

REPUBLIQUE TOGOLAISE

-----  
*Travail – Liberté – Patrie*



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

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



**ACCES UNIVERSEL AUX SERVICES  
DE PREVENTION, DE TRAITEMENT,  
DE SOINS ET D'APPUI**

RAPPORT 2007-2009

**LE SECRETARIAT PERMANENT**

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

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

*Paragraphe 49. Nous nous engageons à fixer en 2006, par des processus transparents et sans exclusive, des objectifs nationaux ambitieux, y compris des objectifs intermédiaires pour 2008, conformes aux indicateurs de base recommandés par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, traduisant les engagements pris dans la présente Déclaration, ainsi que la nécessité urgente d'obtenir des progrès beaucoup plus marqués vers l'objectif de l'accès universel à des programmes approfondis de prévention, au traitement, aux soins et à l'appui d'ici à 2010, et à réaliser des plans bien conçus et rigoureux de contrôle et d'évaluation inscrits dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA.*

**Résolution adoptée par l'Assemblée générale, 60/262.  
Déclaration politique sur le VIH/SIDA  
87<sup>ème</sup> séance plénière, 2 juin 2006**



# SOMMAIRE

---

<b>ACRONYMES</b> .....	<b>iii</b>
<b>PREMIERE PARTIE : GENERALITES</b> .....	<b>4</b>
1. Généralités sur le Togo .....	5
2. Situation de l'épidémie de VIH et du sida .....	5
2.1. Prévalence du VIH .....	6
2.2. Nombre de personnes vivant avec le VIH .....	7
3. Fondements de l'accès universel .....	7
3.1. Contexte .....	7
3.2. Ce qu'est l'accès universel .....	8
3.3. Rappel des principaux résultats de la consultation de 2006 au Togo.....	8
<b>DEUXIEME PARTIE : NIVEAUX D'ATTEINTE DES CIBLES DE L'ACCES UNIVERSEL</b> .	<b>10</b>
1. Domaine prioritaire 1 du Plan Stratégique National : Renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST.....	11
1.1. Populations bénéficiaires .....	11
1.2. Intensification des services de prévention .....	17
2. Domaine prioritaire 2 du Plan Stratégique National : Accélération de l'accès au traitement, aux soins et à l'appui .....	23
2.1. Amélioration de l'accès au traitement.....	23
2.2. Intensification du soutien et de l'appui aux personnes vivant avec le VIH.....	26
2.3. Amélioration de la prise en charge des orphelins et enfants en situation vulnérable .....	27
3. Domaine prioritaire 3 du Plan Stratégique National : Promotion des droits humains : lutte contre la discrimination et la stigmatisation .....	28
4. Domaine prioritaire 4 du Plan Stratégique National : Promotion de la recherche en matière du VIH/sida et des IST.....	29
5. Domaine prioritaire 5 du Plan Stratégique National : Renforcement du cadre national de suivi et évaluation .....	30
6. Domaine prioritaire 6 du Plan Stratégique National : Renforcement de la coordination et bonne gouvernance .....	32
<b>TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES</b> .....	<b>34</b>
1. Suivi de la feuille de route de 2006 .....	35
2. Cibles de l'accès universel .....	36
3. Atteinte des cibles .....	36
<b>Conclusion</b> .....	<b>38</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>39</b>



## ACRONYMES

<b>ABEF</b>	Action pour le Bien-être de l'Enfant et de la Femme
<b>AFD</b>	Agence Française de Développement
<b>AMC</b>	Aides Médicales et Charité
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>ATBEF</b>	Association Togolaise pour le Bien-Être Familiale
<b>CCM</b>	Country Coordination Mechanism
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage Volontaire
<b>CESAG</b>	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
<b>CNLS-IST</b>	Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CRASE</b>	Centre Rural d'Activités Socio-Educatives
<b>CRIS</b>	Country Response Information System
<b>DSF</b>	Division de la Santé Familiale
<b>EVT</b>	Espoir Vie Togo
<b>GRSE</b>	Groupe de Référence de Suivi et Evaluation
<b>GTPHARM</b>	Groupement Togolaise des Pharmaciens
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
<b>IO</b>	Infections Opportunistes
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>JICA</b>	Agence Japonaise pour la Coopération Internationale
<b>OCAL</b>	Organisation du Corridor Abidjan-Lagos
<b>OEV</b>	Orphelin et autres Enfants rendus Vulnérables par le VIH
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU DC</b>	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
<b>ONUSIDA</b>	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
<b>PASCI</b>	Programme d'Appui aux organisations de la Société Civile Impliquées dans la lutte contre le Sida
<b>PCR</b>	Polymerase Chain Reaction (Réaction en Chaîne par Polymérase)
<b>PNLS</b>	Programme National de Lutte contre le Sida
<b>PNLT</b>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>PVVIH</b>	Personnes Vivant avec le VIH
<b>REDES</b>	Estimation des Ressources et Dépenses de lutte contre le Sida
<b>SASE</b>	Secteur d'Activités Socio-Educatives
<b>SOCOPHARM</b>	Société Commerciale de Produits Pharmaceutiques
<b>SOTOMED</b>	Société Togolaise de Médicaments
<b>SP/CNLS-IST</b>	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TMP+</b>	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
<b>UCJG</b>	Union Chrétienne des Jeunes Gens
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNGASS</b>	United Nations General Assembly Special Session
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USDOL/BIT</b>	United States Department Of Labor / Bureau International du Travail
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine



PREMIERE PARTIE  
**GENERALITES**



## 1. Généralités sur le Togo

D'une superficie de 56 785 km<sup>2</sup>, 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 35 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) 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 Kabye, les Kotocoli, les Moba, les Mina, les Losso etc. 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.

## 2. Situation de l'épidémie de VIH et du sida

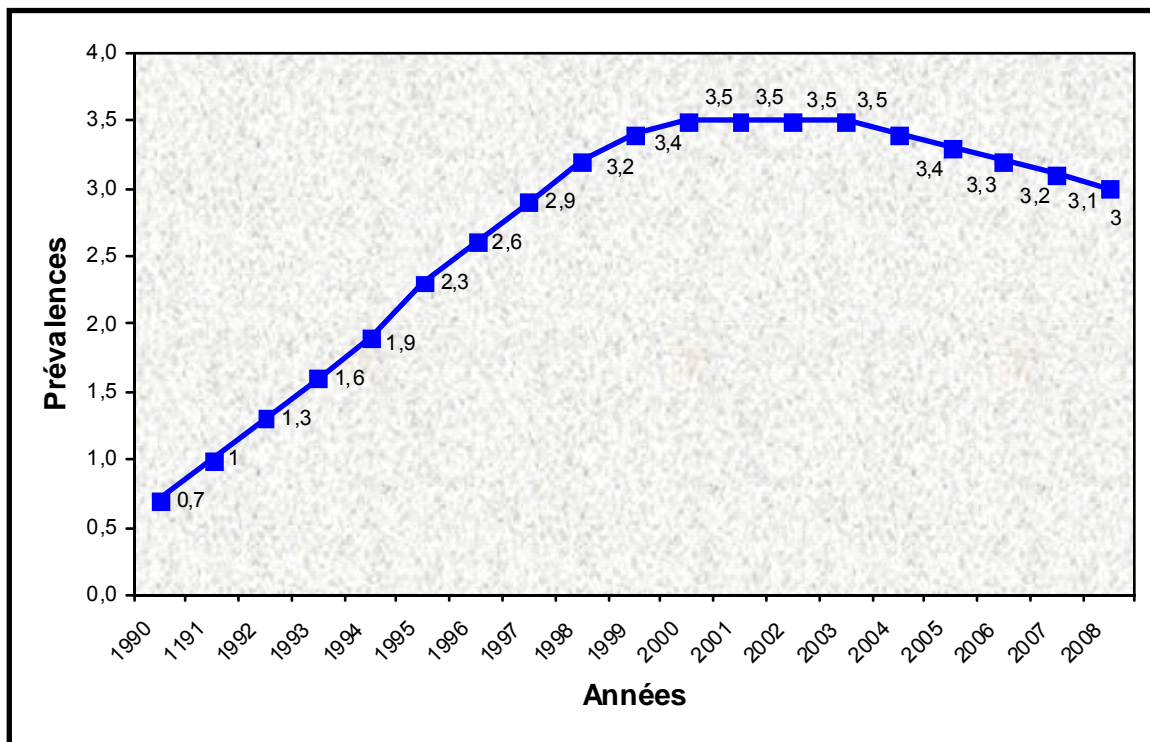
Le dispositif de surveillance épidémiologique du VIH au Togo comporte la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes, les donneurs de sang, les malades tuberculeux. La surveillance de l'épidémie n'est pas systématisée dans les autres groupes de population tels que les « corps habillés », les professionnels de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

## 2.1. Prévalence du VIH

### 2.1.1 Dans la population générale

La prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 3 % en 2008 contre 3,6 % en 2001.

**Figure 1 : Tendence évolutive de l'épidémie au Togo : Prévalence de 1990-2008**



Source : PNLS-IST

### 2.1.2 Données de surveillance

En 2009, la prévalence moyenne de l'infection à VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale est de 3,9 %. Cette prévalence dissimule des disparités régionales importantes : elle décroît de Lomé commune (prévalence 8,8 % en 2004 contre 6,5 % en 2009) vers la région des Savanes (2,4 % en 2004 contre 2 % en 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<sup>1</sup>, 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).

### 2.1.3 Prévalence du VIH dans les groupes spécifiques

<sup>1</sup> En 2007, il n'y a pas eu d'enquête de surveillance sentinelle



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

Une enquête nationale menée en 2005-2006 sur 340 nouveaux malades TPM+ a montré que 92 parmi eux étaient séropositifs, soit un taux de séroprévalence 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.

### **b) 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.

### **c) Prévalence du VIH en milieu carcéral**

La prévalence du VIH a été mesurée chez 433 détenus de la maison d'arrêt de Lomé en 2008 recrutés de manière aléatoire simple avec un financement de l'ONUSIDA. Ceux-ci représentaient 28,1 % de l'ensemble de l'effectif au moment de l'enquête. La prévalence totale du VIH était de 7,6 %.

## **2.2 Nombre de personnes vivant avec le VIH**

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]<sup>2</sup>.

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.


## **3. Fondements de l'accès universel**

### **3.1. Contexte**

Depuis la Déclaration d'Engagement en 2001, l'Initiative 3 millions d'ici 2005, lancée par l'OMS et par l'ONUSIDA a permis de mobiliser les gouvernements et leurs partenaires pour élargir l'accès au traitement. La création du Fonds mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme, les programmes Banque mondiale de lutte contre le sida,

---

<sup>2</sup> Source : Estimations ONUSIDA, Juillet 2009



ainsi que les programmes bilatéraux tels que le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) participent de cette vision d'accès universel.

Lors des sommets mondiaux de 2005 et de 2006, du sommet du G8 à Gleneagles en 2005, les dirigeants du monde ont pris des engagements pour aider les pays à s'approcher le plus possible, d'ici à 2010, de l'accès universel pour tous ceux qui en ont besoin. Cette décision est une forte contribution pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

Le Consensus de Monterrey, les accords OCDE/CAD relatifs à l'alignement et à l'harmonisation, ainsi que les stratégies de réduction de la pauvreté sont appliqués aux ripostes nationales au sida en vertu des Trois Principes. Des recommandations sont faites pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida. L'accès universel est un partenariat en constante évolution entre les pays en développement et les donateurs pour une riposte nationale élargie.

