

REPUBLIQUE TOGOLAISE

-----  
*Travail – Liberté – Patrie*



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

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



**RAPPORT DE LA REVUE DU CADRE  
STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE VIH/SIDA/IST  
2001 – 2005**

SECRETARIAT PERMANENT

*Juin 2006*

# REMERCIEMENTS

*Le Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST) exprime ses sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué à l'exercice de la revue du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST 2001 – 2005.*

*Nos remerciements vont d'abord aux partenaires des secteurs public et privé, aux ONG et Associations dont la participation a permis la collecte des informations sur le terrain, la recherche documentaire et l'analyse méticuleuse de ces informations.*

*Ces remerciements vont également aux partenaires au développement pour leurs appuis matériels et techniques aussi bien dans la mise en œuvre du cadre stratégique 2001-2005 que dans le processus de sa revue. Leur présence aux côtés du CNLS-IST a permis de faire une analyse approfondie et des recommandations pertinentes pour le prochain cadre stratégique.*

*Nous remercions tout particulièrement l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNFPA et Plan Togo pour leur contribution financière sans laquelle l'élaboration du présent document de revue n'aurait été effective et finalisée.*

*Puisse tout le monde se reconnaître dans ce document et savoir qu'il y a dans ces écrits plus du leur que du nôtre.*

# TABLE DES MATIERES

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>4</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>4</b>
<b>Liste Des Abreviations</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>I. Description du processus de la revue participative</b> .....	<b>9</b>
<b>II. Situation de l'épidémie de VIH/SIDA et des IST au Togo</b> .....	<b>12</b>
<b>III. Rappel des orientations du cadre stratégique national 2001-2005</b> .....	<b>18</b>
<b>IV. Résultats de l'exécution du cadre stratégique 2001 - 2005</b> .....	<b>26</b>
Objectif 1 Réorganiser le cadre institutionnel de coordination intersectorielle de la réponse nationale en vue de répondre plus efficacement à la problématique actuelle et future de l'épidémie du VIH/SIDA au Togo .....	27
Objectif 2 Renforcer la sensibilisation et la conscientisation par la mise à disposition d'informations correctes sur le VIH/SIDA et sur les moyens de prévention.....	34
Objectif 3 Contribuer à la réduction de la transmission du VIH/SIDA/IST au Togo par le marketing social des préservatifs .....	39
Objectif 4 Améliorer la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles .....	44
Objectif 5 Améliorer la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH et les malades du SIDA.....	49
Objectif 6 Assurer la sécurité transfusionnelle à 100% sur toute l'étendue du territoire national .....	53
Objectif 7 Prévenir la transmission sanguine du VIH/SIDA en milieu de soins et au cours des pratiques traditionnelles .....	57
Objectif 8 Améliorer la surveillance du VIH/SIDA/IST couplée avec la surveillance comportementale .....	60
Objectif 9 Promouvoir la recherche opérationnelle et fondamentale en matière de l'infection à VIH/SIDA au Togo .....	63
Objectif 10 Réduire la transmission sexuelle du VIH/SIDA de 25% chez les jeunes de 10 à 24 ans d'ici 2005.....	66
Objectif 11 Réduire de façon significative la prévalence des IST/VIH/SIDA chez les femmes, d'ici 2005.....	70
Objectif 12 Réduire la transmission verticale du VIH/SIDA de la mère à l'enfant de 35% à 15% au moins.....	75
Objectif 13 Réduire la propagation du VIH/SIDA au sein des populations de migrants saisonniers et sédentaires, des militaires, des gardiens de la paix et des routiers ; et leurs partenaires .....	80
Objectif 14 Minimiser la propagation du VIH/SIDA dans le groupe des prostituées et leurs partenaires .....	86
<b>V. Synthèse de la revue et recommandations</b> .....	<b>91</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>94</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>95</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tendances évolutives de la prévalence du VIH au Togo, 2003 à 2004 .....	13
Tableau 2 : Prévalence du VIH chez les TS selon l'âge à Lomé et ses environs.....	14
Tableau 3 : Répartition des nombres de cas d'IST notifiés entre 2003 et 2005 par région....	15
Tableau 4 : Prévalence des IST selon l'âge chez les TS .....	16
Tableau 5 : Répartition des fonds engagés par le gouvernement togolais pour la lutte contre le VIH/SIDA par domaine d'intervention et par année .....	30
Tableau 6 : Financement des partenaires au développement en fonction des objectifs du Cadre Stratégique.....	31
Tableau 7 : Exemples de messages ayant fait l'objet de spots et diffusés.....	36
Tableau 8 : Tarification des préservatifs au niveau national.....	40
Tableau 9 : Récapitulatif de la quantité de préservatifs distribuée par source de financement entre 2001-2005.....	41
Tableau 10 : Formation des prestataires de 2001 à 2005.....	46
Tableau 11 : Equipement des structures de prise en charge y compris les laboratoires selon les différents partenaires / projets d'intervention de 2001 à 2005.....	46
Tableau 12 : Encadrement des donneurs de sang .....	55
Tableau 13 : Cas d'IST notifiés de 2003 à 2005 .....	61
Tableau 14 : Répartition des clubs antisida et des matériels IEC en milieu scolaire par région, 2004-2005 .....	67
Tableau 15 : Données relatives aux femmes enceintes dans le cadre de la PTME, 2002 à 2005.....	77
Tableau 16 : Données relatives aux enfants nés de mères séropositives, 2002 à 2005 .....	78
Tableau 17 : Nombre de PE formés par acteur/projet.....	82
Tableau 18 : Fourniture en réactifs aux centres réaménagés.....	83
Tableau 19 : Approvisionnement des centres de santé en Kits IST le long de l'axe Kodjoviakopé-Sanvee-Condji .....	84
Tableau 20 : Distribution des préservatifs masculins et féminins en milieu prostitutionnel entre 2001 et 2005 (données disponibles) .....	88

