationales et les priorités du DSRP en matière de sida. Ce mécanisme sera basé sur les manuels de procédures des différentes conventions signées.

Dès l'adoption de ce PSN, tous les financements prévus pour sa mise en œuvre seront retracés dans un plan de financement qui sera élaboré pour couvrir la durée du plan opérationnel national. Chaque source de financement devra y faire inscrire les montants par année et leurs affectations par axe stratégique, par sous-programmes et par secteur d'intervention.

Il sera également élaboré un plan de mobilisation des ressources en vue de combler le gap de financement.

Ces plans (Financement et mobilisation des ressources) seront adoptés par tous les acteurs impliqués et auront un caractère contractuel entre chaque bailleur et l'Etat togolais. Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST suivra au quotidien le respect des engagements pris à partir de ces plans.

A cet effet, il produira chaque trimestre un rapport de suivi qui fera le point des ressources mobilisées, y compris celles inscrites au budget de l'Etat et effectivement engagées et ordonnancées.

Le SP/CNLS-IST, jouant le rôle d'Agent Financier des fonds mobilisés pour la mise en œuvre du présent Plan Stratégique, devra mettre à la disposition des bénéficiaires de ces fonds un manuel de gestion Administrative, Comptable et financière simplifié. Il sera fait obligation à tout bénéficiaire de gérer les fonds conformément aux procédures adoptées.

Les bénéficiaires produiront chaque trimestre des rapports de suivi financier et programmatique qu'ils transmettront au Secrétariat Permanent du CNLS-IST. Le SP/CNLS-IST produira un rapport consolidé qui prendra en compte les rapports de tous les bailleurs. Ce rapport consolidé sera transmis à tous les bailleurs et présenté aux réunions du CNLS-IST.

A la fin de l'année civile, tous les bailleurs disposeront de 45 jours pour produire et transmettre au SP/CNLS-IST, leurs rapports annuels de gestion.

Un système de contrôle de la gestion financière permettra une bonne utilisation des ressources mises à la disposition des différents intervenants. Ce système comprend le contrôle interne et le contrôle externe.

a) Contrôle interne

Les procédures de contrôle interne sont définies par le manuel des procédures financières et comptables.

b) Contrôle externe

Le contrôle externe est assuré par :

- les audits externes indépendants
- les organes spécialisés de l'Etat : la cour des comptes, le contrôle supérieur de l'Etat.

6.3. Estimation du coût du PSN 2012-2015

Le coût du Plan Stratégique National 2012-2015 a été estimé à l'aide de l'outil « *Ressources Needs Model* » (RNM). Ce modèle, mis en place par l'ONUSIDA avec l'appui technique de Future Institute, est recommandé aux différents pays pour la budgétisation des plans stratégiques de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

La détermination des besoins financiers s'est faite à partir des données de base de l'année 2008, des données issues des études, et des données de population du logiciel *SPECTRUM*.

L'estimation des coûts du PSN s'est faite en trois étapes notamment : i) la collecte des données épidémiologiques et des coûts unitaires ; ii) la fixation des cibles ; iii) le traitement des données et la vérification des projections financières.

6.3.1. Collecte des données épidémiologiques et des coûts unitaires

Les données qui ont servi à l'estimation des coûts ont été collectées auprès des institutions et ministères concernés. Les sources de collecte étaient essentiellement les rapports annuels sur le

VIH (Rapport UNGASS 2008, Rapport PNLIS 2008, REDES 2008) les rapports des études et enquêtes, les plans et documents de programmation.

En ce qui concerne les coûts unitaires, le pays ne disposant pas d'une étude sur les coûts, une comparaison entre les coûts proposés par le PSN du Burkina Faso, de l'étude sur l'analyse des coûts de la Côte d'Ivoire et ceux proposés par le manuel d'utilisation du RNM a été faite. Pour la majorité des coûts unitaires proposés, les coûts moyens du manuel d'utilisation ont été considérés.

6.3.2. Fixation des cibles de départ et des cibles en fin 2015

Sur la base des ambitions du PSN, les cibles de départ (année 2008) et les cibles finales ont été fixées (2015) pour les différents items du modèle. La fixation des cibles a été faite par consensus au cours d'un atelier des personnes ressources.

6.3.3. Traitement des données et vérification des projections financières

Les données une fois validées ont fait l'objet d'introduction dans les feuilles du RNM concernées. Le modèle a généré le budget en les déclinant suivant certaines rubriques. Un travail d'extraction et de consolidation a permis de sortir le budget suivant différentes rubriques : budget total, budget par axe et par domaine d'intervention.

6.4. Budget prévisionnel du PSN 2012-2015

6.4.1. Budget global

Le budget prévisionnel global du PSN 2012-2015 s'élève à **Cent quarante un milliards trois cent vingt huit millions trois cent soixante neuf mille cent vingt (141 328 369 120) francs FCFA** soit **trois cent millions six cent quatre vingt dix huit mille six cent cinquante huit (300 698 658) dollars US**. Le tableau ci-après présente ce budget.

Tableau 9 : Budget prévisionnel global des interventions du PSN 2012-2015

AXES STRATEGIQUES / INTERVENTIONS	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST	6 048 395 118	6 578 067 111	7 193 263 733	7 736 499 722	27 556 225 684	19,50%
Populations prioritaires	2 127 562 642	2 296 971 274	2 462 950 118	2 625 739 351	9 513 223 385	6,73%
Interventions centrées sur les jeunes	610 418 068	744 487 790	875 167 280	1 002 692 490	3 232 765 628	2,29%
Professionnelles du sexe et clients	303 338 474	314 621 885	326 187 185	338 035 673	1 282 183 217	0,91%
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	15 307 857	16 578 809	17 834 434	19 074 868	68 795 969	0,05%
Mobilisation de la communauté	523 821 358	587 799 770	651 015 027	713 473 850	2 476 110 005	1,75%
Usagers de drogues	67 813 698	63 673 185	59 578 610	55 529 579	246 595 072	0,17%
Population en milieu carcéral	43 437 735	40 785 550	38 162 790	35 569 202	157 955 276	0,11%
Transporteurs et chauffeurs routiers	376 621 291	353 625 860	330 885 556	308 398 188	1 369 530 894	0,97%
Corps habillés	186 804 160	175 398 426	164 119 236	152 965 501	679 287 324	0,48%
Prestation de services	3 651 949 782	3 956 775 874	4 346 084 778	4 663 903 075	16 618 713 509	11,76%
Fourniture de préservatifs	1 441 390 608	1 506 262 642	1 570 329 974	1 633 599 778	6 151 583 003	4,35%
Traitement des IST	173 483 427	210 597 672	247 273 632	283 515 152	914 869 883	0,65%
Conseil et dépistage volontaire	806 152 194	932 010 106	1 056 374 357	1 179 258 079	3 973 794 736	2,81%
PTME	1 109 884 139	1 165 045 304	1 308 799 721	1 385 088 308	4 968 817 473	3,52%
Média de masse	121 039 414	142 860 150	163 307 093	182 441 758	609 648 414	0,43%
Soins de santé	125 424 853	124 694 223	123 967 849	123 245 706	497 332 632	0,35%
Sécurité du sang	125 424 853	124 694 223	123 967 849	123 245 706	497 332 632	0,35%
Lutte contre les violences faites aux femmes	143 457 841	199 625 739	260 260 989	323 611 589	926 956 158	0,66%
Mobilisation de la communauté	21 919 184	30 745 432	40 862 361	52 246 510	145 773 487	0,10%
Education	1 489 758	2 414 045	3 606 240	5 092 790	12 602 833	0,01%
Professionnelles du sexe	3 052 270	3 849 726	4 660 301	5 483 685	17 045 983	0,01%
Soins de santé	84 861	122 378	166 184	216 164	589 587	0,00%
Jeunes non scolarisés	96 659 421	137 916 067	182 331 235	228 138 351	645 045 074	0,46%
ONG	10 126 173	12 289 045	14 317 334	16 217 045	52 949 598	0,04%
Autre Institution	10 126 173	12 289 045	14 317 334	16 217 045	52 949 598	0,04%
Intensification de la prise en charge globale	16 165 849 065	17 888 875 037	18 946 689 529	19 996 162 976	72 997 576 607	51,65%
Thérapie ARV	10 036 835 000	11 655 030 841	12 612 752 356	13 553 763 652	47 858 381 849	33,86%
Soins et prophylaxie non ARV	5 373 531 565	5 502 496 322	5 634 556 234	5 769 785 583	22 280 369 704	15,76%
Soins des orphelins	755 482 501	731 347 874	699 380 939	672 613 741	2 858 825 054	2,02%
Renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse	9 007 876 016	9 921 345 041	10 599 751 048	11 245 594 724	40 774 566 829	28,85%
Environnement favorable	353 206 483	389 024 380	415 625 257	440 949 337	1 598 805 456	1,13%
Gestion des programmes	4 664 991 278	5 138 057 851	5 489 390 185	5 823 859 166	21 116 298 481	14,94%
Recherche	266 570 930	293 603 306	313 679 439	332 791 952	1 206 645 627	0,85%
Suivi et évaluation	999 640 988	1 101 012 397	1 176 297 897	1 247 969 821	4 524 921 103	3,20%
Communication stratégique	510 927 616	562 739 669	601 218 925	637 851 242	2 312 737 453	1,64%
Approvisionnement, magasins, transport	266 570 930	293 603 306	313 679 439	332 791 952	1 206 645 627	0,85%
RH au niveau des programmes	91 078 401	100 314 463	107 173 808	113 703 917	412 270 589	0,29%
Formation	666 427 325	734 008 264	784 198 598	831 979 881	3 016 614 069	2,13%
Équipement de laboratoire	1 188 462 064	1 308 981 405	1 398 487 500	1 483 697 454	5 379 628 423	3,81%
Total Unité de FCFA	31 222 120 200	34 388 287 189	36 739 704 310	38 978 257 421	141 328 369 120	100 %
Total Unité de USD	66 430 043	73 166 568	78 169 584	82 932 463	300 698 658	