### **3.2. Ce qu'est l'accès universel**

L'accès universel est à la fois un engagement concret et une nouvelle détermination pour inverser le cours de l'épidémie. C'est un processus qui s'appuie sur les initiatives passées et insuffle plus de dynamisme dans les efforts existants.

Il n'implique pas qu'il y aura, ou qu'il devrait y avoir, une couverture de 100% pour les services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH. C'est un engagement vers des avancées concrètes, soutenues, en vue d'atteindre un niveau de couverture élevé des programmes parmi les plus efficaces. Comme pour toute action ambitieuse de développement, l'ultime impératif est de dépasser le stade des petits programmes et des projets pilotes, afin d'assurer des prestations de services aux personnes à l'échelle nécessaire à la satisfaction des besoins.

In fine, l'accès universel est le prolongement du combat pour l'accès des personnes vivant avec le VIH au traitement, pour le droit d'accès aux services et aux produits de prévention auquel chaque être humain peut prétendre, pour l'égalité du statut de la femme, pour les droits des communautés marginalisées, et pour le droit des enfants à l'éducation, aux soins et à l'appui.

### **3.3 Rappel des principaux résultats de la consultation de 2006 au Togo**

Le Conseil National de Lutte contre le Sida a procédé à un examen initial de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en 2006. Les résultats de ce processus qui impliqua les représentants des principaux acteurs et des partenaires ont mis en exergue les défis à relever pour des progrès tangibles vers l'accès universel et qui sont :

- a) **l'amélioration de la coordination et le renforcement du rôle de leadership du CNLS-IST** : redéfinir les tâches du Secrétariat Permanent du CNLS-IST et adapter les profils des personnels, y affecter du personnel qualifié assurant leurs charges à plein temps et faire en sorte que des plans sectoriels budgétisés soient disponibles.




- b) **l'application des Trois principes** : associer tous les acteurs et partenaires à la formulation du Plan Stratégique National et mettre en place un système national de suivi et d'évaluation des interventions afin de faciliter la mobilisation des ressources et la prise de décisions.
- c) **le renforcement des ressources humaines en quantité et en qualité** : doter l'ensemble du système national de santé de personnels qualifiés en nombre suffisant.
- d) **l'équipement des structures de prise en charge** : équiper les structures de prise en charge (y compris celles du secteur confessionnel, du secteur privé et du secteur associatif) selon les normes de la pyramide sanitaire.
- e) **l'élaboration d'un plan de viabilité financière pour la lutte contre le sida** : soutenir le Plan Stratégique National par la mise en place d'un plan de viabilité financière.
- f) **la définition de stratégies d'information, de sensibilisation et de communication** : tenir compte du contexte socio-culturel pour aboutir au consensus national.
- g) **la réduction de l'impact socio-économique du VIH/sida**: appliquer des stratégies qui prennent en compte les facteurs de vulnérabilité et les effets induits de l'épidémie.

La mise en œuvre de stratégies appropriées devrait permettre à 90% des adultes, des jeunes et des adolescents d'accéder à une information adéquate sur la prévention, d'accéder aux services de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH/sida pour une réduction substantielle de l'impact de l'épidémie.

L'application de la feuille de route devait aboutir à ce que 90% des adultes, des jeunes et des adolescents aient accès à l'information adéquate sur la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui par la mise en place de programmes appropriés et décentralisés, financés de manière conséquente, afin d'aboutir à une baisse significative de la prévalence du VIH et à la nette réduction de l'impact socio-économique et culturel de l'épidémie sur les individus, les familles et les communautés au Togo.



**DEUXIEME PARTIE :**  
**NIVEAUX D'ATTEINTE DES CIBLES  
DE L'ACCES UNIVERSEL**



L'examen initial de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui fait en 2006 au Togo a produit une feuille de route des actes importants à poser. Cette feuille de route a inspiré la définition des cibles à atteindre en 2008 et en 2010 par l'exécution du Plan Stratégique National 2007-2010.

Chemin faisant, ces cibles ont évolué pour être plus ambitieuses avec l'opportunité de l'accès aux subventions du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et en l'occurrence des ressources acquises auprès d'autres partenaires au développement,

C'est pour toutes ces raisons que l'évaluation de l'atteinte des cibles de l'accès universel au Togo prendra en compte celles consignées dans le Plan Stratégique National et que celles proposées à la fin de cet exercice tiendront compte de celles consignées dans des documents consensuels établis par le SP/CNLS, le PNLS et le Groupe National de Référence sur le Suivi et l'Evaluation.

Enfin, l'examen des résultats obtenus portera sur les données programmatiques et les processus de coordination sans empiéter sur les résultats de l'examen des Trois principes.

## **1. Domaine prioritaire 1 du Plan Stratégique National : Renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST**

### **1.1. Populations bénéficiaires**


#### **1.1.1. Les professionnel(le)s du sexe**

- ▶ Cibles pour 2008 : développement et mise en place d'un programme spécifique pour les professionnel(le)s du sexe et les autres groupes vulnérables tels que les migrants, les routiers ; environ 1 000 000 unités de préservatifs masculins et 100 000 unités de préservatifs féminins seront distribués.
- ▶ Cibles pour 2010 : 95 % des professionnels (le)s du sexe, des routiers et des migrants bénéficieront de ce programme de prévention ; environ 1 500 000 unités de préservatifs masculins et 150 000 unités de préservatifs féminins seront distribués.
- ▶ Couverture en 2009 : Entre 2008 et 2009, au total 3 172 272<sup>3</sup> unités de préservatifs ont été distribués auprès des professionnel(le)s du sexe et des routiers.
- ▶ Observations :
  - 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.

---

<sup>3</sup> D'une part, 761 253 préservatifs ont été distribués par PSI/Togo à travers les projets *Sœur à Sœur*, *Petite Sœur à Sœur* et *PSAMAO*, et d'autre part, 2 411 019 préservatifs ont été distribués dans la mise en œuvre du projet OCAL.

- 
- 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. La communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est de plus en plus victime d'actes de discrimination et de stigmatisation.

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 %.

► Recommandations :

- Le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme, de la Protection de l'Enfant et des Personnes Agées devra saisir l'opportunité de la formulation du programme de prévention du VIH chez les professionnel(le)s de sexe pour établir une coordination fonctionnelle avec l'appui du SP/CNLS-IST.
- Le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme, de la Protection de l'Enfant et des Personnes Agées devra coordonner la formulation d'une stratégie de prévention du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.
- Les stratégies de prévention du VIH chez les routiers et les migrants devront être formulées par les tutelles administratives correspondantes : le Ministère des Transports et le Ministère de la Sécurité.

### 1.1.2. Les jeunes

#### a) *Les jeunes du milieu scolaire*

- Cibles pour 2008 : 213 000 élèves, étudiants et apprentis seront touchés par ces programmes dans 1 000 établissements scolaires et centres de formation ayant intégré l'enseignement du VIH/sida dans leurs curricula.
- Cibles pour 2010 : 426 000 élèves, étudiants et apprentis seront touchés par ces programmes dans 2 000 établissements scolaires et centres de formation ayant intégré l'enseignement relatif au VIH dans leurs curricula.
- Couverture en 2009 : 10 095 élèves touchés par les programmes dans 110 établissements scolaires (13 établissements techniques et professionnels, 93 établissements d'enseignement général).
- Observations :
  - Le Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle dispose d'une stratégie de prévention ciblant les élèves et le personnel du département.
  - La stratégie de prévention du VIH du Ministère des Enseignements Primaire, Secondaire et de l'Alphabétisation est dans la dernière ligne droite de sa finalisation. Elle cible également les élèves et le personnel du département.
  - La stratégie de prévention du VIH du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique est en cours d'élaboration. L'Université de Lomé dispose d'une stratégie propre.

- Le secteur de l'éducation est géré par trois ministères : le Ministère des l'Enseignements Primaire et Secondaire et de l'Alphabétisation, le Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.
- La stratégie de prévention du VIH du Ministère des Enseignements primaire et Secondaire sera financée en partie par la Banque Mondiale.
- Huit (08) établissements scolaires (écoles primaires, collèges et lycées) sur dix (10) ont dispensé des cours de préparation à la vie active au cours de l'année scolaire 2006-2007 (5 893 sur 7 124).<sup>4</sup>
- Sur les 5 893 établissements, 0,3 % ont déclaré avoir consacré 10 heures et plus par an pour parler du VIH et du sida dans les classes et 0,1% ont pu atteindre les 30 heures de cours requis par an par classe.
- Il manque un organe de coordination des ministères, des partenaires et des acteurs intervenant dans le secteur de l'éducation.

► Recommandations :

- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST avec l'appui du Bureau Pays ONUSIDA devra confectionner des outils de collecte des informations afin de standardiser la mesure des indicateurs.
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST, avec l'appui de l'UNICEF et de l'UNFPA devra faciliter la mise en place et le fonctionnement d'une cellule de coordination du secteur de l'éducation à laquelle devra être associé le Comité National UNESCO.

***b) Les jeunes du milieu extrascolaire***

► Cibles pour 2008 : 20 centres conviviaux de jeunes et 35 organisations de jeunes seront fonctionnels

► Cibles pour 2010 : 40 centres conviviaux de jeunes et 35 organisations de jeunes seront fonctionnels.


► Couverture 2009 :

- 12 centres de jeunes ont été aménagés avec l'appui de l'UNICEF
- 2 centres conviviaux mis en place par l'ATBEF
- 17 CRASE et SASE appuyés par le Fonds Mondial série 2.
- 10 centres d'écoute et de conseil des jeunes ont été mis en place par la Croix Rouge dont 7 dans la région des Plateaux avec l'appui financier de la Croix Rouge Danoise, 2 dans la région Maritime et 1 dans la région des Savanes avec l'appui financier de l'UNFPA.

► Observations :

- La plupart des centres conviviaux et centres de jeunes ne sont pas opérationnels faute de ressources financières.
- Différents acteurs interviennent dans la prévention du VIH chez les jeunes en milieu non scolaire mais leurs actions ne sont pas mesurées.
- Les missions dévolues au secteur de la jeunesse couvrent aujourd'hui la problématique de leur emploi et le sport. La volonté des autorités est de disposer de stratégies de prévention du VIH chez les jeunes prenant en compte l'emploi et une stratégie de prévention pour le milieu sportif. Aussi, la stratégie conjointe de

<sup>4</sup> Rapport UNGASS 2008, Togo



prévention du VIH du Secrétariat d'Etat auprès du Premier Ministre chargé de la Jeunesse et de l'Emploi des Jeunes et du Ministère des Sports et des Loisirs est en cours d'élaboration.

► Recommandations :

- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST, avec l'appui du Bureau Pays ONUSIDA devra confectionner des outils de collecte des informations afin de standardiser la mesure des indicateurs.
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST, avec l'appui de l'UNFPA devra faciliter la mise en place et le fonctionnement d'une cellule de coordination du secteur jeunes.
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST, avec l'appui de l'UNFPA devra faciliter la formulation de la stratégie de prévention du VIH en milieu sportif.

### **1.1.3. Les femmes**

► Cibles pour 2008 : 96 000 femmes seront touchées par un programme de prévention du VIH.

► Cibles pour 2010 : 289 000 femmes seront touchées par un programme de prévention du VIH.

