

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

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



RAPPORT DU FORUM DES PARTENAIRES SUR LE SIDA

Lomé, les 11, 12 et 14 mai 2010 à l'Hôtel Sarakawa

LE SECRETARIAT PERMANENT

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : +228 261 62 77 Fax : +228 261 62 81

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

SOMMAIRE

Remerciements	3
Résumé exécutif	4
1. Introduction	5
1.1. Présentation du pays	6
1.2. Aperçu de l'épidémie de VIH au Togo	6
1.3. Données programmatiques.....	8
2. Synthèse de l'état d'application des Trois principes	9
2.1. Situation actuelle	9
3. Etat des lieux de l'accès universel	12
3.1. Situation actuelle.....	12
3.2. Accès Universel : Obstacles, Solutions /cibles et feuille de route 2010-2015.....	15
ANNEXES	20

REMERCIEMENTS

Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST tient à remercier sincèrement pour leur participation à ce forum :

- Le Chef de l'État, le PM et son Gouvernement
- Les partenaires au Développement (PNUD, OMS, ONUSIDA, UNICEF UNFPA coopération Française)
- Les ONG internationales (PSI, OPALS)
- La société civile
- Les points focaux des Ministères

Les mêmes remerciements sont adressés aux consultants notamment Professeur Mireille PRINCE-DAVID, Dr T. Ezzo-Simna AKAYA et Dr Claver Anoumou DAGNRA qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport.

RESUME EXECUTIF

Le forum des partenaires sur le sida s'est tenu à Lomé les 11, 12 et 14 mai 2010. L'objectif du forum est de faire le point sur l'état des lieux de l'application des trois principes et de l'accès universel, d'identifier les obstacles qui entravent la lutte contre sida, de proposer les solutions et une feuille de route pour atteindre l'un des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) d'ici à 2015.

Etat des lieux sur les 3 principes et l'accès universel

➤ **Les 3 principes**

L'évaluation de l'application du Premier principe a montré que le Togo possédait un PSN 2007-2010 de lutte contre le sida en cours d'exécution avec deux contraintes majeures : la faible participation des partenaires surtout les partenaires au développement dans le processus d'élaboration et d'examens conjoints et l'absence de plans opérationnels

L'évaluation du deuxième principe a montré que le Togo dispose d'un CNLS-IST avec un Secrétariat Permanent et des structures décentralisées ; deux obstacles majeurs ont été relevés : la faiblesse du SP/CNLS par insuffisance de ressources humaines et de pouvoir au niveau des ministères, de l'administration publique et des agences de coopération. L'existence de lourdes procédures pour l'accès aux fonds de l'Etat

L'évaluation du troisième principe a montré que le Togo a élaboré un plan national de suivi et d'évaluation. Toutefois le système manque de ressources humaines et de financements conséquents pour effectuer correctement les tâches de S/E

➤ **Prévention**

le conseil dépistage et la PTME ont été offerts avec respectivement 17% et 10,7% des populations bénéficiaires entre 2007 et 2009. Ainsi, il existe au Togo, un CDV pour 53 639 et un site PTME pour 363 femmes enceintes ; l'enseignement du VIH est effectif dans 10,7% des établissements scolaires par rapport aux prévisions du plan stratégique national 2007-2010.

➤ **Traitement, soins et appui**

Le nombre de PVVIH sous ARV en fin décembre 2009 est de 16710 pour une estimation de 32 000 besoins, soit un taux de couverture thérapeutique national de 53.9% ; 115 centres sont accrédités pour la prise en charge des PVVIH et 42 sites de dispensation des ARV sont accrédités.

➤ **Droits humains**

Très peu d'activités sont menées dans ce domaine et les PVVIH et OEV ainsi que des minorités sexuelles (HSH, détenus, professionnelles de sexe) sont victimes de discrimination et de stigmatisation

A l'issue des travaux de groupe, des obstacles entravant l'application des 3 principes et l'atteinte de l'AU ont été identifiés. Il s'agit des obstacles institutionnels programmatiques et ceux liés à des ressources humaines et financières.

Pour chacun des obstacles identifiés, des solutions ont été proposées et une feuille de route 2010-2015 a été établie.

1. Introduction

Après la déclaration d'engagement des Etats en 2001, le Togo devait tout mettre en œuvre pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement concernant la lutte contre le sida : « Stopper la propagation du VIH/Sida et commencer par inverser le cours de l'épidémie du VIH d'ici à la fin 2015 ». Il s'est agi de concevoir un vaste programme d'activités sur la base des 5 priorités suivantes :

- Assurer l'accès à l'information sur les moyens de prévention partout, pour tous, surtout les jeunes
- Mettre fin à la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Traiter toutes les personnes contaminées
- Renforcer la recherche vaccinale et thérapeutique
- Prendre soin des personnes affectées en particulier les orphelins.

En 2006 le Togo a fait le point de la situation et après une consultation sollicitée par le CNLS, a pris conscience de la nécessité de revoir ses stratégies, au travers un PSN et par la mise en œuvre des « 3 Principes » pour intensifier l'Accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui.

En route vers l'Accès Universel les constats relevaient encore des obstacles majeurs, notamment la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, l'accessibilité financière aux centres de prise en charge et aux traitements, la pérennité du financement et la faiblesse/l'insuffisance des ressources humaines et des systèmes. A mi-parcours de l'échéance 2015 et au terme de la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2007 – 2010, le CNLS a organisé les 11, 12 et 13 mai 2010, sous le Haut Patronage du chef de l'Etat, un FORUM DES PARTENAIRES, réunissant les secteurs public et privé, les partenaires au développement, les partenaires bilatéraux et la société civile. Ces assises ont permis d'avoir une base consensuelle pour l'identification de stratégies novatrices en vue de l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National 2011 – 2015.