La répartition de ce budget par axe stratégique montre que le **Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST** (axe 1) représente **19 %** contre **52 %** pour l'**Intensification de la prise en charge globale** (axe 2) et **29 %** pour le **Renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse** (axe 3). Le graphique suivant illustre cette répartition.

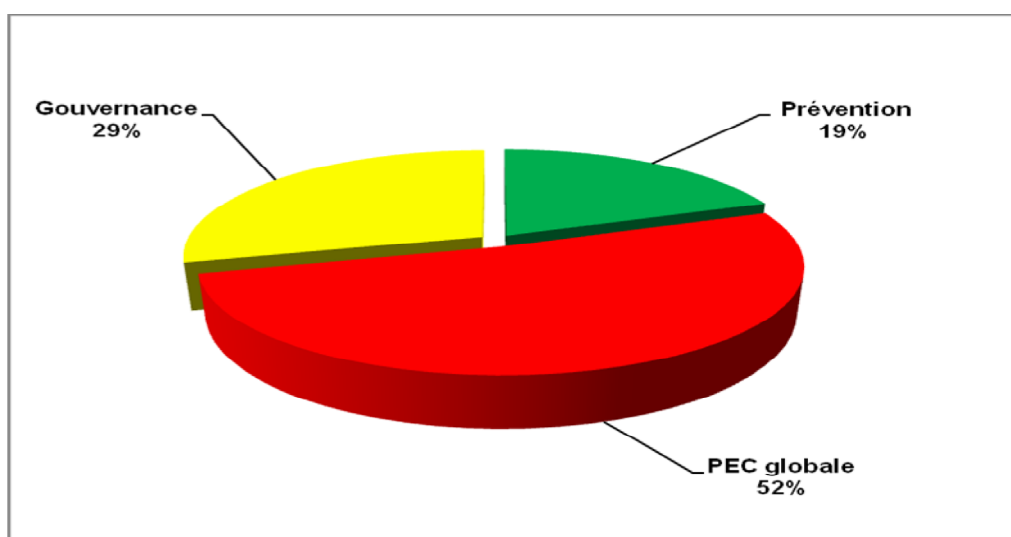


Figure 14 : Répartition du budget global par axe stratégique

Le graphique suivant illustre la répartition du budget par axe et par an :

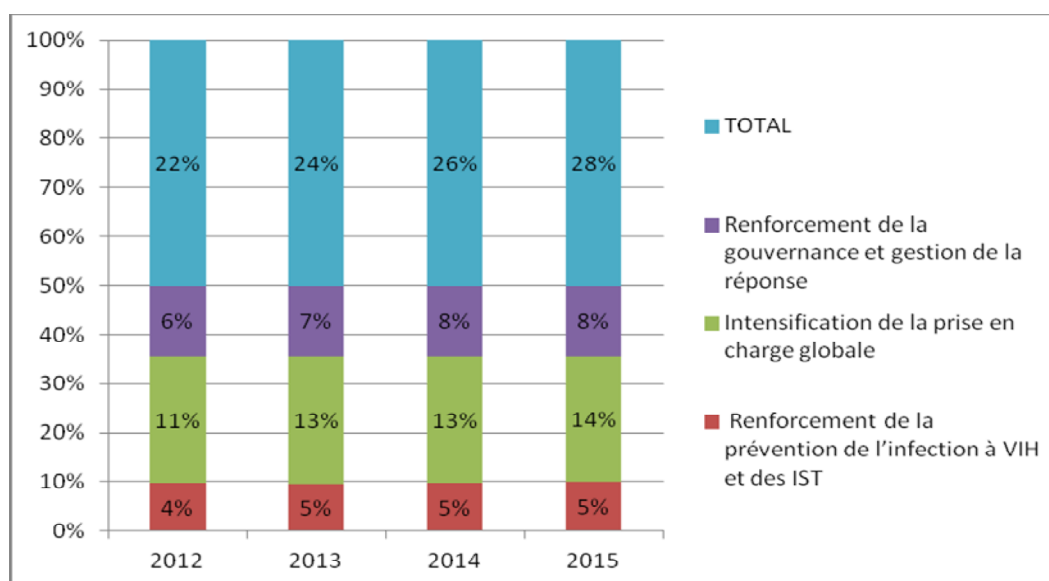


Figure 15 : Répartition du budget par axe et par an

6.4.2. Affectation des ressources

6.4.2.1. Budget de l'axe Prévention

Le coût de l'axe stratégique 1 « **Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST** » évalué à **vingt sept milliards cinq cent cinquante six millions deux cent vingt cinq mille six cent quatre vingt quatre (27 556 225 684) francs CFA** comprend essentiellement :

- les services offerts aux populations bénéficiaires à hauteur de **9 513 223 385 FCFA**, soit **35 %** du budget de l'axe 1 ;
- les prestations de services (fournitures de préservatifs, traitement des IST, conseil dépistage, PTME, média de masse) d'un coût de **16 618 713 509 FCFA**, soit **60 %** ;
- les soins de santé (sécurité du sang, prophylaxie post exposition) estimés à **497 332 632 FCFA**, soit **2 %** ;

- la lutte contre les violences faites aux femmes pour un coût de **926 956 158 FCFA**, soit 3 %.



Figure 16 : Répartition du budget de l'axe 1 (Prévention)

Le budget des interventions à l'endroit des groupes prioritaires se répartit comme suit :

- Les jeunes : **3 232 765 628 FCFA**, soit 34 % du montant des cibles prioritaires ;
- Les professionnelles du sexe et clients : **1 282 183 217 FCFA**, soit 13 % ;
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) : **68 795 969 FCFA**, soit 1 % ;
- La mobilisation de la communauté : **2 476 110 005 FCFA**, soit 26 % ;
- Les usagers de drogues : **246 595 072 FCFA**, soit 3 % ;
- Les prisonniers : **157 955 276 FCFA**, soit 2 % ;
- Les transporteurs et chauffeurs routiers : **1 369 530 894 FCFA**, soit 14 % ;
- Les corps habillés : **679 287 324 FCFA**, soit 7 %.