► Couverture en 2009 :

- Avec l'appui de l'UNFPA, de 2008 à 2009, 87 membres de 25 associations de femmes et de groupements mixtes, 60 femmes des « clubs des mères » ainsi que 100 paires éducatrices issues de ces 25 associations et groupements mixtes ont été formées dans les régions Maritime et des Savanes par la Croix Rouge Togolaise et l'ONG ABEF sur la prévention des IST/VIH et mènent des activités de sensibilisation.
- Au total, 13 725 causeries de groupe, 11 105 entretiens individuels et 106 séances de sensibilisation de masse ont été réalisés par les femmes formées ; 3 827 préservatifs dont 702 condoms féminins ont été distribués ; 3 172 femmes ont été dépistées dont 93 référées pour les IST, 67 pour le VIH et 615 pour la planification familiale.
- En 2008, l'Association des Professionnelles Africaines Communicatrices, en collaboration avec le Centre Espérance Loyola a formé une trentaine de femmes journalistes venues de toutes les préfectures du pays sur le thème « *Femmes communicatrices contre le VIH/sida* ».

► Observations :

- Différents acteurs interviennent dans la prévention du VIH chez les femmes mais leurs actions ne sont pas documentées.
- Le programme de prévention du VIH chez les femmes est en cours d'élaboration.

► Recommandations :

- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST, avec l'appui du Bureau Pays ONUSIDA devra confectionner des outils de collecte des informations afin de standardiser la mesure des indicateurs.
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST, avec l'appui de l'UNFPA devra faciliter la mise en place et le fonctionnement d'une cellule de coordination du secteur femmes.



#### 1.1.4. Le milieu de travail

- ▶ Cibles pour 2008 : une politique écrite et un programme de prévention du VIH seront élaborés et mis en œuvre sur 55 lieux de travail au Togo (40 entreprises privées, 10 ministères et 5 Associations professionnelles) pour toucher 15 000 travailleurs et leurs familles.
- ▶ Cibles pour 2010 : une politique écrite et un programme de prévention du VIH seront élaborés et mis en œuvre sur 100 lieux de travail au Togo (60 entreprises privées, 25 ministères et 15 Associations) pour toucher 27 000 travailleurs et leurs familles.
- ▶ Couverture en 2009 :
  - Pour le secteur public : quatre ministères 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 privées disposent d'une politique de prévention du VIH.
- ▶ Observations :
  - Plusieurs activités sont menées sur le lieu de travail dont l'exécution de la stratégie d'apprentissage du système des Nations Unies sur le sida.
  - Des ministères comme celui de la Défense et celui de la Sécurité ont développé de grandes capacités de gestion des interventions de prévention du VIH et méritent de disposer de programmes de prévention.
  - La Coordination mise en place au sein du Ministère de la Fonction Publique et du Ministère du Travail n'est plus fonctionnelle depuis l'arrêt du projet USDOL/BIT.
  - La Coordination du Conseil National du Patronat Togolais pour la prévention du VIH n'est plus fonctionnelle.
- ▶ Recommandations :
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST avec l'appui du Bureau Pays du BIT devra veiller à ce que l'organe de Coordination du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale soit fonctionnel.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST avec l'appui du Bureau Pays du BIT devra veiller à ce que l'organe de Coordination du Conseil National du Patronat Togolais soit fonctionnel.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST avec l'appui du Bureau Pays du BIT devra mobiliser le Patronat Togolais pour l'élaboration de programmes et de plans d'action dans les entreprises.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST avec l'appui du PNUD devra faciliter la formulation des stratégies de prévention du VIH du secteur public et du secteur privé.



### 1.1.5. Questions émergentes

#### **1. Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)**

Une étude exploratoire réalisée en 2006 par PSI/Togo a montré que la communauté des HSH n'avait pas accès aux informations sur l'infection par le VIH. Depuis 2007, cette communauté est encadrée par PSI, EVT, AMC avec l'appui du Fonds Mondial, du PNUD et de l'ONUSIDA aux fins de conduire des activités de prévention. Une analyse plus fouillée de la situation de l'épidémie les concernant est en cours et devrait aboutir à la mise en place d'une stratégie de prévention.

#### **2. Le milieu carcéral**

Le Ministère de la Justice mène depuis 2008 des activités en milieu carcéral avec le concours de l'ONG UCJG et l'appui de l'ONUDC. Ainsi, 40 gardiens de préfecture, 40 détenus et 38 agents sociaux et de santé ont été formés. La stratégie de prévention du Ministère de la Justice est en cours d'élaboration avec l'appui du PNUD. En 2008, le PNLS a mené une enquête de séroprévalence dans la prison civile de Lomé qui a révélé une prévalence du VIH de 7,6 % soit deux fois plus élevée que dans la population générale.

## 1.2. Intensification des services de prévention

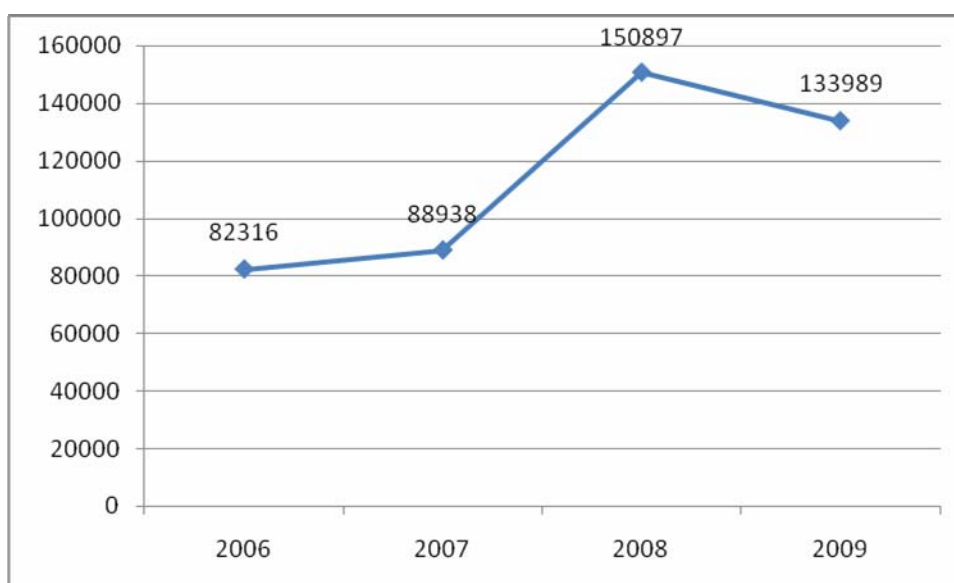
### 1.2.1. Intensification du conseil et dépistage volontaire du VIH

- ▶ Cibles pour 2008 : 40 centres de conseil et dépistage volontaire seront créés (le conseil et dépistage volontaire seront intégrés dans 35 formations sanitaires et 5 centres de dépistage seront dédiés aux populations vulnérables) ; au total, les services seront offerts à 110 000 clients.
- ▶ Cibles pour 2010 : 88 centres de dépistage volontaire seront créés (le conseil et dépistage volontaire seront intégrés dans 73 formations sanitaires et 15 centres de dépistage seront dédiés aux populations vulnérables) ; au total, les services seront offerts à 240 000 clients.
- ▶ Couverture en 2009 :
  - Au total, 97 centres de conseil et dépistage volontaire sont fonctionnels au Togo avec l'appui du CNLS-IST et des partenaires.
  - 373 824 personnes ont eu accès au dépistage volontaire entre 2007 et 2009.
- ▶ Observations :
  - La prévalence du VIH variait de 5,2 % dans la région de la Kara à 12,1 % dans la région Lomé Commune. Ceci laisse supposer que les centres de conseil et dépistage servent encore de supplétifs pour le diagnostic du sida. La prévalence du VIH pour les clients de la stratégie mobile variait de 0,1 % à 3,9 %. Ceci semble proche des estimations de la prévalence et proche des données de surveillance par site sentinelle.
  - Le dépistage volontaire est offert autant dans des structures mises en place à cet effet tel que le CDV de Lomé, que dans des structures associatives.
  - Les sites PTME font également office de centres de dépistage volontaire. La stratégie mobile est plus orientée vers les populations en milieu rural. Le fonctionnement du groupe thématique sur le dépistage volontaire doit être renforcé.
  - Les différents documents normatifs existants<sup>5</sup> ont été harmonisés en juillet 2009 avec l'appui de l'OMS.

---

<sup>5</sup> Formation en conseil et dépistage : Guide du formateur, 2<sup>ème</sup> Edition, 2009  
Formation en Conseil et dépistage : Manuel du participant, 2<sup>ème</sup> Edition, 2009  
Document national de politique, normes et procédures du conseil et dépistage du VIH au Togo, 2<sup>ème</sup> Edition, 2009

**Figure 2 : Evolution du nombre de cas de VIH dépistés dans les CDV de 2006 à 2009**



**Source : PNLIS-IST**

► **Recommandations :**

- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST et le PNLIS-IST devront approvisionner les laboratoires des hôpitaux en réactifs afin d'éviter que les centres de dépistage n'en tiennent lieu.
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST et le PNLIS-IST devront communiquer le plus possible sur le dépistage volontaire afin d'améliorer les niveaux de fréquentation des centres.
- Le Ministère de la Santé doit évaluer la qualité des prestations en matière de dépistage volontaire du VIH.
- Le CNLS-IST et le Ministère de la Santé ainsi que les ministères de tutelle doivent proposer des mécanismes d'accès au dépistage volontaire pour les populations marginalisées.
- Le PNLIS et le PASCi doivent organiser avec l'appui du CNLS-IST une campagne annuelle de dépistage volontaire du VIH à l'occasion de la Campagne Mondiale Sida à l'image de celle de 2009.

**1.2.2. Extension de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

- **Cibles pour 2008 :** 2 000 femmes enceintes dépistées séropositives bénéficiant du protocole ainsi que tous les enfants nés de ces dernières recevront la combinaison ARV prophylactique ; 26 sites seront créés ;
- **Cibles pour 2010 :** 4 000 femmes enceintes dépistées séropositives bénéficiant du protocole ainsi que tous les enfants nés de ces dernières recevront la combinaison ARV prophylactique ; 40 sites seront créés.



► Couverture en 2009 :

- 128 sites de PTME sont fonctionnels en décembre 2009 (*rapport PNLS-IST 2009*) ce qui équivaut à une couverture géographique de 20,4 % ( $n = 625$ ).
- De 2007 à 2009, 93 363 femmes enceintes ont été reçues en consultation prénatale (CPN) ;
- En 2009, 1 451 femmes enceintes séropositives ont bénéficié du protocole PTME (le nombre de femmes enceintes séropositives attendues au niveau national est de 5 612, soit un taux de couverture de 25,86%) et 1 508 enfants nés de mères séropositives ont reçu une prophylaxie.

► Observations :

- De 34 en 2006, le nombre de sites PTME est passé à 41 en 2007, 47 en 2008 et 128 en 2009.
- Malgré l'augmentation du nombre de sites par rapport à la cible 2010, le taux de couverture globale de la PTME reste faible (20,4 %).
- Le protocole de mono-prophylaxie (névirapine) a été remplacé en 2008 par la tri-prophylaxie. Toutefois, cette tri-prophylaxie est limitée à 44 sites par défaut de formation du personnel de prise en charge pour ce nouveau protocole.
- Un groupe thématique a été mis en place par le PNLS en 2007 et est très fonctionnel.
- La mobilisation de ressources additionnelles par le Ministère de la Santé auprès de la JICA, des Comités UNICEF France et Grande Bretagne et auprès du Fonds Mondial fait espérer que les performances en matière de PTME seront multipliées par 4 au moins.