Le but est d'aboutir à une alliance et un consensus pour :

- guider une mobilisation des ressources adéquates nationales et extérieures
- favoriser une meilleure coordination au niveau national
- faciliter l'adhésion des partenaires à l'Accès Universel au Togo
- accroître significativement la couverture de nos services

Ainsi, les participants à ce forum ont eu à :

- a) identifier les problématiques et les obstacles empêchant l'intensification de l'AU au Togo
- b) identifier les cibles prioritaires et les niveaux de couverture à atteindre
- c) définir les objectifs à atteindre et leurs indicateurs
- d) énoncer / définir les dates- butoirs pour atteindre les niveaux de couverture définis par consensus.

La réflexion a été menée en travaux de groupes, en abordant les aspects sur les plans institutionnel, programmatique, ressources humaines et financières, et des droits humains

1.1. Présentation du pays

D'une superficie de 56 785 km², le Togo est situé en Afrique Occidentale entre la République du Ghana à l'ouest, la République du Bénin à l'est, la République du Burkina Faso au nord et l'Océan Atlantique au sud.

La loi n° 81-8 du 23 juin 1981 portant organisation administrative du Togo subdivise le pays en cinq (5) régions : la région des Savanes, la région de la Kara, la région Centrale, la région des Plateaux, la région Maritime. Les régions sont subdivisées en préfectures. Ainsi, on dénombre aujourd'hui 38 préfectures et 1 sous-préfecture.

Sur le plan sanitaire et par rapport à la particularité urbaine et démographique de la commune de Lomé, celle-ci a été érigée en région sanitaire depuis 1996 portant le nombre des régions sanitaires à 6.

La population togolaise est estimée à 5 731 000 habitants en 2009 avec un taux d'accroissement annuel de 2,4 %. Elle compte 51,3 % de femmes contre 48,7 % d'hommes. Environ 42 % de la population a moins de 15 ans. La population sexuellement active (15-49 ans) estimée à 2 567 488, correspond à 44,8 % de la population totale et la population urbaine à 35 %.

On distingue au Togo une quarantaine d'ethnies dont les plus importantes sur le plan démographique sont les Ewé, les Kabyè, les Kotocoli, les Moba, les Mina, et les Losso. Les religions chrétiennes et musulmanes et l'animisme constituent les trois principales pratiques religieuses du pays.

Le Togo fait partie du groupe des pays à revenus faibles de la planète. Le revenu annuel par habitant est estimé à 330 dollars US en 2004. Le Produit National Brut est de 190 067 FCFA par habitant en 2007. L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture. Il existe aussi un secteur minier dominé par l'exploitation des gisements de phosphates mais dont les rendements sont en baisse constante depuis une dizaine d'années.

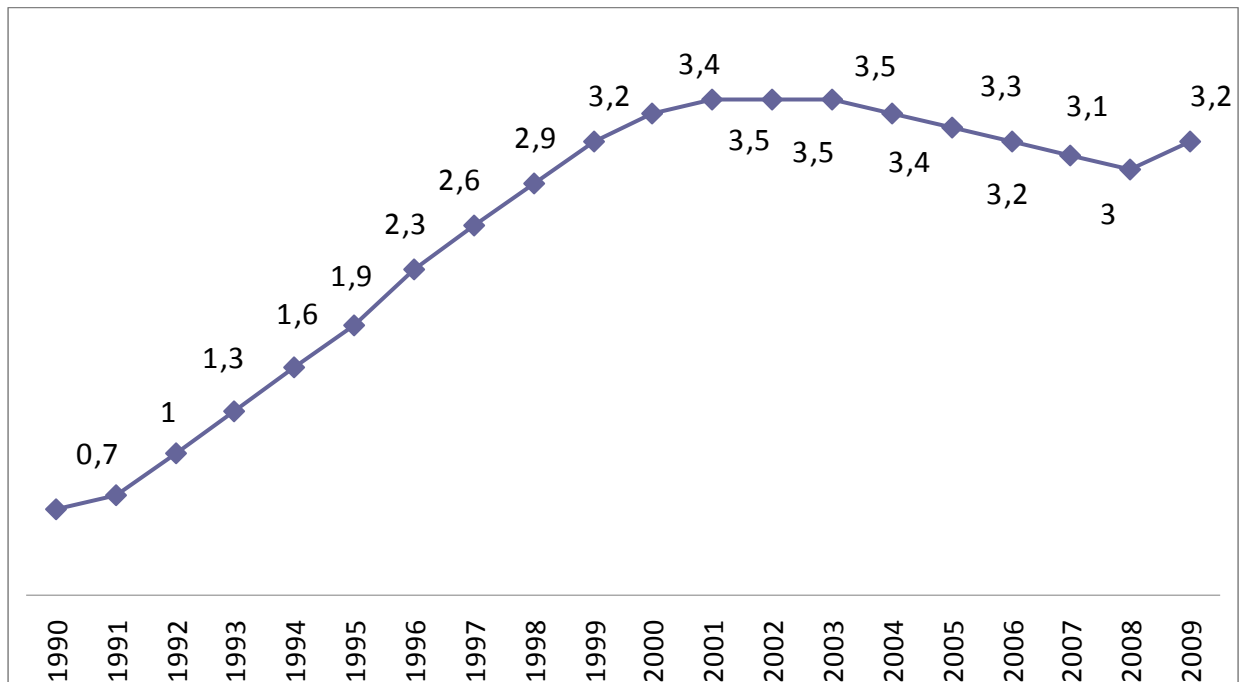
1.2. Aperçu de l'épidémie de VIH au Togo

1.2.1. Dans la population générale

La prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 3,2 % en 2009. La figure n°1 montre l'évolution de la prévalence du VIH dans la population générale 1990-2009.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 110 000 [90 000 – 130 000] en 2008. Les femmes et les enfants représentent respectivement 65 000 [49 000 – 74 000] et 9 000 [4 400 – 14 000].