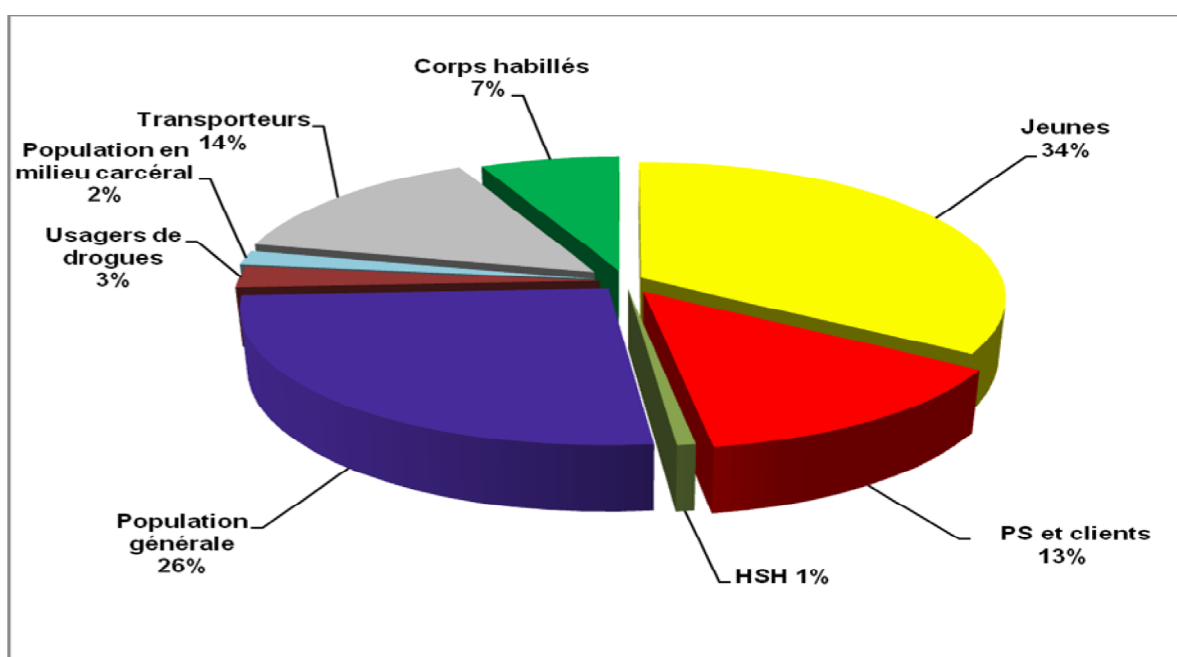


Figure 17 : Affectation des ressources de « Prévention » par population bénéficiaire

L'affectation des ressources par prestation de services se présente comme suit :

- La fourniture de **préservatifs** : **6 151 583 003 FCFA**, soit 37 % ;
- Le traitement des IST : **914 869 883 FCFA**, soit 6 % ;
- Le conseil et dépistage volontaire (CDV) : **973 794 736 FCFA**, soit 24 % ;
- La PTME : **4 968 817 473 FCFA**, soit 30 % ;
- Les médias de masse : **609 648 414 FCFA**, soit 4 %.

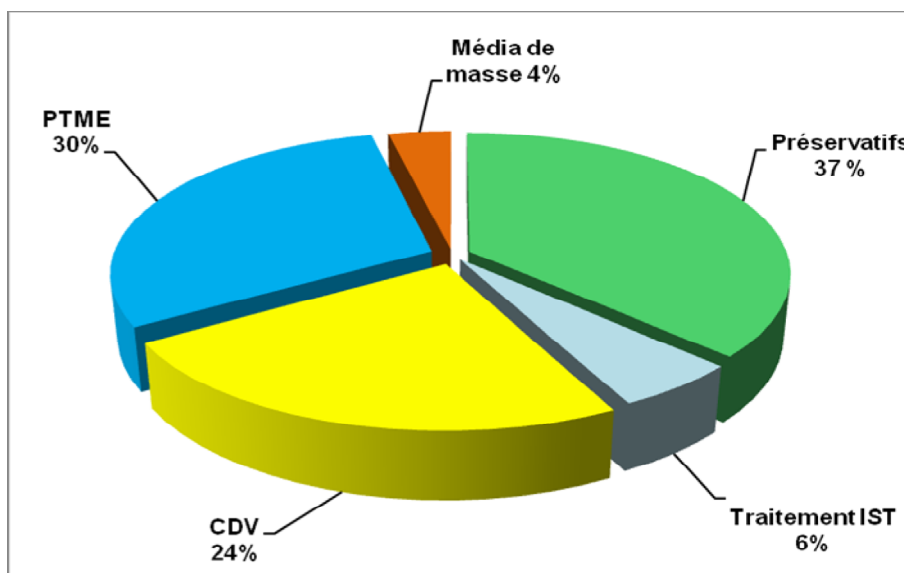


Figure 18 : Affection des ressources de « Prévention » par prestations de services

6.4.2.2. Budget de l'axe *Prise en charge globale*

L'axe stratégique 2 « *Intensification de la prise en charge globale* » est évalué à **soixante douze milliards neuf cent quatre vingt dix sept millions cinq cent soixante seize mille six cent sept (72 997 576 607) francs CFA**, soit 52 % du coût total du PSN. Il est réparti comme suit :

- la thérapie ARV : **16 621 930 385 FCFA**, soit 23 % du coût de l'axe stratégique 2 ;
- les examens en laboratoire : **21 851 710 000 FCFA**, soit 30 % ;
- les soins à domicile, soins palliatifs : **9 384 741 465 FCFA**, soit 13 % ;
- les soins et prophylaxie non ARV : **22 280 369 704 FCFA**, soit 31 % ;
- les soins des orphelins (OEV) : **2 858 825 054**, soit 4 %.

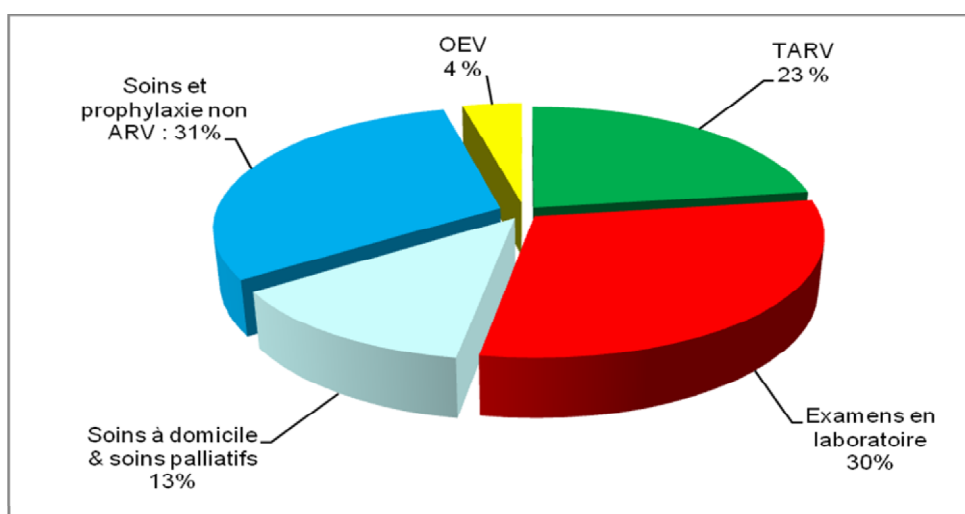


Figure 19 : Répartition du budget de l'axe 2

6.4.2.3. Budget de l'axe *Gouvernance*

L'axe stratégique 3 « **Renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse** » est estimé à **quarante milliards sept cent soixante quatorze millions cinq cent cinquante six mille huit cent vingt neuf (40 774 566 829) francs CFA**, soit 29 % du budget global du PSN.

Les ressources de cet axe sont affectées de la manière suivante :

- l'environnement favorable : **1 598 805 456 FCFA**, soit 4 % du budget de l'axe 3 ;
- la gestion des programmes : **21 116 298 481 FCFA**, soit 52 % ;
- la recherche : **1 206 645 627 FCFA**, soit 3 % ;
- le suivi et évaluation : **4 524 921 103 FCFA**, soit 11 % ;
- la communication stratégique : **2 312 737 453 FCFA**, soit 6 % ;
- l'approvisionnement, magasins et transport : **1 206 645 627 FCFA**, soit 3 % ;
- les ressources humaines au niveau des programmes : **412 270 589 FCFA**, soit 1 % ;
- la formation : **3 016 614 069 FCFA**, soit 7 % ;
- l'équipement de laboratoire : **5 379 628 423 FCFA**, soit 13 %.