► Recommandations :

La configuration de la carte sanitaire du Togo, les performances du personnel dédié à ce programme font espérer que les résultats pour l'accès universel seront plus tangibles dans les prochaines années. Aussi, avec l'appui des partenaires au développement et de la société civile, faudra-t-il :

- mobiliser la communauté nationale par la tenue annuelle d'un forum des partenaires sur la PTME ;
- mobiliser des ressources financières, humaines et matérielles additionnelles pour l'implantation de nouveaux sites ;
- renforcer l'exercice d'intégration de la PTME dans la gestion des districts de santé ;
- produire et diffuser de manière régulière l'information stratégique sur la PTME.

**Tableau 1 : Niveau d'atteinte des objectifs par rapport au PSN 2007-2010**

Indicateurs en 2010	Prévisions du PSN 2007-2010	Résultats en octobre 2009	Couverture des besoins au niveau national
Nombre de sites	100	128	20,4 % (128/625)
Nombre de femmes ayant reçu bénéficié du protocole PTME	2 000	1 451	25,86 % (1451/5612 <sup>6</sup> )
Nombre d'enfants ayant reçu la prophylaxie ARV	2 000	1 508	65,79% (1 508/2 292 <sup>7</sup> )

**Source** : PNLS, décembre 2009

### 1.2.3. Renforcement du diagnostic et du traitement corrects des IST

- ▶ Cibles pour 2008 : la prise en charge des IST sera intégrée dans 60 structures sanitaires ; 75 000 cas d'IST seront diagnostiqués et traités.
- ▶ Cibles pour 2010 : la prise en charge des IST sera intégrée dans 107 structures sanitaires ; 134 000 cas d'IST seront diagnostiqués et traités.
- ▶ Couverture en 2009 :
  - De 2008 à 2009 167 275 cas d'IST ont été diagnostiqués.
  - La région Maritime a notifié plus de cas d'IST que les autres régions (30 % des cas) suivie de la région des Plateaux (23 % des cas) et de Lomé Commune (21 %).
- ▶ Observations :
  - Inexistence d'une stratégie formelle pour faciliter la mobilisation des ressources indispensables.
  - Les écoulements vaginaux constituent le syndrome le plus notifié 40 % suivi du syndrome inflammatoire pelvien à hauteur de 17 % et de l'écoulement urétral à 10 %.
  - Le Programme National de Lutte contre le Sida a contracté avec le laboratoire Biolim de la faculté de médecine pour encourager la recherche en matière d'IST.
- ▶ Recommandations :
  - Elaborer un plan stratégique national de prise en charge des IST.
  - Le Programme National de Lutte contre le Sida devra mettre en place une unité de coordination de la prise en charge des IST, par exemple un groupe thématique.
  - Recruter un personnel au PNLS pour le suivi des interventions relatives à la prise en charge des IST.

<sup>6</sup> EPP/SPECTRUM 2009

<sup>7</sup> EPP/SPECTRUM 2009



#### 1.2.4. Renforcement de la promotion de l'utilisation du préservatif

- ▶ Cibles pour 2008 : 15 000 000 unités de préservatifs masculins et féminins seront distribuées
- ▶ Cibles pour 2010 : 20 000 000 unités de préservatifs masculins et féminins seront distribuées
- ▶ Couverture en 2009 : En 2009, 15 258 391 préservatifs ont été distribués contre 14 491 346 en 2008 et environ 8 000 000 en 2007, soit au total 37 749 737 préservatifs distribués sur la période 2007-2009.
- ▶ Observations :
  - Sept (7) institutions importent et assurent la distribution des préservatifs au Togo : ATBEF, DSF, PSI et OCAL qui sont des grossistes du secteur public et de marketing social, puis SOCOPHARM, SOTOMED, GTPHARM et UNIPHART qui sont des grossistes commerciaux.
  - Les tests de qualité sont effectués sur les préservatifs importés par l'ATBEF, la DSF et PSI. Un financement préalable à l'achat garantit cette opération et les documents l'attestant leur sont transmis.
  - Il n'y a pas de cadre de coordination pour la gestion des préservatifs. Il existe un comité de quantification des produits contraceptifs dont le Secrétariat Permanent du CNLS n'est pas membre.
  - Des projets de sensibilisation des jeunes à l'utilisation des préservatifs sont en cours et méritent qu'une grande communication leur soit consacrée.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST a conduit avec le soutien de l'UNFPA, une étude sur la gestion des préservatifs au Togo. Le rapport de cette étude a été validé en 2009.
- ▶ Recommandations :
  - Mettre en place une cellule de coordination qui facilitera la gestion des préservatifs au Togo pour ce qui concerne l'approvisionnement, l'assurance qualité, la distribution et la promotion.
  - Veiller à la documentation et à la diffusion des meilleures pratiques.



### 1.2.5. Renforcement de la sécurité transfusionnelle

- ▶ Cibles pour 2008 : la collecte du sang passera de 21 000 poches à 30 000 poches.
- ▶ Cibles pour 2010 : la collecte du sang passera de 30 000 poches à 50 000 poches.
- ▶ Couverture en 2009 :
  - De 2007 à 2009, 76 418<sup>8</sup> poches de sang ont été collectées contre 40 000 poches prévues dans le Plan Stratégique National.
  - Deux centres de transfusion sanguine ont été mis en place à Dapaong et à Kara avec l'appui de l'Agence Française de Développement.
- ▶ Observations :
  - Le retrait de l'Agence Française de Développement de la transfusion sanguine pose un problème majeur de mobilisation de ressources.
  - Depuis 2007, on note une baisse régulière de la prévalence du VIH chez les donateurs de sang dans la zone couverte par le CNTS (1,6% en 2007 et 1,2% en 2008 et 1,12 % en 2009).
- ▶ Recommandations :
  - Poursuivre le plaidoyer auprès du CCM-Togo pour la prise en compte de la sécurité transfusionnelle dans les propositions à soumettre au prochain appel à candidature du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.
  - Produire et diffuser des informations stratégiques sur la sécurité transfusionnelle au Togo.

---

<sup>8</sup> 25 749 poches de sang en 2007, 20 516 en 2008 et 30 153 en 2009



## 2. Domaine prioritaire 2 du Plan Stratégique National : Accélération de l'accès au traitement, aux soins et à l'appui

### 2.1. Amélioration de l'accès au traitement

- ▶ Cibles pour 2008 : 28 formations sanitaires réuniront les conditions minimales pour le traitement des personnes vivant avec le VIH ; 8 750 adultes et 800 enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'ARV seront mis sous traitement.
- ▶ Cibles pour 2010 : 86 formations sanitaires réuniront les conditions minimales pour le traitement des personnes vivant avec le VIH ; 10 000 adultes et 1 000 enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'ARV seront mis sous traitement.
- ▶ Couverture en 2009 :
  - 115 structures de soins sont accréditées pour la prise en charge des PVVIH
  - La dispensation des ARV est effective dans 42 sites de prise en charge.
  - Le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 7 980 en 2007 à 11 211 en 2008 ; au 31 décembre 2009, on dénombre 16 710 PVVIH sous ARV. Le taux de couverture thérapeutique en 2009 est de 53,9 % contre 27,3 % en 2006. Le taux de réalisation est de 167,1 % par rapport au Plan Stratégique National.
  - En 2009, 1 028 enfants ont été mis sous ARV contre 672 en 2008, soit une progression de 34 % en un an. Mais le taux de couverture thérapeutique des enfants reste faible par rapport aux adultes (34 % contre 50,5 % pour les adultes).
- ▶ Observations :
  - En 2007, le pays a connu de nombreux problèmes d'approvisionnement de stocks des ARV.
  - Le traitement par les ARV est rendu gratuit par décision du Gouvernement du 17 novembre 2008.
  - La décentralisation de la dispensation des ARV a permis de résoudre de manière substantielle les problèmes de stigmatisation liés à l'accès aux ARV. Cette décentralisation associe les structures associatives.
  - Le traitement du sida par les ARV fait l'objet d'un suivi satisfaisant par le personnel compétent du Ministère de la Santé (PNLS).
  - Le renforcement des capacités des différents acteurs intervenant dans la dispensation des ARV a permis de résoudre l'épineux problème de la rupture des stocks.
  - La gestion du programme de continuité du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme est un exemple à partager avec la collaboration fructueuse qui a réuni autour du PNLS-IST, le Fonds Mondial, la Fondation Bill Clinton, GIP ESTHER, l'OMS et l'ONUSIDA.
  - Le traitement par les ARV est tributaire en trop grande partie des ressources extérieures.

▶ Recommandations :

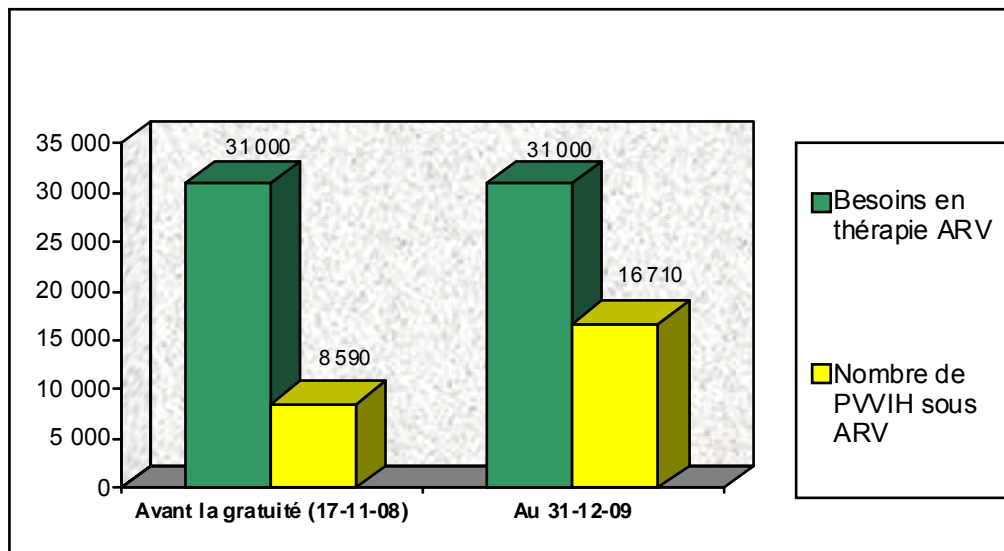
La configuration de la carte sanitaire du Togo et les performances du personnel affecté au PNLS-IST font espérer que les résultats pour l'accès universel seront également tangibles



dans ce domaine. Aussi, avec les ressources de l'Etat et l'appui des partenaires au développement et des acteurs de la société civile, faudra-t-il :

- poursuivre la dynamique de la décentralisation de la dispensation des ARV : mobiliser des ressources additionnelles, recruter du personnel et le former, équiper les centres créés.
- mettre en place des outils appropriés de collecte des données avec la collaboration de l'ONUSIDA et de l'OMS par le Secrétariat Permanent du CNLS-IST et le PNLS-IST.
- produire et diffuser l'information stratégique.
- proposer des mécanismes de mobilisation de ressources nationales.
- améliorer la qualité de la prise en charge pédiatrique afin d'offrir la chance à tous les enfants infectés d'avoir accès aux ARV par la disponibilité du diagnostic précoce par PCR.

**Figure 3 : Evolution du nombre de personnes vivant avec le VIH un an après la gratuité des ARV**



**Source :** PNLS, décembre 2009



## Prise en charge de la co-infection VIH / TB

### Couverture 2009 :

En 2008, seuls 21 % des cas de TPM+ ont bénéficié du dépistage gratuit du VIH. Parmi ceux-ci, 33 % étaient co-infectés.

En 2009, sur le plan national, 3 119 cas de TB ont été dépistés en 2009 et sur ce nombre 56 % ont subi le test de VIH et parmi ceux-ci 28% se sont révélés positifs au test de VIH. Les nouveaux cas TMP+ (2267) représentent 73 % du nombre total de cas dépistés TB ; 63 % d'entre eux ont subi le test de VIH et le test s'est révélé positif dans 25 % des cas.