Figure 1 : Tendance évolutive de l'épidémie au Togo : Prévalence de 1990-2009



En 2008, un recensement national a été réalisé dans 135 structures de soins réparties dans les six régions sanitaires du pays. Au total, 23 771 PVVIH ont été dénombrées dont 33,6 % d'hommes. La moyenne d'âge était de 34 ans. Plus de la moitié des patients (53,9 %) résidaient dans la commune de Lomé, 18,2 % dans la région Maritime, 10,3% dans la région des Plateaux, 8,7 % dans la région Centrale, 5,5 % dans la région de la Kara et 3,4 % dans la région des Savanes.

1.2.2. Données de surveillance

Les données sur la surveillance de l'infection à VIH sont disponibles pour 3 groupes cibles : les femmes enceintes, les donneurs de sang et plus récemment les tuberculeux.

- Surveillance chez les femmes enceintes

En 2009, la prévalence moyenne de l'infection à VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale est de 3,9 %. Cette prévalence varie en fonction des régions sanitaires et décroît de la région Lomé Commune à la Région des Savanes 2009). Elle demeure plus élevée en milieu urbain (4,7 %) qu'en milieu rural (3 %). En comparant les résultats des différentes enquêtes menées entre 2003 et 2009, on constate qu'il n'y a pas de variation significative de la prévalence chez les femmes enceintes. La tendance globale est à la stabilité depuis 2005. Par contre, on observe une baisse statistiquement significative entre 2006 et 2009 (3,9 % en 2009 contre 4,2 % en 2006 avec une probabilité "p" = 0,007).

- Surveillance chez les tuberculeux

Une enquête nationale menée en 2005-2006 sur 340 nouveaux malades TPM+ a montré que 92 parmi eux étaient séropositifs, soit un taux de séoprévalence au VIH de 27 %. En routine, 1 418 sur 2 267 soit 63 % des malades souffrant de la forme pulmonaire à microscopie positive de la tuberculose ont été testés en 2009 ; parmi eux, 25,4 % sont séropositifs au VIH.

- Surveillance chez les donneurs de sang

Dans la zone de couverture du CNTS de Lomé (site du CNTS et sites de collecte mobile des régions Lomé-Commune, Maritime et des Plateaux), le taux de prévalence du VIH est de 1,2 % contre 4,49 % pour le VHB et 3,4 % pour le VHC en 2009. Depuis 2003, on note une baisse régulière de la prévalence du VIH chez les donneurs de sang dans cette zone (4 % en 2003, 1,6 % en 2007 et 1,2 % en 2009).

Dans la zone de couverture du CRTS de Sokodé qui inclut les sites du CRTS et du CHU Kara et les 2 sites de Dapaong (le CHR et l'Hôpital d'Enfants), le taux de prévalence du VIH est de 0,78 % contre 12 % pour le VHB et 4,9 % pour le VHC en 2009.

1.3. Données programmatiques

Il existe un cadre commun de lutte contre le sida au Togo. La résultante de ce cadre est le plan stratégique national 2007-2010. Ce plan prend en compte tous les aspects de lutte contre le sida. Les activités menées entre 2007 et 2010 pour la lutte contre le sida sont :

a) Domaine de prévention

- Le conseil dépistage : (création de 97 CDV, formation du personnel, dotation des sites en intrants et mise en place de la stratégie avancée) ;
- La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (création de 128 sites PTME, formation du personnel, mise en place du diagnostic précoce du VIH par PCR) ;
- La prévention du VIH dans le milieu de travail ;
- La sécurité transfusionnelle (fidélisation des donneurs, dépistage systématique du VIH, VHB et VHC) ;
- La promotion de l'utilisation des préservatifs ;
- La sensibilisation des jeunes et l'enseignement du VIH dans les établissements scolaires ;
- Le diagnostic et traitement des IST.

b) Domaine du traitement, soin et appui

- La formation du personnel de santé (Médecins et assistants médicaux) à la prescription des ARV ;
- La décentralisation de la dispensation des ARV dans 42 sites de prise en charge ;
- L'accréditation de 115 structures de soins pour la prise en charge des PVVIH ;
- La prise en charge psycho-sociale et notionnelle des PVVIH et des OEV.

2. Synthèse de l'état d'application des Trois principes

2.1. Situation actuelle

Application du premier principe

Le Plan Stratégique National 2007-2010 repose sur le principe de la décentralisation et de la multisectorialité. Il tient compte de la disponibilité et de l'accès aux services essentiels. Il a été élaboré selon un processus participatif sous le leadership du Secrétariat Permanent du CNLS.

Le coût du plan stratégique a été estimé. Malheureusement, outre le plan opérationnel 2008 non diffusé, le Secrétariat Permanent du CNLS n'a pas élaboré de plans annuels de travail endossés par toutes les parties prenantes. La quasi-totalité des partenaires et acteurs se réfèrent au plan stratégique pour développer leurs interventions ou négocier le soutien à la mise en œuvre des projets ou programmes. Le PSN n'offre pas toutes les opportunités à un financement direct par les PTFs.

Les examens, revues et consultations conjoints ne sont pas encore une pratique courante.

Depuis la revue du CNS 2001-2005 en 2005 qui a vu la participation des parties prenantes, aucun autre examen conjoint n'a été organisé.