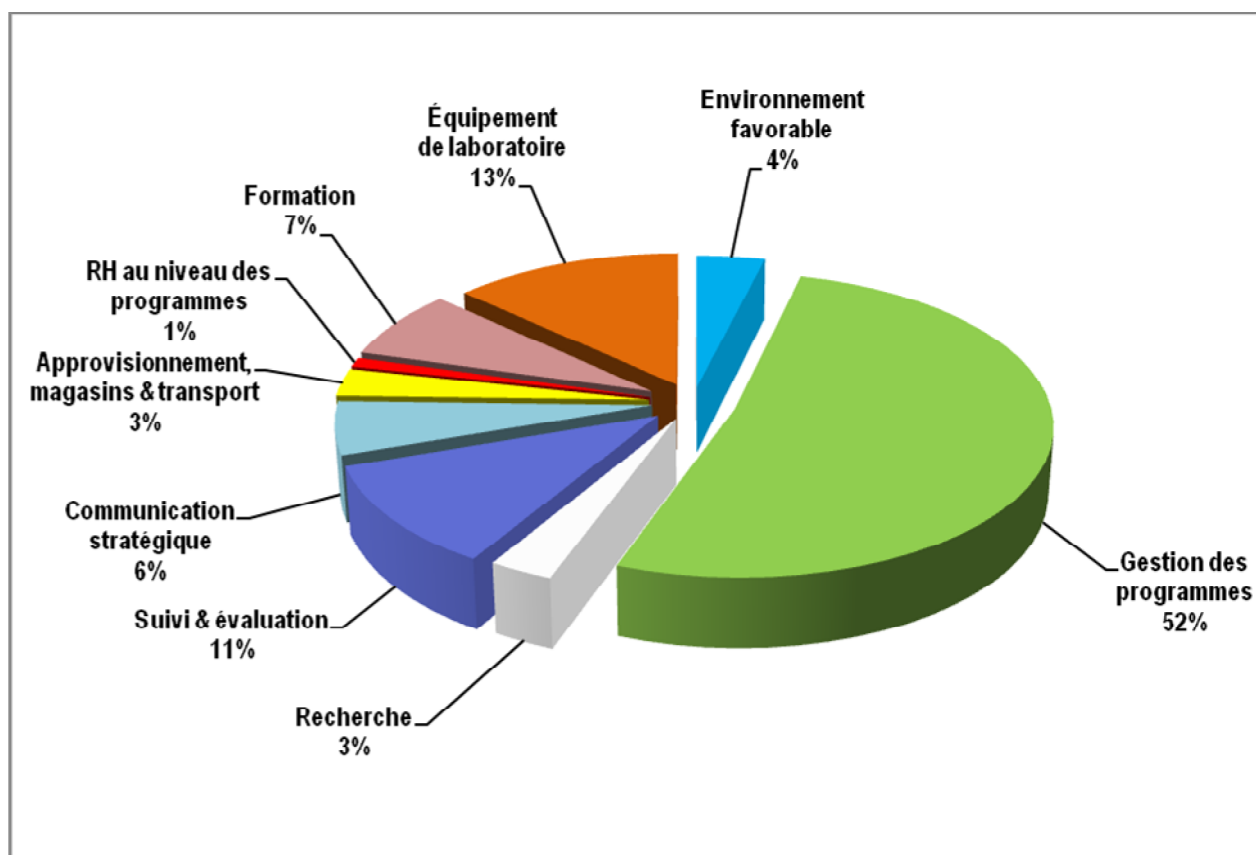


Figure 20 : Répartition du budget de l'axe 3

6.5. Financement du budget du PSN 2012-2015

La mise en œuvre du PSN 2012-2015 sera financée par l'Etat Togolais et tous ses partenaires financiers (multilatéraux, bilatéraux, organisations et fondations internationales...).

Le montant des financements déclarés par certains de ces partenaires pour appuyer la mise en œuvre du PSN 2012-2015 s'élève à **32 575 098 632 FCFA** (69 308 720 USD), soit **23 %** du budget total. Le besoin de financement restant à rechercher est de **108 753 278 542 FCFA** (231 389 954 USD) soit **77 %** du budget.

Tableau 10 : Financements disponibles et gap financier

	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
BUDGET DU PSN	31 222 122 212	34 388 289 202	36 739 706 324	38 978 259 436	141 328 377 174	100 %
FINANCEMENTS DISPONIBLES	8 335 392 285	10 411 411 235	10 575 581 057	3 252 714 056	32 575 098 632	23 %
GAP FINANCIER A RECHERCHER (FCFA)	22 886 729 927	23 976 877 968	26 164 125 267	35 725 545 380	108 753 278 542	77 %

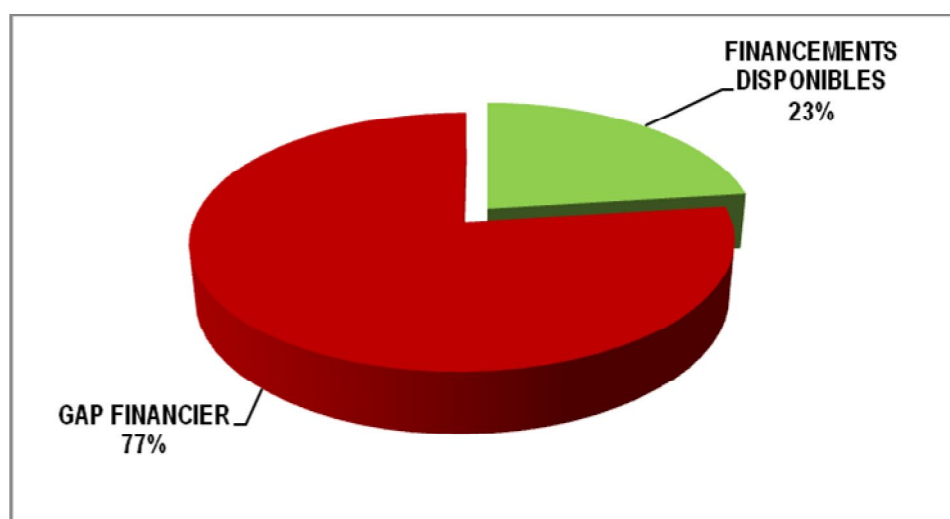


Figure 21 : Situation du financement du PSN 2012-2015

En considérant le budget total du PSN, la contribution de l'Etat représente 5 % contre 14 % pour le Fonds Mondial, 2 % pour le Système des Nations Unies, 1,8 % pour les partenaires bilatéraux et 1 % pour les organisations internationales.

Tableau 11 : Situation des contributions des partenaires par rapport au budget du PSN

PARTENAIRES FINANCIERS	CONTRIBUTIONS	% par rapport au budget du PSN
Etat	7 050 000 000	5%
FMSTP	19 229 048 197	14%
SNU	2 577 900 000	2%
Bilatéraux	2 482 257 615	1,8%
ONG Internationales	1 085 892 820	1%
TOTAL DES FINANCEMENTS DISPONIBLES	32 425 098 632	23%
BUDGET TOTAL DU PSN 2012-2015	141 328 377 174	

Cependant, par rapport aux financements disponibles, la contribution de l'Etat représente 22 % contre 59 % pour le Fonds Mondial, 8 % pour l'ensemble du Système des Nations Unies, 8 % pour les partenaires bilatéraux et 3 % pour les organisations internationales. Mais il faut

souligner que certains partenaires financiers ne se sont prononcés que pour la première année ou les deux premières années.