### Observations

- La problématique de la co-infection TB/VIH est une préoccupation des deux programmes : programme TB et programme VIH du Ministère de la Santé. Cette problématique a un impact négatif sur leur performance.
- Pour améliorer la chance de survie des malades co-infectés par la tuberculose et le VIH, une convention de collaboration entre le PNLN et le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a été signée par les coordonnateurs des deux programmes sous le parrainage du Directeur des Soins de Santé Primaires après la mise en place par arrêté ministériel en 2007, du Comité National de coordination des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH et de ses démembrements régionaux.
- La mise en œuvre des interventions de lutte contre la co-infection reste limitée faute de réactifs pour le test de dépistage du VIH. De ce fait, l'offre de test de dépistage du VIH aux malades TB n'a pu être systématique.

### Recommandations

Sur la base de la subvention du 8<sup>ème</sup> Round du Fonds Mondial les activités conjointes VIH/TB devront consister à :

- améliorer la qualité de la prise en charge de la co-infection TB/VIH dans tous les groupes cibles y compris les professionnelles du sexe, les détenus, les consommateurs de drogues et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en renforçant le système de collecte des données dans ce domaine.
- améliorer le fonctionnement du mécanisme de coordination ;
- augmenter le taux de couverture du dépistage d'au moins 95 % des malades tuberculeux ;
- améliorer la prévention des IO chez les patients co-infectés en leur garantissant un meilleur accès au cotrimoxazole et éventuellement au traitement par les ARV.



## 2.2. Intensification du soutien et de l'appui aux personnes vivant avec le VIH

- ▶ Cibles pour 2008 : 6 000 adultes et enfants bénéficieront d'une assistance psychosociale et nutritionnelle.
- ▶ Cibles pour 2010 : 12 000 adultes et enfants bénéficieront d'une assistance psychosociale et nutritionnelle.
- ▶ Couverture en 2009 :
  - En 2007, 11 312 kits nutritionnels ont été distribués et en 2008 le nombre de PVVIH ayant bénéficié d'un appui nutritionnel est de 10 274. Le taux de réalisation pour l'appui nutritionnel en 2008 est de 171,2 % en se référant aux prévisions du PSN.
  - Au cours de l'année 2008, près de 17 000 PVVIH ont bénéficié d'un soutien psychologique, social et nutritionnel.
- ▶ Observations :
  - L'absence d'informations sur la mise en œuvre de ce domaine est évidente. Cette intervention est peu documentée en termes de rapports sur les activités, et ceci en l'absence de toutes normes nationales.
  - La majorité des actions entreprises dans ce domaine le sont sur financement du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.
  - Les activités de soutien aux PVVIH sont réalisées dans la majorité des cas par les ONG/associations : 34 ONG/associations en 2008.
  - Pour améliorer la qualité de l'appui psychologique, le projet de la 8<sup>ème</sup> série du Fonds Mondial démarré en décembre 2009, prévoit un réseautage des associations autour des structures publiques afin de proposer une prise en charge globale aux personnes vivant avec le VIH.
- ▶ Recommandations :
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra mettre en place une unité de coordination de ce domaine qui serait présidée par le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme, de la protection de l'Enfant et des Personnes Agées.
  - Mettre en place un système adéquat de supervision des activités de soutien avec des statistiques fiables évitant les doublons et donnant des précisions par âge.
  - Répertorier les ONG et associations en activité, intensifier et professionnaliser la formation au soutien psychosocial et nutritionnel.
  - Permettre et accroître l'aide financière et matérielle que l'Etat et les bailleurs devraient apporter aux ONG, s'il est vrai qu'elles assurent la presque totalité de cette activité dans tout le pays.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra mettre à disposition les outils de collecte des informations avec l'appui du PAM et de la FAO.



### **2.3. Amélioration de la prise en charge des orphelins et enfants en situation vulnérable**

- ▶ Cibles pour 2008 : 7 500 OEV seront pris en charge ; 100 % des ménages qui les hébergent auront reçu des Kits d'appui.
- ▶ Cibles pour 2010 : 11 500 OEV seront pris en charge ; 100 % des ménages qui les hébergent auront reçu des Kits d'appui.
- ▶ Couverture en 2009 : 15 511 OEV sont enregistrés et suivis par les organisations et structures de prise en charge des OEV aussi bien étatiques, confessionnelles qu'associatives.
- ▶ Observations :
  - Les activités de soutien aux OEV sont réalisées dans la majorité des cas par les ONG/associations et les organisations à caractère confessionnel.
  - Il n'existe pas encore des statistiques sur le nombre de PVVIH et OEV ayant fait l'objet de discrimination
  - Les rapports sur la prise en charge des OEV et des enfants en situation vulnérable ne sont pas systématiques.
  - Plusieurs interventions sont menées sans aucune coordination et en l'absence d'une stratégie nationale.
- ▶ Recommandations :
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST et le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme, de la Protection de l'Enfant et des Personnes Agées devront faciliter la mise en place d'un mécanisme de coordination des intervenants.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST et le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme, de la Protection de l'Enfant et des Personnes Agées assistés de l'UNICEF et de l'ONUSIDA devront mettre en place les outils adéquats pour la collecte des données.
  - Le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme, de la Protection de l'Enfant et des Personnes Agées devra élaborer une stratégie nationale de prise en charge des OEV avec l'appui du Secrétariat Permanent du CNLS-IST et de l'UNICEF.



### **3. Domaine prioritaire 3 du Plan Stratégique National : Promotion des droits humains : lutte contre la discrimination et la stigmatisation**

- ▶ Cibles pour 2010 : au moins 80 % des PVVIH et des OEV ayant fait l'objet de cas signalés de discrimination et de stigmatisation auront bénéficié d'une protection juridique ; les pratiques socioculturelles néfastes à l'épanouissement de la femme seront réduites ; la vulgarisation de la loi portant protection des personnes en matière de sida sera renforcée.
- ▶ Couverture en 2009 :
  - La loi portant protection des personnes en matière d'infection à VIH/sida a été mise à jour. Elle a été adoptée par le Conseil des ministres et transmise à l'Assemblée Nationale pour examen et adoption éventuelle.
- ▶ Observations :
  - Les comportements discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH ne font pas l'objet de documentation. Par voie de conséquence, il n'y a pas de mécanisme formel d'assistance aux personnes victimes de discrimination et de stigmatisation.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST, le Ministère de la Justice et certaines associations et ONG mènent des actions de vulgarisation de la loi. Toutefois, ces actions ne sont pas rapportées.
  - Il a été rapporté que des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont été victimes de brimades et de rejet par leurs familles.
  - Une association de PVVIH femmes projette la mise en place d'un système d'assistance juridique.
- ▶ Recommandations :
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra confier le leadership de ce domaine prioritaire à un département ministériel pour en faciliter la coordination et la mise en œuvre.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra faciliter la mise en place d'un mécanisme d'assistance aux personnes victimes de discrimination et de stigmatisation du fait du VIH, du sida, de leurs orientations ou de leurs statuts spécifiques.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra mettre en place les outils de collecte des informations avec l'appui du Haut Commissariat aux Droits de l'Homme et de l'UNHCR.



#### **4. Domaine prioritaire 4 du Plan Stratégique National : Promotion de la recherche en matière du VIH/sida et des IST**

- ▶ Cibles pour 2008 : la commission scientifique et de recherche sera opérationnelle ; la politique nationale de recherche sur le VIH/sida sera disponible.
- ▶ Cibles pour 2010 : un centre de recherche d'envergure sera créé ; des fonds seront alloués pour la promotion des activités de recherche.
- ▶ Couverture en 2009 :
  - Une commission scientifique est mise en place par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ;
  - La Politique Nationale de Recherche sur le VIH/sida et les IST a été validée en décembre 2009 avec l'appui financier du CNLS-IST.
- ▶ Observations :
  - La commission scientifique prévue par le décret de création du CNLS-IST n'est pas encore mise en place.
  - Un répertoire des recherches sur le VIH, le sida et les IST est disponible en 2009.
  - Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche avec l'appui du CNLS-IST, a organisé les Premières journées scientifiques sur le sida et les IST en décembre 2009.
- ▶ Recommandations :
  - Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche devra organiser des sessions régulières de formation ou de recyclage en méthodologie de la recherche.
  - Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche devra mobiliser des ressources pour faciliter la recherche.
  - Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche devra faciliter des partenariats avec des institutions du nord et du sud.




## 5. Domaine prioritaire 5 du Plan Stratégique National : Renforcement du cadre national de suivi et évaluation

- ▶ Cibles pour 2008 : le plan national de suivi et évaluation sera élaboré ; un personnel permanent sera recruté et formé ; les indicateurs de suivi seront mesurés.
- ▶ Cibles pour 2010 : le personnel sera formé et recyclé, les indicateurs de suivi et d'impact seront mesurés.
- ▶ Couverture en 2009 :

Depuis l'adoption du Plan National de Suivi et Evaluation en juin 2007, plusieurs actions ont été menées entre autres :

- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST a procédé à la mesure des indicateurs UNGASS en 2006 et en 2008 avec l'appui de l'ONUSIDA.
  - Deux cadres du Secrétariat permanent du CNLS-IST ont participé à un cours sur le suivi des programmes VIH/sida organisé par l'ONUSIDA en février 2009 au CESAG Dakar.
  - Deux cadres du Secrétariat Permanent du CNLS-IST et deux autres du PNLIS ont été formés à Durban en 2007 à la planification stratégique par l'Institut de Santé Publique de Mexico et le CESAG de Dakar.
  - Le PNLIS a mis en place une unité de suivi et d'évaluation dotée d'un Plan de suivi et d'évaluation pour le secteur de la santé et inspiré du Plan National de suivi et d'évaluation.
  - Un Groupe de Référence sur le Suivi et Evaluation (GRSE) multisectoriel composé des chargés de suivi et évaluation des institutions partenaires, des organisations de la société civile, des organisations de PVVIH et des secteurs public et privé est fonctionnel. Il accompagne le SP/CNLS-IST dans la mise en place du système national de suivi et d'évaluation. Il a un fonctionnement très satisfaisant.
  - Les ONG et associations, les représentants des secteurs public et privé ont été régulièrement formés pendant trois années successives à l'utilisation du logiciel CRIS et de l'outil REDES.
- ▶ Observations :
- Les plans opérationnels du Plan National de suivi et d'évaluation n'ont pas été élaborés.
  - Le manuel de suivi et évaluation n'a pas été élaboré.
  - La faiblesse des ressources nationales et extérieures pour les opérations de suivi et d'évaluation n'a pas permis de recruter du personnel suffisant pour la mise en œuvre de ce domaine.
  - Des ressources conséquentes ont été rendues disponibles dans le projet du 8<sup>ème</sup> Round de subvention du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Elles serviront à recruter et à former du personnel sur l'ensemble du territoire, à les équiper et à mettre en place les outils de collecte des données.
  - La surveillance de la prévalence du VIH est régulièrement faite par les sites sentinelles. Elle ne l'est pas pour les malades tuberculeux, les professionnels du sexe, les routiers, les détenus, les consommateurs de drogues et les hommes



ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les forces de défense et de sécurité.