Le Groupe Thématique des Nations Unies sur le SIDA se réunit peu depuis la mise place de l'Equipe conjointe des Nations Unies sur le SIDA. La participation du Coordonnateur Pays ONUISDA à la réunion de Chefs d'agences du système des Nations Unies est effective. Depuis le lancement du PSN en 2007, le CNLS a régulièrement tenu ses sessions ordinaires sous la présidence effective du Chef de l'Etat, Président du CNLS.

La problématique du sida a été intégrée dans le DSRP Complet sous la coordination du Secrétariat Permanent du CNLS.

Il y a peu de partenariats stratégiques entre les secteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre du PSN. Les secteurs comme le secteur public et le secteur privé interviennent peu dans la lutte.

Application du deuxième principe

Avant le lancement des « Trois principes » en 2005, le Togo a mis en place en octobre 2001 par Décret le Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS-IST), un organe multisectoriel présidé par le Chef de l'Etat. Tous les articles du décret relatifs à l'organisation et au fonctionnement ne sont pas suffisamment appliqués. Le CNLS est décentralisé dans les régions et préfectures sous forme de comités régionaux et préfectoraux mais ils ne sont pas totalement opérationnels faute de ressources.

Les missions dévolues au CNLS et à son Secrétariat Permanent (SEP) sont bien définies par le décret ; cependant le décret ne précise pas la nature des relations fonctionnelles entre le Secrétariat Permanent et les ministères, l'administration publique et les organisations de coopération.

L'Etat contribue au financement de la lutte. L'accès et la gestion des ressources nationales sont de la seule responsabilité du Secrétariat permanent ; les partenaires nationaux ne sont pas associés à la prise de décision dans l'attribution de ces ressources. Il n'existe pas encore de partenariats formels entre secteur public / privé pour les prestations de services faute de forum des partenaires et de la faible participation des deux secteurs.

La recherche d'un **environnement national** (l'État de droit, la liberté d'expression et les sentiments humanitaires de la société civile et du secteur privé) favorable à faire face avec efficacité à la menace que représente la pandémie **est effective**.

Application du troisième principe

Tous les partenaires nationaux et internationaux ont été associés à la formulation du Plan National de suivi et d'évaluation qui prend en compte les indicateurs de UNGASS. Le Plan National de suivi et d'évaluation n'a pas de plans opérationnels ni de manuel de normes et procédures. Le Secrétariat Permanent du CNLS n'a pas encore mis en place un système central qui permette de suivre le déroulement des activités entreprises pour maîtriser l'épidémie. Le personnel de l'unité de suivi et évaluation du Secrétariat Permanent du CNLS, le responsable du suivi et évaluation du PNLIS et le Conseiller en suivi et évaluation de l'ONUSIDA ont été formés à l'estimation des données épidémiologiques. Le Secrétariat Permanent du CNLS a élaboré les rapports 2006, 2007 et 2008 et ne les a pas diffusés. Le système de suivi et de l'évaluation mis en place souffre de financements conséquents pour l'accomplissement des tâches.

PRINCIPES	Types d'obstacle	OBSTACLES	SOLUTIONS	CIBLES
Premier principe	programmatique	Faible participation des partenaires surtout les partenaires au développement au processus d'élaboration, de mise en œuvre et de revue conjointe du PSN	Mettre en place des mécanismes de renforcement de la participation des partenaires au processus d'élaboration, de mise en œuvre et de revue du PSN (séances de travail, visites de courtoisie)	D'ici fin 2010 le SP aura tenu des réunions et fait des visites de courtoisie pour la mobilisation des partenaires surtout les PTFs sur la revue du PSN, élaboration et la mise en œuvre du prochain PSN
	institutionnel	Très faible partenariat agissant	Appuyer les secteurs à mettre en place les coordinations sectorielles, à développer les partenariats et à élaborer et mettre en œuvre des plans sectoriels et à rendre compte en tant que secteur de leurs activités	D'ici 2012 les secteurs, sous l'impulsion du SP, auraient mis en place leur coordination et auraient initié des partenariats, élaboré et mis en œuvre les plans sectoriels

PRINCIPES	Types d'obstacle	OBSTACLES	SOLUTIONS	CIBLES
	institutionnel	Le pouvoir du SP/CNLS est faible sur les Ministères, l'administration publique, les agences de coopération et les mécanismes de coordination (CCM, GT/ONUSIDA)	Prendre un texte précisant les relations entre le SP/CNLS et les ministères, l'administration publique, les agences de coopération, le CCM et les Récipiendaires Principaux	D'ici 2011 le SP/CNLS aurait fait le plaidoyer pour un texte réglementaire précisant les relations du SP/CNLS avec l'Administration et les agences de coopération
		Trop de procédures pour accéder aux fonds alloués par l'Etat pour la lutte	Plaidoyer auprès des 1 ^{er} et 2 ^{ème} Vices-présidents du CNLS et du Ministre des Finances pour alléger les procédures de décaissement des fonds	D'ici 2011 le SP/CNLS aurait fait le plaidoyer
Deuxième principe	Institutionnel	Les Comités Régionaux, Préfectoraux ne sont pas opérationnels par manque de financements et de ressources humaines	Doter les Comités Régionaux et Préfectoraux de Secrétariats locaux opérationnels, disposant de ressources humaines et financières pour une décentralisation effective de la lutte (gouvernance)	D'ici 2012 le SP/CNLS aurait appuyé les structures décentralisées à avoir leur plans régionaux et préfectoraux budgétisés et financés
Troisième principe	institutionnel	Faiblesse du mécanisme de collecte, de compilation et de partage des données, des résultats d'études et des rapports	Rendre effectif le mécanisme de collecte, de compilation et de transmission des données et des rapports	D'ici 2011 le SP/CNLS aurait assuré la diffusion régulière des résultats et des rapports

3. Etat des lieux de l'accès universel

3.1. Situation actuelle

3.1.1. Prévention

➤ **Conseil et dépistage** : entre 2007 et 2009, 373 814 volontaires ont été dépistés contre une population cible (jeunes et adultes de 15 à 45 ans) estimée à 2 186 206 soit un taux de couverture nationale de 17%. Le dépistage a été réalisé dans 97 CDV en stratégie mobile. Par rapport à la population couverte, il existe un CDV pour 53 639 habitants avec une répartition inégale en fonction des régions sanitaires ; ainsi dans les régions des Plateaux et Maritime, le nombre de personnes couvertes par un CDV est respectivement de 108 455 et 89 600.