Tableau 12 : Situation des financements disponibles pour la mise en œuvre du PSN 2012-2015

PARTENAIRES FINANCIERS	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
Etat	1 200 000 000	2 000 000 000	2 000 000 000	2 000 000 000	7 200 000 000	22,10%
FMSTP	5 036 264 017	6 888 308 754	7 304 475 425	-	19 229 048 197	59,03%
ONUSIDA	35 720 000	-	-	-	35 720 000	0,11%
PNUD	188 000 000	188 000 000	188 000 000	188 000 000	752 000 000	2,31%
OMS	40 890 000	40 890 000	-	-	81 780 000	0,25%
UNICEF	300 000 000	200 000 000	200 000 000	200 000 000	900 000 000	2,76%
UNFPA	188 000 000	192 700 000	206 800 000	220 900 000	808 400 000	2,48%
AFD	304 499 831	-	-	-	304 499 831	0,93%
Amb. USA	117 500 000	-	-	-	117 500 000	0,36%
USAID	477 623 870	607 344 058	504 889 792	470 400 064	2 060 257 784	6,32%
IPPF	37 812 077	34 372 161	36 944 654	38 942 807	148 071 700	0,45%
GSK	19 678 710	-	-	-	19 678 710	0,06%
Fondation Clinton	2 350 000	-	-	-	2 350 000	0,01%
OPALS	74 460 570	-	-	-	74 460 570	0,23%
GIP ESTHER	134 471 185	134 471 185	134 471 185	134 471 185	537 884 740	1,65%
Croix Rouge Suisse	44 032 291	36 084 743	-	-	80 117 034	0,25%
Plan Togo	47 649 400	2 800 000	-	-	50 449 400	0,15%
OCDI /Caritas	86 440 333	86 440 333	-	-	172 880 667	0,53%
TOTAL FINANCEMENTS DISPONIBLES	8 335 392 285	10 411 411 235	10 575 581 057	3 252 714 056	32 575 098 632	100,00%

Vu l'importance du gap financier à rechercher, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes et externes est vivement recommandé. Le SP/CNLS-IST collectera chaque année les financements disponibles. A cet effet, une table ronde de mobilisation des ressources sera organisée sous l'autorité du Président du CNLS-IST pour permettre de collecter assez de ressources pour la mise en œuvre du PSN 2012-2015.

Dans le contexte de rareté des ressources financières au niveau mondial, il est probable que le besoin de financement de la riposte au VIH ne soit pas couvert par la mobilisation des ressources malgré tout l'effort qui sera déployé pour le plaidoyer.

Des scénarii de financement seront donc envisagés en vue de préserver et renforcer les acquis de la riposte au VIH suivant les priorités des interventions des axes stratégiques. Il s'agira d'accorder un peu plus d'importance à certaines interventions.

Le tableau suivant montre la situation des financements disponibles par axe stratégique et par domaine d'intervention par année.

Tableau 13 : Etat de financement du PSN 2012-2015 par axe stratégique et par année

AXES STRATEGIQUES / DOMAINES D'INTERVENTION	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
PREVENTION	2 366 044 033	2 408 944 250	2 232 073 624	1 195 899 156	8 202 961 063	25,18%
IEC/CCC	811 755 151	753 763 894	724 674 131	339 397 713	2 629 590 890	8,07%
Conseil et dépistage volontaire	152 147 472	297 612 005	297 415 678	229 409 503	976 584 658	3,00%
Préservatif	470 735 900	423 099 040	215 068 875	219 088 915	1 327 992 729	4,08%
PTME	898 707 177	902 270 978	966 714 941	379 803 025	3 147 496 121	9,66%
Sécurité Transfusionnelle	9 198 333	8 698 333	0	0	17 896 666	0,05%
Violences basées sur le genre	23 500 000	23 500 000	28 200 000	28 200 000	103 400 000	0,32%
PRISE EN CHARGE GLOBALE	3 668 154 180	5 796 655 166	6 197 322 335	1 124 708 529	16 786 840 210	51,53%
Prise en charge médicale	2 964 474 013	5 076 026 684	5 511 911 389	1 074 816 727	14 627 228 813	44,90%
Accompagnement psychosocial	653 810 170	684 810 141	684 284 040	48 703 554	2 071 607 906	6,36%
Soutien aux OEV	49 869 996	35 818 341	1 126 905	1 188 248	88 003 491	0,27%
GOVERNANCE	2 301 194 072	2 205 811 818	2 146 185 098	932 106 370	7 585 297 359	23,29%
Coordination	1 670 297 014	1 505 295 351	1 454 741 882	547 407 999	5 177 742 247	15,89%
Suivi et Evaluation	404 803 140	423 502 072	470 043 311	230 667 439	1 529 015 962	4,69%
Recherche	226 093 918	277 014 394	221 399 906	154 030 932	878 539 151	2,70%
TOTAL	8 335 392 285	10 411 411 235	10 575 581 057	3 252 714 056	32 575 098 632	100,00%
% par année	25,59%	31,96%	32,47%	9,99%	100,00%	

La répartition des ressources disponibles ainsi que du gap à rechercher pour le financement de la mise en œuvre du PSN est présentée par axe stratégique dans le tableau ci-après.

Tableau 14 : Répartition des ressources disponibles et du gap à rechercher par axe stratégique

AXES STRATEGIQUES	Budget PSN	%	Ressources disponibles	%	Gap (à rechercher)	%
Prévention	27 556 225 684	19,5%	8 202 961 063	25,2%	19 353 264 621	17,8%
Prise en charge globale	72 997 576 607	51,7%	16 786 840 210	51,5%	56 210 736 397	51,7%
Gouvernance	40 774 566 829	28,9%	7 585 297 359	23,3%	33 189 269 470	30,5%
TOTAL	141 328 369 120	100%	32 575 098 632	100%	108 753 270 488	100%

BIBLIOGRAPHIE

N° OUVRAGES

- 1 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat, décembre 2011
- 2 Analyse de la situation du secteur de la santé au Togo, 2011, Ministère de la Santé
- 3 Analyse de la situation et de la réponse à l'épidémie du VIH au Togo, SP/CNLS-IST
- 4 Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté au Togo, 2011, Ministère Planification et Aménagement du Territoire
- 5 Le Togo se mobilise autour des OMD, 3^{ème} Rapport de suivi des OMD, 2010
- 6 Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015, déc. 2011, Ministère de la Santé
- 7 Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida du Ministère de la sante 2009-2013
- 8 Plan Stratégique Régional de Lutte contre le VIH et le sida de la CEDEAO, 2012-2016
- 9 Programme de lutte contre le VIH chez les femmes au Togo, 2010, Ministère de la Promotion de la Femme
- 10 Rapport annuel des activités 2010 du PNLS-IST
- 11 Rapport d'étude CAP-IST/VIH/sida Togo, 2010, PSI/Togo
- 12 Rapport de consultation régionale sur la prévention et le traitement du VIH chez les usagers de drogue par injection et prisonniers en Afrique de l'ouest et du centre, déc. 2009
- 13 Rapport de l'Enquête sur les Questionnaires Uniques de l'Indice de Bien-Être
- 14 Rapport ONUSIDA, 2010
- 15 Rapport sur le suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH et le sida, 2010 (UNGASS 2010), SP/CNLS-IST
- 16 Revue du PSN 2007-2010, SP/CNLS-IST
- 17 Stratégie nationale d'Accès Universel aux services de soins et traitement en matière de VIH et du Sida au Togo 2011-2015, PNLS

ANNEXES

LE PREMIER MINISTRE

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail - Liberté - Patrie

ARRETE N° 2011- 022 /PMRT
PORTANT ATTRIBUTIONS ET FONCTIONNEMENT DES ORGANES
D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES 2011-2015

LE PREMIER MINISTRE,

- Vu la Constitution du 14 octobre 1992 ;
- Vu le décret n° 2001-173/PR du 11 octobre 2001 modifié par le décret n° 2004-054/PR du 28 janvier 2004 portant création du Conseil national de lutte contre le SIDA et les Infections sexuellement transmissibles ;
- Vu le décret n° 2004-076/PR du 31 mars 2004 modifiant le décret n° 2002-023/PR du 08 mai 2002 portant nomination des membres du secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le SIDA et les Infections sexuellement transmissibles ;
- Vu le décret n° 2010-035/PR du 07 mai 2010 portant nomination du Premier ministre ;
- Vu le décret n° 2010-036/PR du 28 mai 2010 portant composition du gouvernement, ensemble les textes qui l'ont modifié ;

A R R E T E :

Article 1^{er} : Les organes de coordination du processus d'élaboration du plan stratégique national de lutte contre le sida 2011-2015 sont les suivants :

- le comité multisectoriel de pilotage de la planification stratégique (CMPPS) ;
- la cellule de coordination de la planification stratégique (CCPS).