► Recommandations :

- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra veiller à la formulation de plans annuels de travail pour le suivi et l'évaluation et veiller à la disponibilité de rapports annuels d'activités.
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra réviser le Plan National de Suivi et Evaluation, appuyer les différents secteurs disposant déjà de plans stratégique sectoriel à élaborer leur plan de suivi et évaluation et élaborer le manuel de suivi et évaluation ;
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra faciliter l'installation du CRIS chez les principaux acteurs et partenaires avec l'appui du Bureau Pays ONUSIDA.
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra veiller au recrutement de personnels additionnels pour l'unité de suivi et d'évaluation, veiller à leur formation.
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST pourrait contractualiser avec les universités pour la mise en place d'un mécanisme de validation de toutes les recherches en matière de VIH/sida et d'IST.
- Rendre régulière, la mesure de la prévalence du VIH outre chez les femmes enceintes, chez les malades tuberculeux, les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les forces de défense et de sécurité.



## 6. Domaine prioritaire 6 du Plan Stratégique National : Renforcement de la coordination et bonne gouvernance

- ▶ Cibles pour 2010 : le CNLS-IST aura tenu ses réunions statutaires ; le SP/CNLS-IST sera plus fonctionnel (recrutement et formation du personnel, paiement des salaires, élaboration d'un manuel de procédures administratives, financières et comptables, mise à disposition des outils de gestion, affectation de locaux adéquats, décentralisation de la structure) ; l'alignement et l'harmonisation des ressources allouées par les partenaires au développement seront effectifs.
- ▶ Couverture en 2009 :
  - Le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST a tenu trois sessions ordinaires sous l'autorité du Chef de l'Etat, Président du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST.
  - Le Coordonnateur National Adjoint et le Chargé de suivi-évaluation du SP/CNLS-IST ont bénéficié d'une formation en planification stratégique en 2007 à Durban. Tout le personnel du Secrétariat a participé à des ateliers portant sur le leadership transformationnel.
  - L'Etat a attribué depuis avril 2009, des locaux adéquats au Secrétariat Permanent (16 bureaux).
  - L'arrêté n°2009-040/PMRT du 06 août 2009 fixant les salaires et indemnités des membres du SP/CNLS-IST conformément à l'article 19 du décret portant création du CNLS-IST de 2001 a été pris le 06 août 2009.
- ▶ Observations :
  - La disponibilité de nouveaux locaux, l'évaluation du Plan Stratégique National et l'élaboration d'un nouveau Plan Stratégique et d'un nouveau Plan de Suivi et Evaluation sont une grande opportunité pour l'analyse de la situation du Secrétariat Permanent du CNLS-IST et l'élaboration d'un manuel devant définir les tâches et responsabilités du Secrétariat et des personnels y affectés.
  - Le personnel additionnel du Secrétariat Permanent du CNLS-IST n'a pas été recruté.
- ▶ Recommandations :
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra effectuer des visites conjointes régulières sur le terrain pour : i) *s'assurer de l'effectivité des opérations* ; ii) *renforcer ses liens fonctionnels avec ses structures décentralisés* ; iii) *renforcer ses liens fonctionnels avec la société civile et toutes autres structures d'exécution* ; iv) *faciliter ses actions de mobilisation de ressources auprès des partenaires au développement*.
  - Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra tenir des réunions régulières avec les organes de coordination des différents secteurs pour le suivi des interventions et pour la levée à temps de contraintes éventuelles.
  - La tenue des sessions du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST dans le respect de sa composition implique fortement l'organisation régulière des forums des partenaires pour le partage des informations issues des sessions au plus grand nombre et pour la mise en œuvre des recommandations.

- 
- Le Secrétariat Permanent du CNLS-IST devra mettre en place une cellule de rédaction des projets de mobilisation de ressources en matière de lutte contre le sida et veiller à sa formation avec l'appui de l'ONUSIDA.
  - Le Secrétariat Permanent doit obligatoirement élaborer un plan de travail annuel qui tienne compte de tous les acteurs et partenaires, budgétisé et un rapport annuel d'activités couvrant l'ensemble des interventions menées sur le territoire national en référence au plan de travail annuel.
  - Le Secrétariat permanent du CNLS-IST doit fournir régulièrement des informations stratégiques sur tous les domaines de la lutte contre le sida au Togo.

### **La société civile togolaise engagée dans la lutte contre le sida**

Elle occupe une place de choix dans la lutte contre le VIH/sida au Togo. Elle est impliquée à tous les niveaux de décision et participe à toutes les activités de lutte contre le sida sur le terrain : sensibilisation, prise en charge psycho-sociale, médicale, soutien et appui nutritionnel, développement d'activités génératrices de revenu. Des ONG sont régulièrement sélectionnées comme bénéficiaires secondaires ou sous-bénéficiaires des subventions du Fonds Mondial.

Les ONG sont associées à la formulation des projets soumis au Fonds Mondial par le CCM-Togo, à la rédaction des rapports UNGASS et au REDES. Les agences de coopération et le Secrétariat Permanent du CNLS-IST les sollicitent de plus en plus comme consultants, contribuant ainsi à la valorisation de leurs compétences. Elles ont d'ailleurs montré leur savoir-faire avec l'organisation du Premier Forum de la société civile sur l'accès universel en décembre 2007.

Pionnières du traitement du sida et de la prise en charge psychosociale au Togo, elles ont tissé avec des organisations du Nord des partenariats pour la collecte des ressources financières et le transfert de compétences.

Avec l'appui du Gouvernement, du PNUD et de l'ONUSIDA, un programme leur est consacré aujourd'hui pour renforcer leurs compétences programmatiques et managériales. C'est le PASCII ou Programme de Renforcement des Capacités des Organisations de la Société Civile dont le but ultime est leur professionnalisation.




TROISIEME PARTIE :  
**COMMENTAIRES**

## 1. Suivi de la feuille de route de 2006

Le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST a défini en 2006 une feuille de route qui prévoyait la levée de contraintes à l'atteinte des cibles de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui. En 2009, nous pouvons faire les constats suivants :

- ▶ Pour ce qui concerne les ressources humaines : un personnel additionnel a été recruté pour le PNLIS en 2007 et en 2009 (5 personnels techniques et 5 personnels d'appui au niveau de la coordination, 12 agents de santé chargés de dispensation et 10 opérateurs de saisie dans le cadre du suivi évaluation au niveau décentralisé), pour la CAMEG, pour l'Unité de Gestion du Projet Fonds Mondial au PNUD. Le personnel additionnel souhaité pour le Secrétariat Permanent du CNLS n'a pas été recruté.
- ▶ Organisation et systèmes : le forum des partenaires n'est pas mis en place et aucun mécanisme n'en tient lieu.
- ▶ Infrastructure : des équipements ont été fournis au PNLIS pour le diagnostic du sida : un (1) PCR, 13 appareils pour la mesure des CD4, 19 lecteurs (1 facscalibur, 1 facscount, 7 appareils Partec-Cyflow, 4 microscopes à fluorescence Dynabeads).
- ▶ Planification stratégique : Trois cadres du Secrétariat Permanent du CNLS-IST et deux cadres du PNLIS ont été formés en planification stratégique et opérationnelle à Durban en 2007. Le CCM-Togo, en collaboration avec le Secrétariat Permanent du CNLS-IST et le PNLIS, a mis en place une équipe de rédaction des projets soumis au Fonds Mondial pour financement, équipe dont les performances s'améliorent d'année en année.
- ▶ Financement durable : l'Etat contribue à la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2007-2010 à raison de deux milliards de francs CFA par an. En outre, depuis 2006, l'Etat subventionne l'approvisionnement des médicaments antirétroviraux. Dans le souci d'assurer la pérennité des ressources, la troisième session du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST a prescrit l'exploration de mécanismes nationaux de financement.
- ▶ Partenariats : Les différents partenaires au développement du Togo notamment le Bureau Pays ONUSIDA, le PNUD, l'UNFPA, l'OMS, l'ONU DC, l'UNICEF, l'AFD, PSI/Togo, etc. participent activement à la riposte nationale au VIH. Ce partenariat cible des interventions spécifiques à l'endroit des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des femmes, des professionnels du sexe, des routiers, des corps habillés, de la population carcérale, des jeunes, etc.
- ▶ Action aux niveaux régional et mondial pour gérer les obstacles reconnus comme entravant la concrétisation de l'accès universel à l'échelon pays : la tenue de la table ronde de Bruxelles en septembre 2008 et l'adoption du DSRP complet ont favorisé la reprise de la coopération internationale au Togo.

Les actions prescrites par la feuille de route ont été menées, mais il apparaît qu'elles se sont plutôt focalisées sur des processus et des mécanismes que sur le développement de domaines programmatiques pour l'accroissement des services. Ceci peut être lié au fait que l'exercice était novateur. Toutefois, il faut noter que la rareté des ressources au niveau du SP/CNLS-IST n'a pas facilité la mise en œuvre de cette feuille de route. En



plus, les propositions soumises au Fonds Mondial pour financement n'ont pas abouti en 2006 et 2007. Le projet de document de mobilisation des ressources nationales élaboré par le SP/CNLS-IST en 2006 n'a pas eu écho favorable pour pérenniser les interventions inscrites dans ladite feuille de route.

## **2. Cibles de l'accès universel**

La réduction de la prévalence du VIH observée depuis 2004 est corroborée par la réduction du nombre des nouvelles infections chez les jeunes de 15 à 24 ans et par la réduction du nombre de décès de personnes vivant avec le VIH dû à la disponibilité des médicaments antirétroviraux. Ces acquis illustrent à souhait l'excellente performance réalisée dans le domaine du traitement et dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le recrutement de personnels additionnels avec des termes de référence adéquats, le suivi méticuleux des activités, la capacité de mobilisation des ressources du Ministère de la Santé qui bénéficie d'un savoir-faire réel du fait de son ancienneté en la matière confirment que des ressources humaines de qualité associées à une gestion efficiente des ressources financières permettent de faire la différence.

A l'élaboration du Plan Stratégique National, les cibles de l'accès universel n'ont été mieux exprimées que dans le domaine de la santé. Les cibles se rapportant à la stigmatisation et à la discrimination, à la recherche, au suivi et à l'évaluation, à l'appui aux personnes vivant avec le VIH, aux orphelins et enfants en situation vulnérable de même qu'à la coordination méritent d'être reformulées pour mieux fixer l'horizon et en faciliter l'évaluation. Quoiqu'il en soit, le Togo a eu le mérite d'avoir énoncé parmi les premiers pays de la région ouest-africaine de l'ONUSIDA des cibles dans son plan stratégique.

Pour atteindre les cibles de l'accès universel, le CNLS-IST devra renforcer son Secrétariat Permanent : accroître le personnel, le former à une meilleure connaissance des domaines programmatiques et à la gestion (le « management » anglo-saxon) ; préciser à nouveau ses responsabilités et tâches, l'encourager à plus d'animation et à plus de communication avec tous les acteurs et partenaires, à plus de transparence par des plans de travail et rapports annuels.

## **3. Atteinte des cibles**

L'atteinte des cibles de l'accès universel connaît des fortunes diverses, de la prévention à la coordination du CNLS-IST. En effet, la présente enquête rapporte des motifs de satisfaction pour trois domaines prioritaires du Plan Stratégique National qui sont :

- Domaine prioritaire 1 : Intensification des services de prévention : les résultats vont au-delà des attentes pour le dépistage volontaire avec 97 centres fonctionnels et 373 824 clients dépistés entre 2007 et 2009 ; ils sont encourageants pour : (i) la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant avec 128 sites fonctionnels, la prescription du protocole PTME à 1 451 femmes enceintes séropositives et 1 508 enfants nés de mères séropositives ayant reçu une prophylaxie ; (ii) la sécurité transfusionnelle avec 76 418 poches de sang collectées entre 2007 et 2010.