➤ **PTME** : entre 2007 et 2009, 93 363 femmes enceintes ont été dépistées contre 869 909 femmes enceintes attendues (source DSF), soit un taux de couverture de 10,7%. En 2009, le nombre de femmes enceintes dépistées est de 42 101 pour une prévision de 120 000 dans le PSN (35%). Le dépistage des femmes a été réalisé dans 128 sites PTME, 1986 femmes ont accouché sous prophylaxie ARV contre 4000 prévues (49,6%) et 1508 nouveau-nés ont été mis sous ARV contre 4000 prévu (37,7%).

➤ **Diagnostic et traitement des IST** : entre 2008 et 2009, 167 275 cas d'IST ont été diagnostiqués et traités pour une prévision de 209 000 cas soit une couverture de 80% du PSN. Les écoulements vaginaux constituent plus de 40% des cas d'IST diagnostiqués, ce qui pose le problème réel des IST diagnostiquées. Le diagnostic des IST a été réalisé dans 614 structures sur 1018 soit un taux de couverture de 60,3%.

➤ **Sécurité transfusionnelle** : la transfusion transfusionnelle est assurée par le CNTS (Lomé) et le CRTS (Sokodé) avec 5 postes de collecte et de distribution (Kara, Dapaong, Aného, Atakpamé et Kpalimé). Le dépistage du VIH, VHB et VHC est systématique sur tout don de sang. Entre 2008 et 2009, 50 813 poches de sang ont été enregistrées contre une prévision 80 000 (63,5%).

➤ **Prévention en milieu scolaire** : Les modules pour l'intégration de l'éducation préventive en matière du VIH ont été élaborés et 508 enseignants du Ministère de l'enseignement primaire et secondaire ont été formés. L'enseignement du module a été réalisé dans 215 établissements en 2009 contre 2000 établissements d'ici 2010 (10,7%). Deux arrêtés ministériels ont été pris pour rendre obligatoire « l'enseignement du VIH » dans les établissements de l'enseignement technique et de la formation professionnelle et dans les établissements des enseignements primaire et secondaire à partir de la rentrée scolaire 2010-2011. En dehors de cette intégration, des activités sur le sida sont menées dans 134 établissements scolaires (activités de la paire éducation réalisées par les ONG/associations).

➤ **Professionnelles de sexe, routiers** : entre 2008 et 2009, au total 3 172 272 unités de préservatifs ont été distribués auprès des professionnel(le)s de sexe et des routiers pour une prévision de 2 500 000 (126,8%). Différents acteurs interviennent dans la prévention du VIH chez les professionnel(le)s du sexe sans coordination aucune ; leurs actions ne sont pas suffisamment connues. Le programme de

prévention du VIH chez les professionnel(le)s du sexe est en cours de formulation sous la coordination du Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la femme, de la Protection de l'Enfant et des Personnes Agées. L'analyse de la situation de la prévention du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est en cours d'exécution avec l'appui du PNUD et de l'ONUSIDA. Elle aboutira à la formulation d'une stratégie de prévention spécifique. Au total, 11 services adaptés sont fonctionnels pour les soins aux professionnelles du sexe contre les 60 prévus dans le PSN 2007-2010 soit un taux de réalisation de 18,3 %.

➤ **Milieu du travail** : 4 ministères (sur 25 prévus dans le PSN) disposent de stratégies de prévention du VIH : le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, le Ministère de l'Action Sociale, de la promotion de la Femme, de la Protection de l'Enfant et des Personnes Agées ; le Ministère des Enseignements Primaire, Secondaire et de l'Alphabétisation. 7 entreprises (sur 60 prévues dans le PSN) privées disposent d'une politique de prévention du VIH. Le Ministère de la défense et des Anciens combattants et celui de la sécurité mènent des activités de prévention au sein des armées et des forces de sécurité en partenariat avec PSI. Globalement, ces activités menées sur les lieux de travail ne sont pas coordonnées.

3.1.2. Traitement, soins et appui

En 2009, 115 centres ont été accrédités pour la prise en charge médicale des PVVIH au Togo et 42 sites pour la dispensation des ARV. Le nombre de PVVIH sous ARV au 31 décembre 2009 est de 16710, soit un taux de couverture thérapeutique national de 53.9% contre 27.3% en 2006. Cette progression significative est due à la gratuité des ARV décrétée par l'Etat et la sécurisation d'une continuité de traitement à travers les engagements du gouvernement et des partenaires en développement. Cependant le taux de couverture des enfants reste faible ; il est de 34% contre 50,5% pour les adultes.

En 2009, 16 895 PVVIH ont reçu une prophylaxie par le cotrimoxazole pour un besoin estimé à 50 000 (taux de couverture de 33,7%) et 9747 ont bénéficié d'un bilan de suivi biologique.