CHAPITRE I^{er} - DU COMITE MULTISECTORIEL DE PILOTAGE DE
LA PLANIFICATION STRATEGIQUE (CMPPS)

Article 2 : Le comité multisectoriel de pilotage de la planification stratégique (CMPPS) est l'organe de décision et de validation du processus d'élaboration du plan stratégique national 2011-2015.

Article 3 : Le comité multisectoriel de pilotage de la planification stratégique (CMPPS) assure la gestion et le suivi de chaque étape du processus d'élaboration du Plan stratégique national 2011-2015. A cet effet, il est chargé de :

- veiller au respect et à l'adaptation de l'agenda ;
- valider les différents termes de référence, protocoles d'enquêtes et autres produits élaborés dans le cadre de la planification ;
- valider le budget du processus ;
- mobiliser les ressources financières, humaines et logistiques appropriés auprès des partenaires nationaux et internationaux ;
- organiser la validation du plan stratégique national ;
- de développer la stratégie de communication autour du processus.

Article 4 : Le comité multisectoriel de pilotage de la planification stratégique (CMPPS) est composé ainsi qu'il suit :

1. le coordonnateur général des programmes gouvernement/système des Nations Unies, **président** ;
2. le coordonnateur national du SP/CNLS-IST, **1^{er} vice-président** ;
3. un (1) représentant du ministère de l'économie et des finances, chargé du budget, **2^e vice-président** ;
4. le point focal VIH de la Primature, **membre** ;
5. le représentant résident de l'OMS Bureau Togo, **membre** ;
6. le coordonnateur pays ONUSIDA, **membre** ;
7. un (1) représentant du ministère de la santé, chargé de la politique nationale de la santé, **membre** ;
8. un (1) représentant du ministère de la planification et du développement, chargé du DSRP, **membre** ;
9. le président du Conseil national du patronat ou son représentant, **membre** ;
10. le secrétaire permanent du CCM, **membre** ;
11. le coordonnateur national du PNLS, **membre** ;
12. le coordonnateur du PASCI, **membre** ;
13. un (1) représentant de PSI-Togo, **membre** ;
14. le président du réseau togolais des PVVIH, **membre** ;
15. le président de la plate forme des OSC du Togo, **membre** ;
16. le représentant des organisations syndicales siégeant au sein du CNLS-IST, **membre** ;

17. le représentant des organisations de tradithérapeutes siégeant au sein du CNLS, **membre** ;
18. le représentant de la coordination nationale des confessions religieuses, **membre**.

Article 5 : Le comité multisectoriel de pilotage de la planification stratégique (CMPPS), se réunit une fois par mois, sur convocation de son président, au siège du secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le sida et les IST.

Le comité multisectoriel de pilotage de la planification stratégique (CMPPS), peut, en outre, se réunir en tant que besoin.

CHAPITRE II - CELLULE DE COORDINATION DE LA PLANIFICATION STRATEGIQUE (CCPS)

Article 6 : Sous l'autorité du président du comité multisectoriel de pilotage de la planification stratégique (CMPPS), la cellule de coordination de la planification stratégique (CCPS) est chargée de :

- suivre et mettre en application les orientations du CMPPS ;
- mettre en place les groupes de travail thématiques et superviser leur travail ;
- préparer les termes de références (TDR) des consultants et des différentes étapes à soumettre au comité multisectoriel ;
- préparer les réunions du CMPPS ;
- assurer le suivi de la feuille de route ;
- confectionner les budgets détaillés des différentes étapes du processus de planification.

Article 7 : La cellule de coordination de la planification stratégique (CCPS) est composée comme il suit :

- le coordonnateur national adjoint (CNA) du SP/CNLS, **président** ;
- le chargé de suivi et évaluation de l'ONUSIDA, **vice-président** ;
- trois (3) experts nationaux en planification stratégique, **membres** ;
- deux (2) représentants de l'unité suivi et évaluation du SP/CNLS, **membres** ;
- le responsable communication du SP/CNLS, **membre** ;
- la responsable réseaux communautaires du SP/CNLS, **membre** ;
- la gestionnaire de programme du SP/CNLS-IST, **membre** ;
- le responsable suivi évaluation du PNLS, **membre**.

La cellule de coordination peut, en cours du processus de planification, s'adjoindre des personnes ressources, notamment :

- les points focaux des ministères intéressés par la lutte contre le VIH et le SIDA ;
- les chefs de programmes thématiques ;
- les points focaux des partenaires au développement ;
- les représentants des organisations de la société civile (OSC), des organisations confessionnelles et syndicales, du secteur privé ;
- les représentants des PVVIH, des TS et des HSH ;
- toute autre personne ressource ou expertise nationale.

Article 8 : Le ministre de la santé et le coordonnateur national du secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le SIDA et les IST sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal officiel de la République togolaise.

Fait à Lomé, le 22 août 2011



SIGNE

Gilbert Fossoun HOUNGBO

Pour ampliation

Le Secrétaire général du gouvernement



Ralouki MASSINA

Annexe 2 : Liste des personnes impliquées dans l'élaboration du PSN 2012-2015

1. Comité Multisectoriel de Pilotage de la Planification Stratégique (CMPPS)

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Institution	Rôle	Contacts
1	DOEVI Abbékoé Dodzi	Coordonnateur Général des Programmes Gouv./SNU	Président	90 04 33 81 doeviedgard@yahoo.fr
2	TAGBA Abi Tchao	Coordonnateur National SP/CNLS-IST	1 ^{er} Vice-président	22 61 62 77 cnls@laposte.tg
3	SEMODJI M. Djossou	Directeur de Cabinet Ministère de l'Economie et des Finances	2 ^{ème} Vice-président	22 21 68 50 mawussidsemodji@yahoo.fr
4	OURO-BAWINAY Tchatomby	Point Focal VIH / Primature	Membre	90 22 35 28 ourobata@yahoo.fr
5	M'PELE K. Pierre	Représentant de l'OMS Bureau Togo	Membre	22 21 33 60 mpelep@tg.afro.who.int
6	SALL Tamsir	Coordonnateur Pays ONUSIDA	Membre	sallt@unids.org
7	TCHAMDJA Potougnima	Conseiller Technique / Min. Santé	Membre	90 17 19 41 potoutcha05@yahoo.fr
8	KAMAGA Koubalékota	Secrétaire Technique ST-DSRP / Ministère Planification	Membre	90 12 51 56 pkamaga@yahoo.fr
9	Mme LEGUEDE Candide	Présidente du Comité Travail et Affaires Sociales / Conseil National du Patronat	Membre	cnp_togo@yahoo.fr
10	PIGNANDJI Akou	Secrétaire Permanent du CCM Togo	Membre	22 22 75 03 pignandiakou@yahoo.fr
11	PITCHE Paloukinam	Coordonnateur National du PNLS	Membre	22 20 94 39 ppitche@yahoo.fr
12	SOME Jean-François	Coordonnateur du PASCI	Membre	98 45 99 99 jean.francois.some@undp.org
13	KOUASSI Kontévi	Représentant Résident p.i. de PSI-Togo	Membre	22 22 27 55
14	DOKLA K. Augustin	Président du Réseau Togolais des PVVIH	Membre	90 17 23 75 ras_togo@yahoo.fr
15	SODJI K. Dométo	Président de la Plateforme OSC VIH Togo	Membre	90 12 37 57 plateformeoscvihtogo@yahoo.fr
16	WILSON Séwa M.	Représentant des Organisations Syndicales au sein du CNLS-IST	Membre	90 05 78 53 wilseben@yahoo.fr
17	LAKASSA Essossiminam	Représentant des Organisations de Tradithérapeutes au CNLS-IST	Membre	90 10 42 13 lakassae@yahoo.fr
18	AMEGAH Kwaku	Président / Coordination Nationale des Confessions Religieuses contre le Sida	Membre	90 04 31 22 amegkwa@yahoo.fr