- Domaine prioritaire 2 : Accélération de l'accès au traitement, aux soins et à l'appui : (i) pour le traitement : 115 structures sont accréditées, les ARV sont dispensés dans 42 sites. 16 710 PVVIH, soit un taux de couverture de 53,9 % contre 27,3 % en 2006 ; (ii) pour les soins : 17 000 PVVIH ont bénéficié d'un soutien psychosocial et nutritionnel (taux de réalisation de 94,4 %), 15 511 OEV sont enregistrés et suivis.
- Le domaine prioritaire 4 : Promotion des droits humains – lutte contre la discrimination et la stigmatisation : la loi adoptée en 2005 a été revue et transmise à l'Assemblée Nationale pour une nouvelle adoption.

La tenue prochaine du forum des partenaires sera l'occasion d'envisager des solutions idoines pour entretenir les excellents résultats obtenus dans les trois domaines prioritaires sus-cités et de proposer de nouveaux mécanismes pour la satisfaction des autres domaines prioritaires.



## CONCLUSION

L'accès universel est un concept à valeur d'objectif en faveur de l'élargissement des programmes de lutte contre le sida avec une gamme complète de services efficaces, des services équitables, accessibles, financièrement abordables, exhaustifs, et maintenus sur le long terme. C'est un partenariat en constante évolution entre le Togo et ses donateurs aux fins d'élargir la riposte et contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Le Plan Stratégique National arrivant à expiration, les résultats de cette consultation feront l'objet d'un forum des partenaires pour tirer profit de ce qui a marché, réfléchir ensemble sur ce qui n'a pas marché, fixer un nouveau cap pour la lutte contre le sida au Togo.

En définitive quelques leçons méritent d'être tirées :

- cet exercice étant la conjugaison harmonieuse des ressources financières et humaines constitue un atout pour l'atteinte des cibles de l'accès universel. La preuve en est établie au Togo par l'amélioration de la gestion du PNLIS conjugée à la disponibilité d'importantes ressources du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida et à l'ouverture faite aux partenaires et aux principaux acteurs ;
- les interventions doivent être formulées de manière à correspondre aux cibles identifiées et à faciliter leur mesure ; elles doivent être spécifiques aux services et aux populations bénéficiaires.
- des concertations régulières s'imposent pour le suivi de la feuille de route afin de les adapter aux opportunités de financement et aux ressources humaines du moment. La feuille de route est un formidable outil de négociation pour un partenariat dynamique entre le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST et les partenaires au développement.
- l'application de l'accès universel facilite l'acceptation d'un Plan Stratégique National comme référentiel pour tous, d'un organe national de coordination, d'un système commun de suivi et d'évaluation.

A brown oval shape with a thin black border. The oval is centered on the page. Behind the oval, there is a faint, light gray grid pattern that creates a shadow effect. The word "ANNEXES" is written in the center of the oval in a bold, white, sans-serif font.

**ANNEXES**

**Annexe 1. Tableau 2 : Principaux indicateurs sociodémographiques et économiques du Togo**

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

## Annexe 2 : Cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2001

### Une action conjointe en vue de résultats :

*« Les gens l'oublient. Nous sommes ici pour agir. Nous sommes ici pour produire des résultats. Nous sommes des agents du changement. Notre travail consiste à changer les Nations Unies – et, par ce biais, le monde. »* Secrétaire général Ban Ki-moon, Turin, Italie

### L'agenda pour l'action : Neuf domaines prioritaires et des stratégies transversales

**Nous pouvons réduire la transmission sexuelle du VIH :** La transmission sexuelle du VIH représente plus de 80% des nouvelles infections à travers le monde. Inverser le cours de l'épidémie mondiale de sida exige un élargissement considérable de l'action aux niveaux communautaire, national et mondial en faveur de la santé et des droits dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, et d'un engagement individuel pour des rapports sexuels à moindre risque. Nous pouvons réduire la transmission sexuelle du VIH en favorisant les normes sociales et les comportements individuels qui ont pour résultat la santé sexuelle ; en appuyant le leadership des personnes vivant avec le VIH pour « une santé, une dignité et une prévention positives » ; et en soutenant l'accès universel aux produits et services de prévention, en particulier pour les plus vulnérables, notamment les professionnels(les) du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.


**Nous pouvons empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH :** En élargissant l'accès à des services de qualité pour la prévention de la transmission mère-enfant (+), et leur utilisation, en tant que partie intégrante de services de santé sexuelle et reproductive fondés sur les droits à l'intention des femmes, de leurs partenaires et des jeunes. Cela comprend les soins et le traitement continu pour les femmes et leurs partenaires, et les enfants vivant dans des familles affectées.

**Nous pouvons faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement :** En élargissant et en maintenant la couverture du traitement et en comblant le fossé entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH, en intégrant l'appui nutritionnel au sein des programmes de traitement et en accroissant le nombre d'agents de santé qualifiés et équipés.

**Nous pouvons éviter que les gens vivant avec le VIH meurent de la tuberculose :** En assurant une prestation efficace de services intégrés pour le VIH et la tuberculose ainsi qu'un appui nutritionnel dans tous les contextes.

**Nous pouvons protéger les consommateurs de drogues contre l'infection à VIH :** En rendant les interventions éclairées par des preuves et fondées sur les droits humains accessibles à tous les consommateurs de drogues (à savoir réduction des risques et réduction de la demande), notamment des programmes pour réduire la co-infection par l'hépatite, et en veillant à ce que les cadres juridiques et politiques soient au service des efforts de prévention du VIH.

**Nous pouvons supprimer les lois punitives, les politiques, les pratiques, la stigmatisation et la discrimination qui bloquent les ripostes efficaces au sida :** En collaborant avec la société civile et l'ensemble des parties prenantes pour faire respecter la non-discrimination dans toutes les activités, en s'opposant au jugement social et à la peur qui nourrit la stigmatisation, en respectant l'agenda des droits humains au sens



large, notamment dans les domaines du commerce du sexe, des restrictions aux voyages, de l'homophobie et de la criminalisation de la transmission du VIH, en assurant l'accès à la justice et l'utilisation de la loi par le biais de la promotion des droits à la propriété et à l'héritage, en préservant l'accès à l'emploi et le maintien de l'emploi et en protégeant les groupes marginalisés, et en renforçant le travail de UN Plus.

**Nous pouvons mettre fin à la violence à l'encontre des femmes et des filles :** En faisant de la riposte au sida une opportunité de réduire la violence exercée par les partenaires intimes et la violence sexuelle, et en élaborant des ripostes complètes à la violence sexospécifique et des mesures de prévention du VIH au sein du secteur de la santé et au-delà.

**Nous pouvons donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH :** En plaçant le leadership des jeunes au cœur des ripostes nationales, en fournissant une éducation et des services de santé sexuelle et reproductive fondés sur les droits et en permettant aux jeunes d'empêcher la transmission sexuelle et autres de l'infection à VIH parmi leurs pairs. En assurant l'accès aux efforts de dépistage et de prévention du VIH avec et pour les jeunes dans le contexte de l'éducation à la sexualité. Et en assurant des contextes juridiques favorables, des opportunités d'éducation et d'emploi afin de réduire la vulnérabilité au VIH.

**Nous pouvons renforcer la protection sociale en faveur des personnes affectées par le VIH :** En favorisant la prestation d'une gamme de services sociaux pour protéger les populations vulnérables, notamment les populations dans les contextes humanitaires, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et les migrants, les travailleurs de l'économie informelle, les personnes qui connaissent la faim, la malnutrition et l'insécurité alimentaire, et les enfants orphelins et vulnérables. En encourageant la responsabilité sociale des entreprises, les politiques sur le lieu de travail et la génération de revenus pour les personnes affectées par le VIH. En donnant les moyens aux gouvernements, en particulier aux ministères du travail, aux employeurs et aux travailleurs d'adopter, d'appliquer et de suivre les politiques liées au VIH. Et en s'opposant à la discrimination et en préconisant la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH par le biais des lieux de travail, notamment par l'intermédiaire de UN Cares (L'ONU avec nous), et leurs liens avec la communauté.

<b>Plaidoyer, politique gouvernementale et cadre juridique</b>			
<b>Obstacles</b>	<b>Buts</b>	<b>Actions programmées</b>	<b>Situation en 2009</b>
<b>Absence de politique/stratégie/plans sectoriels de lutte contre le VIH/sida</b>	Faire le plaidoyer auprès du gouvernement pour le déblocage des fonds nationaux prévus pour la lutte contre le vih/sida et pour la mobilisation des ressources supplémentaires	Faire le plaidoyer (SP/CNLS, les partenaires au développement) à partir	Décision prise à la 1 <sup>ère</sup> session du CNLS-IST : financement du PSN 2007-2010 à raison de 2 milliards de francs FCA par an
<b>Insuffisance de l'engagement politique de haut niveau qui se traduit par le non décaissement des fonds prévus sur le budget national pour la lutte contre le VIH/sida</b>	Elaborer les politiques/stratégies/plans sectoriels (OEV, femmes, jeunes, IEC sur le vih/sida)	Elaborer les politiques/stratégies/plans sectoriels (SP/CNLS avec les intervenants clés) d'ici avril 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Plan Stratégique National 2007-2010 formulé ;</li> <li>- 4 ministères ont des plans sectoriels ;</li> <li>- L'Eglise Catholique a un plan sectoriel.</li> </ul>
<b>Planification stratégique, alignement et harmonisation</b>			
<b>Les interventions ne sont ni harmonisées par rapport au cadre stratégique national ni coordonnées par le SP/CNLS (interventions des bilatéraux, des ONG, des associations)</b>	Renforcer les capacités et les compétences du SP/CNLS en leadership, en coordination et en gestion	Renforcer les capacités et les compétences du SP/CNLS (Etat et partenaires au développement) d'ici décembre 2006 ;	Formation des cadres du SP/CNLS-IST en Leadership transformationnel en 2007 et en 2008. Formation du SP/CNLS et du PNLs en planification stratégique.
<b>Absence de suivi et évaluation des interventions par le SP/CNLS.</b>	Elaborer le plan national de suivi et évaluation ; stratégique.	Elaborer le plan national de suivi et évaluation (SP/CNLS avec l'appui de l'Onusida) d'ici septembre 2006 ; en 2007.	Le Plan National de suivi et d'évaluation est formulé.
	Renforcer les compétences des intervenants en collecte et rapportage de l'information	Renforcer les compétences des intervenants en collecte et rapportage de l'information stratégique (SP/CNLS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation de 2 cadres du SP/CNLS-IST en suivi et évaluation en 2009 au CESAG (Dakar) ;</li> <li>- Formation de 4 personnels du SP/CNLS-IST sur le logiciel CRIS3 et configuration du logiciel ;</li> <li>- Elaboration du rapport REDES 2008</li> </ul>