Des avancées ont été observées en matière de prise en charge médicale des PVVIH sous ARV :

1. Gratuité comptage CD4 (2009) ;
2. Gratuité bilan semestriel de suivi biologique et radiologique (2010) ;
3. Pour la prise en charge médicale des PVVIH ,115 structures ont été accréditées. Ces structures sont assez bien réparties sur l'étendue du territoire national et se retrouvent appartenir à tous les secteurs de la santé (public, privé, confessionnel) ;
4. La co-infection VIH/ TB est prise en charge : 25 % à 28% de co-infections ont été dépistées et sont suivies, bénéficiant d'une prise en charge totale et gratuite ;
5. Le renforcement du programme PTME avec la mise en œuvre du diagnostic précoce du VIH chez l'enfant, a permis l'augmentation du nombre d'enfants mis sous ARV.

3.1.3. Droits humains

Entre 2007 et 2009, très peu d'activités ont été menées dans le domaine des Droits humains et VIH. Ainsi les dépenses consacrées à ce domaine sont quasiment nulles (rapport REDES 2010). La prévalence du VIH est élevée au sein des minorités sexuelles notamment des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, HSH (17%) et les détenus de la prison civile de Lomé (7,6%).

Depuis 2008, la loi N°2005-012 a été revue mais n'est pas encore votée, ni promulguée dans sa dernière formulation.

La communauté des HSH est de plus en plus victime d'actes de discrimination et de stigmatisation.

En conclusion le domaine des droits humains n'a pas fait l'objet d'un suivi régulier en termes de programmation d'exécution et de coordination des activités prévues dans le PSN2007-2010.

3.2. Accès Universel : Obstacles, Solutions /cibles et feuille de route 2010-2015

3.2.1. Prévention

Niveaux	groupes cibles	Obstacles	Solutions	Cibles	Chronogramme
Programmatique	dépistage	Insuffisance des Centres de Dépistage	Intégrer les services de dépistage dans 80% des centres de soins existants	Population de 15-45 ans	D'ici 2012
			Etendre la stratégie de dépistage mobile		A partir de 2011
	TS	Absence de document de stratégies nationales pour le milieu TS	Finaliser le document de stratégies nationales d'intervention en milieu TS		Jusqu'à fin 2010
Ressources humaines	PTME	Insuffisance de centres PTME	Etendre les services de la PTME à 80% des structures SMI (n= 508)	SMI	D'ici 2013
			Former/recycler au moins 3 prestataires par sites PTME (= 1524)	Personnel de santé	D'ici 2013
			Introduire dans les curricula de formation des écoles de santé la PTME	Ecole de santé	D'ici 2012
	Sécurité transfusionnelle	Insuffisance de donneurs bénévoles	Créer 100 clubs 25 et au moins 1 association par préfecture de donneurs bénévoles de sang	donneurs	D'ici 2013
	Jeunes		Insuffisance de l'intégration de l'éducation préventive (IST/VIH) en milieu scolaire	Intégrer l'éducation préventive du VIH dans 100% des établissements	Jeunes en milieu scolaire
prévoir 10% sur le budget du CNLS pour l'enseignement du VIH en milieu scolaire				2001 à 2015	

Niveaux	groupes cibles	Obstacles	Solutions	Cibles	Chronogramme	
	jeunes, femmes, TS, HSH	Absence de programme de distribution de préservatifs	Mettre en place un groupe thématique « préservatifs »		2011	
Ressources financières	dépistage	Insuffisance en quantité et en qualité du personnel	Former et recycler le personnel de santé sur les techniques de dépistage et le counseling		2010 à 2015	
	PTME	Insuffisance de personnel qualifié	Introduire dans les curricula de formation s la PTME dans les écoles de santé		2012	
	dépistage	Insuffisance/non disponibilité des intrants, réactifs et consommables	Créer un fonds national de garantie pour assurer la disponibilité des intrants, réactifs et consommables		2011	
	Sécurité transfusionnelle		Insuffisance de subvention allouée par l'état	Augmenter la subvention de l'état		2011 à 2015
				Rechercher d'autres sources de financements		2011
	Autres groupes vulnérables		Absence de documents de stratégies nationales pour les groupes vulnérables: HSH, CDI	Rédiger et adopter le document de stratégies nationales d'intervention en milieu TS		2011
Mettre en œuvre les programmes nationaux de prévention du VIH pour les autres groupes vulnérables HSH, CDI ...					2011-2015	

3.2.2. Traitement et soins

Domaine	Obstacles	Solutions	Cibles	Echéancier
Institutionnel	Problème d'approvisionnement et de distribution des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités de la CAMEG afin de rendre disponibles les médicaments à temps exonération des taxes sur les intrants - Accélérer le processus de signature de contrat entre la CAMEG et le ministre de la santé et le ministère des finances (à préciser) - Accélérer le processus de liquidation de TOGOPHARMA 	CAMEG	d'ici 2011
	Faible engagement des entreprises dans la prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer la politique sur le VIH et le milieu du travail - Sensibilisation et susciter l'engagement des employeurs à la prise en charge 	Ministère du travail	d'ici 2011
Ressources humaines et financières	Faible couverture des structures de soins en matière du VIH dans le pays	Formation du personnel		2011-2015
		Intégration du VIH dans les curricula de formation des écoles de santé	PNLS et Ecoles de santé	2011-2012
		offre de soins en stratégie avancée, soins à domicile		2012
		<ul style="list-style-type: none"> - Doter tous les districts d'un compteur automatique de CD4 et d'un spectrophotomètre pour le suivi biologique des PVVIH. - Doter chaque région d'un équipement de charge virale pour le suivi des PVVIH sous ARV - Organiser le système de convoyage des échantillons et résultats d'analyse 	Tous les hôpitaux de districts sont capables de faire CD4, bilan biologique	d'ici 2012, (324/1080) 30% des structures capables d'offrir la prise en charge à 25000 PVVIH (60%) et 30000 (71%) en 2015 prise en charge (nouvelles recommandations)
	Faible plateau technique des structures sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une ligne budgétaire spécifique pour l'achat des ARV - Créer une ligne pour la subvention du bilan initial et de suivi biologique des PVVIH 		2011-20115
	faible mobilisation de ressources de l'Etat	Mettre en place un système de mutuelle de santé" en faveur des PVVIH sur la base des expériences existantes		2012