2. Comité de Coordination de la Planification Stratégique (CCPS) / Equipe Technique de Rédaction

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Institution	Rôle	Tél. / Email
1	AMOSSOU Kégnidé	Coordonnateur National Adjoint SP/CNLS-IST	Président	90 04 35 47 damoussou@yahoo.fr
2	Dr TAKPA Vincent	Chargé S&E Bureau Pays ONUSIDA	Vice-président	90 04 20 92 takpak@unids.org
3	Dr DEKU Kodzo	Responsable Unité S&E PNLS	Membre	90 04 01 47 dkodzo@voila.fr
4	Dr AKAYA Toi	Consultant National en Planification Stratégique	Appui technique	90 04 12 88 akayatoli@yahoo.com
5	YINA Dominique	Responsable S&E UONGTO / Consultant National	Appui technique	22 20 48 99 gwatienna@yahoo.fr
6	GNAMETCHO Kokou	Direction du Budget / MEF	Appui technique	gnamnes@yahoo.fr
7	GNASSE Atinédi	Responsable Communication / SP/CNLS	Membre	90 13 64 75 gnassea@cnls.tg
8	GOUNA-TIGOE Yawo	Responsable Réseaux Communautaires au SP/CNLS-IST	Membre	99 46 60 12 yawogouna@yahoo.fr
9	DJAHLIN Bernice	Gestionnaire de Programme / SP/CNLS	Membre	90 02 84 04 djahlinbernice@yahoo.fr

Annexe 2 : Liste des personnes impliquées dans l'élaboration du PSN 2012-2015

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Institution	Rôle	Tél. / Email
10	AGBOGAN Hilaire	Assistant S&E / SP/CNLS-IST	Membre	92 52 48 97 hilaire.agbogan@yahoo.fr
11	DETI Kossi Edouard	Médecin Epidémiologiste / SP/CNLS	Membre	92 65 33 39 edouard.deti@live.fr
12	AKIM Mabafai	Assistant Réseaux Communautaires SP/CNLS-IST	Membre	90 13 33 30 akim_mabafai@yahoo.fr
13	KOUDAYA A. Roland	Assistant Administratif / SP/CNLS-IST	Membre	90 35 70 09 rolando15fr@yahoo.fr

3. Représentants des différents secteurs ayant pris part au processus d'élaboration du PSN 2012-2015

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Institution	Rôle	Tél. / Email
REPRESENTANTS DU SECTEUR PUBLIC				
1	ABALO-TCHAMDJA Laure	Responsable Unité IST-IC / PNLS	90 04 88 63	abalokla@yahoo.fr
2	AGBEDJIDJI A. Gabriel	Point Focal VIH / Ministère Eco. et Finances	836 73 44	agbegabrians@yahoo.fr
3	AHADZI-AZANLEDJI Justine	Magistrat, Point Focal VIH / Min. Justice	90 04 09 40	justine1962@yahoo.fr
4	AÏSSAH Watasséknm	SFE/SP PNLS/PTME	90 06 94 91	aissaclaire@yahoo.fr
5	AKPALOU D. Emmanuel	Responsable SE / CAMEG	90 30 88 67	dakpalou@cameg-togo.tg
6	AMEKO Kafui	Point Focal VIH / Min. Dév. Base, Jeunesse	91 15 83 42	amekokafui@gmail.com
7	BAKUSA Dankom	Chef DPP / Ministère de la Santé	90 01 59 51	dan.bakusa@yahoo.fr
8	BOKO Afi	Point Focal VIH / MPF	22 20 08 20 90 03 07 29	nicolboko@yahoo.fr
9	DAMESSI Yawo-Mensah	Responsable SIS et Logistique / DSF	90 10 90 94	bdamessi@yahoo.fr
10	DOTSE Dayake	DRS Lomé Commune	90 06 07 79	gbdotse@yahoo.fr
11	Dr ABALO Kodjo	DCSSA / FAT OHP	90 01 35 48	kodjo@atms.tg
12	Dr AFANOUEKOE A. Sepopo	DSST / Direction Générale du Travail et des Lois Sociales	90 89 69 96	asafanoukoe@gmail.com
13	Dr AFETSE Jean-Pierre	DDS N° 2 / Lomé Commune	90 04 09 83	afetsejean@hotmail.com
14	Dr AMIDOU Moussa	DRS Région des Savanes	90 09 72 62	amidou_moussa@yahoo.fr
15	Dr APETSIANYI Yawa Josée	DRS Région Maritime	90 16 14 45	jyda2624@yahoo.fr
16	Dr ATCHA-OUBOU Tinah	DRS Région Centrale	90 01 45 21	atchaoubou@yahoo.fr
17	Dr D'ALMEIDA Stephane	Chargé de S&E au PNLS-IST	90 81 81 74	sengedi@hotmail.com
18	Dr FETEKE Lochina	Directeur Adjoint /CNTS	90 16 29 99	feteke@yahoo.fr
19	Dr NYAGBLODJRO K. Justin	DRS Région de la Kara	90 09 65 55	docjustin2011@yahoo.fr
20	Dr SAKA Bayaki	Prescripteur ARV / CHU Tokoin	90 08 88 20	barthelemysaka@yahoo.fr
21	Dr TOKE Yaovi Temfan	DRS Région des Plateaux	90 19 68 08	tokeyaovi@hotmail.com
22	GNAMETCHO Kokou	Direction du Budget / MEF		gnamnes@yahoo.fr
23	GNANSA K. Bénédicte	Point Focal VIH / MASSN	90 24 29 31	bgnansa@yahoo.fr
24	HODO Ama Loewu	Point Focal VIH / MDHCDFC	90 21 83 04	hodoaime@yahoo.fr
25	HOUNKPATI Komla	Point Focal VIH / DRS Lomé Commune	90 25 59 49	hiliaskomla@yahoo.com
26	KELMA B. Hidane	Responsable UCD / PNLS	90 09 84 94	kelhib2000@yahoo.fr
27	KIELEM Aristide	Assistant Technique ST-DSRP	91 47 13 83	arkielem@gmail.com
28	MENSAH Kossi Mihlamgbidi	Point Focal VIH / MEPSA	90 26 84 70	messen154@yahoo.fr
29	Mme AKPADJA Yavi Ahoefavi	Sage femme / DSF	90 16 87 00	louiseakpadjasp16@yahoo.fr
30	SOSSAH Wadagni	Point focal RSS / Ministère de la Santé	90 94 48 62	sossahremi@yahoo.fr