<b>Financement durable</b>			
<b>Obstacles</b>	<b>Buts</b>	<b>Actions programmées</b>	<b>Situation en 2009</b>
<b>La lutte contre le VIH/sida est hypothéquée par la non viabilité financière</b>	Développer des stratégies innovatrices pour la mobilisation des ressources internes (taxes sur tabac, alcool)	Gouvernement, entre 2006 et 2010	Le document de mobilisation des ressources internes élaboré par le SP/CNLS-IST en 2006 est disponible
	Plaidoyer auprès des bailleurs pour la reprise de leurs coopérations financières	Gouvernement et autres partenaires entre 2006 et 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation du Président du CNLS-IST à la réunion de haut niveau en juin 2008 à New York</li> <li>- Conférence des bailleurs du Togo tenue à Bruxelles en janvier 2009 ;</li> <li>- Visite du Directeur Exécutif du Fonds Mondial</li> </ul>
	Rationaliser l'utilisation des ressources existantes	SP/CNLS et acteurs de terrains de 2006 à 2010	A documenter
<b>Ressources humaines</b>			
<b>Insuffisance quantitative et qualitative en personnel de santé</b>	Faire un plaidoyer auprès du gouvernement pour le recrutement du personnel de la santé	Faire un plaidoyer auprès du gouvernement pour le recrutement du personnel de la santé d'ici décembre 2007	Entre 2007 et 2009, 5 personnels techniques et 5 personnels d'appui pour le PNL-IST. Au niveau décentralisé, 12 agents chargés de dispensation et 10 opérateurs de saisie dans le cadre du suivi évaluation sont recrutés. Formation à la dispensation des ARV
<b>Insuffisance d'encadrement des communautés pour assurer les activités de proximité</b>	Renforcer les compétences du personnel de santé	Renforcer les compétences du personnel de santé	Réalisé
	Renforcer les compétences des ONGs, associations en matière d'activités de proximité	Renforcer les compétences des ONGs, associations en matière d'activités de proximité de juin 2006 à septembre 2008.	Réalisé en partie par PSI et OCAL.  Mise en place du PASCI

<b>Partenariats</b>			
<b>Obstacles</b>	<b>Buts</b>	<b>Actions programmées</b>	<b>Situation en 2009</b>
<b>Faible compétence des groupes vulnérables et de la société civile en matière de planification, exécution, suivi et évaluation des interventions</b>	Renforcer les compétences et les capacités des groupes vulnérables et de la société civile	Renforcer les compétences et les capacités des groupes vulnérables et de la société civile	Réalisé pour les MSM, les femmes et les professionnels de sexe
<b>Organisation et systèmes</b>			
<b>Absence d'un forum national multi-partenarial fonctionnel sur le VIH/SIDA</b>	Mettre en place un forum national multi-partenarial sur le VIH/SIDA	Mettre en place un forum national multi-partenarial sur le VIH/SIDA d'ici fin 2006	Non réalisé
<b>Absence d'une harmonisation des mécanismes de financement des activités de lutte contre le sida</b>	Harmoniser les mécanismes de financement de la lutte.	Harmoniser les mécanismes de financement de la lutte d'ici fin 2006	Non réalisé
<b>Infrastructure</b>			
<b>Insuffisance de la logistique de transport</b>	Equiper les structures de prise en charge en logistique de transport et en matériels de laboratoire	Equiper les structures de prise en charge en logistique de transport et en matériels de laboratoire d'ici 2008.	Non réalisé
<b>Insuffisance d'équipement de laboratoire</b>			1 appareil PCR à Lomé 19 lecteurs de CD4 au Togo
<b>Action pour gérer les obstacles entravant la concrétisation de l'accès universel à l'échelon pays aux niveaux régional et mondial</b>			
<b>Niveau Pays</b>		Contribuer à la mise en place d'un forum multi-partenarial efficace et fonctionnel	Non réalisé
		Soutenir le plaidoyer national pour la mobilisation des ressources	Mobilisation des ressources en 2008 pour l'achat des ARV. Formulation des propositions soumises au Fonds Mondial.
		Soutenir la mise en place d'un système unique de suivi et évaluation efficace et fonctionnel	Non réalisé
<b>Niveau mondial</b>		Faciliter le plaidoyer pour la reprise de la coopération avec les bailleurs (UE, BM)	Réalisé (Conférence de Bruxelles) Réunion de Haut niveau dans le cadre du processus UNGASS 2008

**Domaine prioritaire 1 du Plan Stratégique National : Le renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST**

Bénéficiaires	Réalisations en 2009	Principales recommandations	
<p><b>Les professionnelles du sexe</b></p> <p><b>HSH</b></p> <p><b>Routiers et Migrants</b></p>	<p>L'ong FAMME a mené des interventions en faveur des PS sur financement de PSI et de OCAL ;</p> <p>PSI, EVT et AMC ont menées des interventions en faveur des HSH</p> <p>PSI et OCAL ont mené des activités en faveur des routiers et migrants</p>	<p>Saisir l'opportunité de la formulation du programme de prévention du VIH chez les professionnels de sexe pour établir une coordination fonctionnelle avec l'appui du SP/CNLS.</p> <p>coordonner la formulation d'une stratégie de prévention du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.</p> <p>Les stratégies de prévention du VIH chez les routiers et les migrants devront être formulées par les tutelles administratives correspondantes, le Ministère des Transports et le Ministère de la Sécurité.</p>	
<b>Les jeunes du milieu scolaire</b>	213 000 élèves, étudiants et apprentis seront touchés par ces programmes dans 1 000 établissements scolaires et centres de formation ayant intégré l'enseignement du VIH/SIDA dans leurs curricula.	426 000 élèves, étudiants et apprentis seront touchés par ces programmes dans 2 000 établissements scolaires et centres de formation ayant intégré l'enseignement relatif au VIH dans leurs curricula.	Non réalisé
<b>Les jeunes du milieu extrascolaire</b>	20 centres conviviaux de jeunes et 35 organisations de jeunes seront fonctionnels	40 centres conviviaux de jeunes et 35 organisations de jeunes seront fonctionnels.	10 centres d'écoute et de conseil des jeunes ont été mis en place par la Croix Rouge dont 7 dans la région des Plateaux avec l'appui financier de la Croix Rouge Danoise, 2 dans la région Maritime et 1 dans la région des Savanes avec l'appui financier de l'UNFPA
<b>Les femmes</b>	96 000 femmes seront touchées par ce programme.	289 000 femmes seront touchées par ce programme.	Le programme de prévention du VIH chez les femmes est en cours d'élaboration
<b>Le milieu de travail</b>	Une politique écrite et un programme de prévention du VIH seront élaborés et mis en œuvre sur 55 lieux de travail au Togo (40 entreprises privées, 10 ministères et 5 Associations professionnelles) pour toucher 15 000 travailleurs et leurs familles	Une politique écrite et un programme de prévention du VIH seront élaborés et mis en œuvre sur 100 lieux de travail au Togo (60 entreprises privées, 25 ministères et 15 Associations) pour toucher 27 000 travailleurs et leurs familles.	Non réalisé



<b>Intensification des services de prévention</b>			
<b>Bénéficiaires</b>	<b>Cibles en 2008</b>	<b>Cibles en 2010</b>	<b>Réalisations en 2009</b>
<b>L'accroissement du dépistage volontaire du VIH</b>	40 centres de dépistage volontaire seront créés; au total, les services seront offerts à 110 000 clients.	88 centres de dépistage volontaire seront créés; au total, les services seront offerts à 240 000 clients.	Entièrement réalisé : 106 centres de dépistage sont fonctionnels soit un taux de réalisation de 91,3%. 150 897 personnes ont été dépistées en 2008 soit un taux de réalisation de 137%
<b>L'extension de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</b>	2 000 femmes enceintes dépistées séropositives bénéficiant du protocole ainsi que tous les enfants nés de ces dernières recevront la combinaison ARV prophylactique ; 26 sites seront créés	4 000 femmes enceintes dépistées séropositives bénéficiant du protocole ainsi que tous les enfants nés de ces dernières recevront la combinaison ARV prophylactique ; 40 sites seront créés.	
<b>Le renforcement du diagnostic et du traitement corrects des IST</b>	La prise en charge des IST sera intégrée dans 60 structures sanitaires ; 75 000 cas d'IST seront diagnostiqués et traités.	La prise en charge des IST sera intégrée dans 107 structures sanitaires ; 134 000 cas d'IST seront diagnostiqués et traités.	80 024 cas d'IST ont été diagnostiqués au cours de l'année 2008. (Réalisé à 50%).
<b>Le renforcement de la promotion de l'utilisation du préservatif</b>	15 000 000 unités de préservatifs masculins et féminins seront distribuées	20 000 000 unités de préservatifs masculins et féminins seront distribuées	11 938 495 unités de préservatifs distribués en 2008 (taux de réalisation de 79,5%)
<b>Le renforcement de la sécurité transfusionnelle</b>	La collecte du sang passera de 21 000 poches à 30 000 poches	La collecte du sang passera de 30 000 poches à 50 000 poches	En 2008, 22932 poches de sang collectées (taux de couverture de 76,4%).
<b>Domaine prioritaire 2 du Plan Stratégique National : L'accélération de l'accès au traitement, aux soins et à l'appui</b>			
<b>Bénéficiaires</b>	<b>Cibles en 2008</b>	<b>Cibles en 2010</b>	<b>Réalisations en 2009</b>
<b>Amélioration de l'accès au traitement</b>	28 formations sanitaires réuniront les conditions minimales pour le traitement des personnes vivant avec le VIH ; 8 750 adultes et 800 enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'ARV seront mis sous traitement.	86 formations sanitaires réuniront les conditions minimales pour le traitement des personnes vivant avec le VIH ; 10 000 adultes et 1 000 enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'ARV seront mis sous traitement.	115 structures accrédités ; dispensation des ARV dans 42 sites de prise en charge. 16 642 patients adultes sous ARV (taux de réalisation de 166,42%). 1053 enfants sous ARV (taux de réalisation de 100%).
<b>Intensification du soutien et de l'appui aux personnes vivant avec le VIH</b>	6 000 adultes et enfants bénéficieront d'une assistance psychosociale et nutritionnelle.	12 000 adultes et enfants bénéficieront d'une assistance psychosociale et nutritionnelle	En 2008, près de 17000 PVVIH ont bénéficié d'un soutien psychosocial et nutritionnel (taux de réalisation de 141%).
<b>Amélioration de la prise en charge des orphelins et enfants en situation vulnérable</b>	7 500 OEV seront pris en charge ; 100% des ménages qui les hébergent auront reçu des Kits d'appui	11 500 OEV seront pris en charge ; 100 % des ménages qui les hébergent auront reçu des Kits d'appui.	15 511 OEV sont enregistrés et suivis par les organisations



<b>Domaine prioritaire 3 du Plan Stratégique National : Promotion des droits humains : lutte contre la discrimination et la stigmatisation</b>			
<b>Interventions</b>	<b>Cibles en 2008</b>	<b>Cibles en 2010</b>	<b>Réalisations en 2009</b>
NA	Au moins 80 % des PVVIH et des OEV ayant fait l'objet de cas signalés de discrimination et de stigmatisation auront bénéficié d'une protection juridique ; les pratiques socioculturelles néfastes à l'épanouissement de la femme seront réduites ; la vulgarisation de la loi portant protection des personnes en matière de sida sera renforcée.		La loi portant protection des personnes en matière d'infection à VIH/Sida a été mise à jour et transmise à l'Assemblée Nationale.
	La commission scientifique et de recherche sera opérationnelle ; la politique nationale de recherche sur le VIH/sida sera disponible.	Un centre de recherche d'envergure sera créé ; des fonds seront alloués pour la promotion des activités de recherche.	La commission scientifique est en place. La Politique Nationale de Recherche sur le SIDA et les IST a été validée.
<b>Domaine prioritaire 5 du Plan Stratégique National : Le renforcement du cadre national de suivi et évaluation</b>			
NA	Le plan national de suivi et évaluation sera élaboré ; un personnel permanent sera recruté et formé ; les indicateurs de suivi seront mesurés.	Le personnel sera formé et recyclé, les indicateurs de suivi et d'impact seront mesurés.	Le Plan National de suivi et d'évaluation a été adopté en juin 2007.