3.3.3. Appui et PVVIH et aux OEV

PVVIH					
Domaines	Obstacle	Solution	cibles	Chronogramme	
Institutionnel/ Programmatique	Absence des normes en matière de prise en charge psychosociale et nutritionnelle	Définir les normes (critère de définition de "PVVIH les plus vulnérable"	100% des PVVIH les plus vulnérables répertoriés dans les files actives sont pris en charge	2011	
		Définir le paquet minimum d'appui social économique, nutritionnel et alimentaire des PVVIH		2001	
		Evaluer l'état nutritionnel et des besoins alimentaires des PVVIH		2011	
	Insuffisance d'appui nutritionnel aux PVVIH	Fournir le paquet minimum nutritionnel et ou alimentaire aux PVVIH			2011-2015
	Faiblesse du pouvoir économique des personnes infectées et affectées	Définir les critères d'acquisition d'AGR pour les PVVIH et ou personnes affectées	Mettre en place un fonds de garantie pour les PVVIH	60% des PVVIH des files actives au niveau crédit	2011-2012
	Faibles capacités/compétences du monde associatif engagé dans la PEC psychosociale	Renforcer la coordination des interventions en termes de prise en charge psychosociale et nutritionnelle au niveau national	Développer et mettre en œuvre un programme de prise en charge psychosociale et nutritionnelle	100% des ONG accréditées sont renforcées en compétences et capacités	2011

PVVIH				
Domaines	Obstacle	Solution	cibles	Chronogramme
Droits humains	Absence de formation spécifique des prestataires sur les questions des droits humains à tous les niveaux de PEC	Développer et mettre en œuvre un programme de formation en droits humains avec la participation des leaders d'opinion (religieux, traditionnels, communautaires parlementaires etc....	80% des prestataires sont formés sur les droits humains	2011-2012
	Inexistence d'un cadre formel d'assistance juridique	Créer des centres d'écoute et d'assistance juridique au PVVIH	10 centres (1 dans chaque région et dans les grandes villes	2011-2012
	Persistance de préjugés discriminatoires et d'auto-stigmatisation	Réaliser une étude de base pour apprécier l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH.		2011
	Absence de données chiffrées pour apprécier l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH			

OEV				
Domaines	Obstacle	Solution	cibles	Chronogramme
institutionnel	Insuffisance de coordination des activités de suivi des OEV	Créer au CNLS une sous commission de coordination des activités de soutien aux OEV et PVVIH en collaboration avec le Ministère de l'action sociale		2011
	Absence d'un système de collecte des d'information et des données	Elaborer des outils de collectes des données sur les OEV et PVVIH		2011
	Absence de normes en matière d'appui aux OEV	Définir les normes en matière d'appui aux OEV		2011

ANNEXES

Forum des partenaires de lutte contre le sida et les IST au Togo

Lomé, Hôtel Mercure SAKAWA, les 11, 12 et 14 mai 2010

LISTE DES PARTICIPANTS

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	TEL	CONTACT/E-MAIL
1	ANTONIO Flore Ayélé	Associée de Programme / PNUD	234 02 93 911 73 75	flore.antonio@undp.fr
2	WOURONILE Djobo	Assemblée Nationale	930 88 85	wouroniledjobo@yahoo.fr
3	OURO-BAWINAY B.	CM / Primature	922 35 28	ourobata@yahoo.fr
4	SONGNE Badjona	Présidence de la République	904 64 94	ksongne@hotmail.com
5	Ibrahima TRAORE	UNHCR	220 96 61	traoribr@unhcr.org
6	AMOUSSOU K. Damien	CNA / SP/CNLS-IST	261 62 77	damoussou@yahoo.fr
7	BIKANDOU Blaise	CNTS/DPCET / AFD	996 35 18	bikandob@yahoo.com
8	DOGBE Koku Sika	Directeur Général de la Santé	995 52 65	degbekokou17@hotmail.fr
9	ANATO Simplicite	Directeur ONG ARC-EN-CIEL	933 68 27	anasimple2000@yahoo.fr
10	AMEDODJI Agbenyo	Pasteur EEPT	910 90 11	ame_eny@yahoo.fr

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	TEL	CONTACT/E-MAIL
11	LAGUEBANDE Issaka	Attaché Min. Coop., Dév. & Admin. Territoire	934 35 95	issaka2000@yahoo.fr
12	DIKENI-KERIM Ryssalatou	Coordinatrice Nationale / AIDSS Togo	904 79 71	ryssako@yahoo.fr
13	SEGBENA Akueté Yvon	Directeur CNTS	902 26 18	asegbena@hotmail.com
14	OURO-GBELEOU Tchatikpi	Rapporteur Noyau Sida MSL	917 90 87	tchinte@yahoo.fr
15	DOKLA Kokouvi Augustin	Président de RAS+ Togo	917 23 75	ras_togo@yahoo.fr doklatino@yahoo.fr
16	Dr TCHAGAFOU Moulaiika	Union Musulmane du Togo	915 70 42	mklitchagafou7@gmail.com
17	Dr Jean François SOME	Coordonnateur / PASCI	221 90 40	jean.franois.some@undp.org
18	ASIMA-KPATCHA Masilé	Directrice Exécutive / EVT	251 46 56	masilak@yahoo.fr
19	Dr MACAMANZI Ataféi	Point Focal VIH / Min. Sécurité	903 14 69 221 34 66	matafei@hotmail.com
20	AHLEGNAN Komla Jérôme	PSI / Togo	903 17 95	jeromeah@atms.tg
21	MENSAH Kossi Mihlamgbidi	Point Focal VIH / MEPSA	926 84 70 234 39 34	messan154@yahoo.fr
22	AGBEDJIDJI A. Gabriel	Point Focal VIH / Min. Eco & Finances	836 73 44 221 40 21	agbegabriance@yahoo.fr
23	HODO Ama L.	Point Focal VIH / MDHCDFC	234 31 64 921 83 04	hodoaime@yahoo.fr
24	WILSON Séwa Minyanu	ISTT (Intersyndical)	905 78 53 220 93 12	wilseben@yahoo.fr