Annexe 2 : Liste des personnes impliquées dans l'élaboration du PSN 2012-2015

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Institution	Rôle	Tél. / Email
31	TCHA-KOURA D. Ibrahim	Assistant Médical / PNLS-IST	90 08 96 74	tchakourai@yahoo.fr
32	TEKOU K. Takhoumba	Point Focal VIH / Min. Défense	90 05 73 07	blaisetakh@hotmail.fr
33	TOTAH Ayité	Point Focal VIH / METFP	90 29 99 38	totah16@yahoo.fr
REPRESENTANTS DU SECTEUR PRIVE				
1	ADANLETE LAWSON Akuelé	Point Focal VIH / Port Autonome de Lomé	90 15 73 00	yevona1@yahoo.fr
2	AFFO-WALOH Bansabi	Ministère Commerce et Promotion du Secteur privé	90 20 20 20	bansabia45@yahoo.fr
3	AGBENOU Emmanuel	Point Focal VIH / CSTT	90 11 32 38	agbenouemma@yahoo.fr
4	BOUKPESSI-MOROUMA Tèta	Point Focal VIH / SAZOF	90 07 84 95	tilanavif@yahoo.fr
5	KADJAKA Tikpana	Point Focal VIH / UGSL	90 04 48 76	
6	KAZANDOU Essohana	Secrétaire Général / Chambre des Métiers	22 33 32 31 90 16 97 68	crmlome@yahoo.fr
7	KLUTSE Kékéli	Juriste, Point Focal VIH / Conseil National du Patronat	22 21 08 30 90 02 90 74	cnp_togo@yahoo.fr
8	KOMBATE-AWADE	Point Focal VIH / SNPT (Kpémé, Hahotoé)	90 11 05 27	melono15@yahoo.fr
9	MISSODEY Kodjovi Georges	Secrétaire Général Adjoint p.i. / UNSIT	90 31 33 82	gmissodey@yahoo.fr
10	Mme DOVI Adjoa Alougba	Point Focal VIH / CGCT	90 09 23 20	dovpaule2002@yahoo.fr
11	TOGBE A. Vénuyé	CNTT	90 05 90 91	togbeveronica@yahoo.fr
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE				
1	AGBEKPONOU Patience	Vice-Présidente / ATBEF	90 01 22 95	atbefsiege@yahoo.fr
2	AKOLLY K. Rodrigue	Directeur AV-Jeunes	22 30 56 08 98 78 78 70	contact@avjeunes.org
3	ANANI Ama Akofa	OPS / Jade pour la Vie	92 42 97 12	anani_ama@yahoo.fr
4	ANATO Simplicie	Directeur Exécutif ONG ARC-EN-CIEL	90 35 68 27	anasimple2000@yahoo.fr
5	ASSIROU Saka	Président C.A. / CILSIDA	90 98 03 23	cilsida@yahoo.fr
6	ASSOU Edo	Comptable AST-Togo	90 95 55 43	asdo76x@yahoo.fr
7	AYIVI Hayibo Kodjo A.	Directeur Millénium Friends	90 12 35 21 98 29 33 13	millenium-friends@hotmail.fr
8	AZIATI Y. Mawuyram	Assistant Médical / JMAH	92 42 91 41	aziatimawuyram@yahoo.fr
9	BOSRO A. Akofa Sedo	Chargée de Programme ASDEB	22 51 46 37 90 16 47 78	asdebtg@yahoo.fr
10	DJARKI NADEGJO Namga	Chargée Suivi et Evaluation / ONG FAMME	99 48 47 04	fenadja@yahoo.fr
11	DOKLA Kokouvi Augustin	Président RAS+ Togo	90 17 23 75	doklatino@yahoo.fr
12	Dr ABALO Kodjo	DCSSA / FAT OHP	90 01 35 48	kodjo@atms.tg
13	Dr MABOUDOU Angèle A.	Chargé de programme / PASCI	22 21 90 40	angelemab@yahoo.fr
14	Dr NYAGBLODJRO K. Justin	DRS Région de la Kara	90 09 65 55	docjustin2011@yahoo.fr
15	Dr TOUSSA-AHOSSU Solange	Directrice Exécutive de l'ATBEF	22 21 41 93	solangetoussa@yahoo.fr
16	DZAKAS Y. S. Antoine	Président / ONG PDH	90 10 46 34 22 51 77 52	centre_social@yahoo.fr
17	EDIKOU B. Prosper	Assistant au Coordinateur VIH / CRT	90 96 20 85	edikprosper@yahoo.fr
18	GNAGLO Monique	Responsable Admin. / CRIPS Togo	90 22 90 86	mgnaglo2002@yahoo.fr
19	HODANOU Benoît Abaly	Secrétaire Général OCDI Nationale	22 26 02 95	
20	HODOR Koami	Président ACS	90 27 56 49	actioncontrelesidatogo@yahoo.fr
21	HOUNNOUGBO Bernard	Directeur / Centre Espérance LOYOLA	98 28 92 80	hounnougbo.bernard@centrelloyola
22	ISSIFOU Aboulaye	Directeur / ONG CERMETRA	90 95 02 55	cermetrarc85@yahoo.fr

Annexe 2 : Liste des personnes impliquées dans l'élaboration du PSN 2012-2015

N°	Nom et Prénoms	Fonction / Institution	Rôle	Tél. / Email
23	KELEM Yvette-Atany	Plan Togo	22 26 78 36	yvette-Atany.KELEM@plan-international.org
24	KUGBE Kossi Yves	Chargé de programme HSH / EVT	90 05 34 05	dumas90@hotmail.com
25	N'DITSI Kofi Anani	Volontaire ATBEF	90 25 60 84	kofinditsi@gmail.com
26	NAGBE Robert-Hugues	Conseiller Technique RECORD	90 03 03 13	record@togo-imnet.com
27	NANDJI Bolagbén Nestor	Chargé de la Logistique / SP/CNLS	91 97 98 27	nesdollar1@yahoo.fr
28	N'SOUVI A. D. Viviane	Chargée de Communication / Jade pour la Vie	91 75 44 89	viviclub2000@yahoo.fr
29	PANA Tétougnima	DAF / ATBEF	22 21 41 93 90 01 74 08	ahmedpana@hotmail.com
30	PANAKINAOU Piyalou	Directrice Exécutive / Assistance Plus Togo	91 92 57 43	assistanceplus_togo@gmail.com
31	SEDOH Komlan Blaise	Coordonnateur Programme VIH / CRT	90 05 92 52	btsedoh@yahoo.fr
32	SODJI K. Dométo	Président Plateforme OSC VIH Togo	89 12 37 57 99 44 37 97	famme_togo@yahoo.fr
33	Sœur Véronique MEDENDZI	Coordinatrice Santé OCDI/Caritas Togo	90 84 15 67	veronique.medendzi@ocdi-nationale.org
34	SOZOUHOIN Ayayivi	Chargé Suivi et Evaluation / CACIEJ Togo	92 39 69 56	ayayivi12@gmail.com
35	TAKPA K. Basile	Assistant DE / UONGTO	90 79 45 65	uongto_togo@yahoo.fr
36	TCHAGOU Adekédeou John	Chargé de la Communication / PSI Togo	90 02 79 61	jitchagou@atms.tg
37	TCHALLA Jules	Chargé S&E / EVT	90 33 12 56	julestchalla@yahoo.fr
38	TOSSOU Sidémého Lucie	Coordinatrice AMACACH	90 06 44 70	amacach05@live.fr
REPRESENTANTS DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS				
1	ABALO Komi	Chargé de programme VIH / UNICEF	91 42 31 88	kabalo@unicef.org
2	AFELI Abra Jeanne	Chargée de Programme VIH / UNFPA	99 43 52 60	afeli@unfpa.org
3	ANTONIO Flore Ayélé	Associée de Programme VIH / PNUD	90 11 73 15	flore.antonio@undp.org
4	ASSAMAGA Anoumou Xavier	Coordonnateur GIP ESTHER	90 31 09 19	coordination.togo@esther.fr
5	BARE Clémence	Regional Program Adviser / ONUSIDA Dakar	(221) 869 06 47	barec@unaids.org
6	Dr AGBEKOU Jérôme	DPC-OMS / Togo	99 13 22 59	agbekouj@tg.afro.who.int
7	Dr FOLY Ayoko Léocadie	Coordinatrice Programme / OPALS Togo	90 14 97 77	faleoca@yahoo.fr
8	Dr KPINSAGA Djouba	PF/SMIR/RSI/OMS	90 04 69 54	kpinsagaa@tg.afro.who.int
9	Dr TAKPA K. Vincent	M&E / Bureau ONUSIDA Togo	90 04 20 92	takpak@unaids.org
10	N'GUESSAN Serge	Représentant Résident Bureau National de la BAD au Togo	21 22 80 02 22 22 80 03	s.nguessan@afdb.org
11	PETEREIT Emilie	Chargée de Projets Secteurs santé / eau et assainissement / AFD	22 21 04 98	petereite@afd.fr
12	SAMTU Dianoukwade	HIV/AIDS Program Coordinator Amb. USA	22 61 54 70 90 19 25 78	samtudt@state.gov
13	SONGHAI Ednam	Bureau ONUSIDA Togo	90 33 63 33	esonghai@tg.refer.org
14	SPENCER Lanny	Attaché Economique et Commercial / Ambassade USA	22 61 54 70	SpencerLV@state.gov
15	SPAAR Kristina	Consultant Technique VIH / GIZ	90 71 57 13	kristina.spaar@giz.de