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	TEL	CONTACT/E-MAIL
25	KLUTSE Kékéli	Juriste / Patronat	221 08 30 902 90 74	cnp_togo@yahoo.fr
26	AHADZI-AZANLEDJI Justine	Magistrat Cour Suprême, Point Focal VIH / Ministère Justice	320 95 82 904 09 40	justine1962@yahoo.fr
27	Dr DEKU Kodzo	Responsable S&E / PNLs-IST	905 26 76	dkodzo@voila.fr
28	PLANTE Essosina	Sce Promotion Humaine et Dév./ OCDI Nationale	226 02 95 912 85 95	emmanuel.plante@yahoo.fr
29	SEDOH K. Blaise	Coordonnateur National Programme VIH / Croix Rouge	221 60 30 933 84 64	btsedoh@laposte.tg
30	BOKO Afi	Point Focal VIH / MASPFPEPA	220 08 20 903 07 29	nicolboko@yahoo.fr
31	TOTAH Ayité	Point Focal VIH / METPF	929 99 38 947 89 39	totah16@yahoo.fr
32	DOEVI Abbékoé Dodzi	Coordonnateur UGCP/SNU	221 01 41 904 33 81	doeviedgard@yahoo.fr
33	SINGO-TOKOFAÏ Assétina	Responsable Unité PEC / PNLs	220 94 39 901 12 02	tina_singo@yahoo.fr
34	TCHA-BAG'NA Ouidado	Président de l'ODESCI	978 87 00	odesci17@yahoo.fr
35	ADOM W. Kpao	OHP / FAT	905 12 02	leonadom@yahoo.fr
36	TAGBA Abi Tchao	CN / SP/CNLS-IST	904 01 47	cnls@laposte.tg
37	ATTISOH K. Kagni	Membre du Noyau anti-sida / MESR	936 04 89 220 87 16	hatissoh@yahoo.fr
38	YINA Dominique	Assistant au DE / UONGTO	220 48 99 933 95 93	uongto_2000@yahoo.fr

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	TEL	CONTACT/E-MAIL
39	SODJI K. Dométo	Directeur Exécutif / FAMME	912 37 57 336 40 82	famme_togo@yahoo.fr
40	AMEDIFOU Charlotte	PNLT	927 35 69 222 63 83	kpetzicharlotte@yahoo.fr
41	N'GANI Simtokina	DSF	910 99 38 234 22 33	ngani001@yahoo.fr
42	Dr TCHAMDJA Potougnima	Ministère Santé	917 19 41	potoutcha05@yahoo.fr
43	KAMAGA K. Paul	Responsable S&E / SP/CNLS-IST	912 51 56	pkamaga@yahoo.fr
44	AFELI Abra	Chargée de Programme VIH / UNFPA	223 22 00	afeli@unfpa.org
45	DJAHLIN Bernice	Gestionnaire de Programme / SP/CNLS-IST	902 84 04	djahlinbernice@yahoo.fr
46	GNASSE Atinédi Komi	Responsable Communication / SP/CNLS-IST	913 64 75 946 37 47	atgnas@yahoo.fr gnassea@cni1stogo.tg
47	GOUNA-TIGOE Yawo	Responsable Réseaux Communautaires / SP/CNLS-IST	946 60 12	yawogouna@yahoo.fr
48	Dr AKAYA T. Essosimna	Consultant	904 12 88	akayatoii@yahoo.fr
49	AGBOGAN Hilaire	Assistant de S&E / SP/CNLS-IST	221 62 77	hilaire.agbogan@yahoo.fr
50	Dr DAGNRA Anoumou	Centre National de Référence VIH	901 56 56	a.dagnra@yahoo.fr
51	KOUDAYA A. Roland	Assistant Administratif / SP/CNLS-IST	935 70 02	rolando15fr@yahoo.fr
52	AKATO Philippe	SP/CNLS-IST	261 62 77	djosmajors@yahoo.fr
53	PITCHE Vincent	Coordonnateur national du PNL	220 94 39	

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION / STRUCTURE	TEL	CONTACT/E-MAIL
54	GNAORE Emmanuel	Coordonnateur Pays ONUSIDA	921 88 48	gnaoree@unaids.org
55	Pr. Mireille PRINCE-DAVID	Consultante	910 79 43	mireilledavid@yahoo.fr
56	TATEY Adzoavi	ADRA Togo	222 48 26 901 89 24	bertheadratg@gmail.tg
57	TOUSSA-AHOSSOU Solange	ATBEF	221 41 93 905 46 00	solangetoussa@yahoo.fr
58	Dr FOLY Léocadie	Pédiatre, Coordinatrice OPALS	914 97 77 336 30 27	faleoca@yahoo.fr
59	POIDY Solange	SP/CNLS-IST	261 62 77	solangepoidy@yahoo.fr
60	BONFO Gbandi	Agent comptable / SP/CNLS-IST	907 37 87	gbonfo@yahoo.fr