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prévalence du VIH chez les jeunes femmes de 15 à 49 ans en milieux rural et urbain.....	14
Figure 2 : Cas d'IST notifiés par région de 2003 à 2005 dans les structures de prise en charge.....	47

# LISTE DES ABREVIATIONS

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
ACS	Action Contre le Sida
AGR	Activité Génératrice de Revenus
AMC	Aide Médicale et Charité
APCOM	Appui Communautaire
APEB	Association pour la Promotion de l'Education de Base
ARV	Antirétroviraux
ASPROFEM	Association pour la Promotion de la Femme
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien Etre Familial
ATMS	Association Togolaise pour le Marketing Social
CACIEJ	Comité d'Action pour la Coopération Internationale et l'Epanouissement de la Jeunesse
CAMEG	Centrale d'Achat des médicaments Essentiels et Génériques
CAP	Connaissance, Attitude, Pratique
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCSS	Comité de Coordination du Secteur de la Santé
CDQ	Comité de Développement de Quartier
CDVA	Conseil Dépistage Volontaire et Anonyme
CHP	Centre Hospitalier Préfectoral
CMS	Centre Médico-Social
CNAD	Comité National Anti Drogue
CNE	Comité National d'Eligibilité
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre National de la Transfusion Sanguine
COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CPLS	Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida
CPN	Consultation Périnatale
CRLS	Comité Régional de Lutte Contre le Sida
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSN	Cadre Stratégique National
CVD	Comité Villageois de Développement
DISER	Direction des Statistiques, des Etudes et Recherches
DPP	Direction de la Planification de la Population
DPS	Directeurs Préfectoraux de la Santé
DRS	Directeurs Régionaux de la Santé
DSF	Division de la Santé Familiale
EAM	Ecole des Assistants Médicaux
ENAM	Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
ESTBA	Ecole Supérieure des Techniques Biologiques et Alimentaires
EVT	Espoir Vie Togo
FAMME	Force en Action pour le Mieux-être de la Mère et de l'Enfant
FAT	Forces Armées Togolaises
FMMP	Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agence de Coopération Technique de la République Fédérale d'Allemagne)
IEC	Information Education et Communication
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JADI	Jeunesse en Action pour le Développement Intégral
OAC	Organisation d'Appui Communautaire

OCAL	Organisation du Corridor Abidjan-Lagos
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OHP/FAT	Opération Haute Protection des Forces Armées Togolaises
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPEP	Organisation des Pays Exportateurs du Pétrole
PE	Pair Educateur
PEC	Prise En Charge
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PSAMAO	Projet de prévention du VIH/SIDA sur les Axes Migratoires en Afrique Occidentale
PSI	Population Services International
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RPR	Rapid Plasma Reagen
SA	Service Adapté
SFPS	Santé Familiale et Prévention du Sida
SIDA	Syndrome Immunodéficitaire Acquis
SNSJA	Service National de la Santé des Jeunes et Adolescents
SR	Santé de Reproduction
TPHA	Treponema Paludium Hemagglutination Assay
TS	Travailleuse de Sexe
UE-ADSS	Union Européenne – Appui Décentralisé Secteur Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
URD	Unité de Recherche Démographique
USAID	Agence Internationale de Développement des Etats Unis
USP	Unité de Soins Périphériques
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

# INTRODUCTION

La lutte contre le VIH/SIDA devenait une urgence voire un défi à relever depuis l'apparition des premiers cas de SIDA d'une part, et du fait des conséquences néfastes de la maladie sur les conditions de vie des populations et plus particulièrement celles des couches les plus vulnérables d'autre part.

Au vu de cette situation, les autorités togolaises, à l'instar des autres pays, ont amorcé dès 2000 une réflexion plus ample, concertée et plus participative sur la situation de l'épidémie et la réponse en impliquant tous les acteurs et partenaires. Cet exercice s'est concrétisé en 2001 avec l'adoption du Cadre Stratégique National (CSN) 2001-2005 par l'ensemble des parties prenantes à la riposte.

Son adoption collégiale et participative est le résultat concret de l'engagement politique de l'Etat au plus haut niveau gouvernemental et la détermination des partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA à contribuer au développement socioéconomique du pays.

Le cadre stratégique est arrivé à son terme et le moment est donc arrivé de procéder à son évaluation. La revue du Cadre Stratégique National 2001-2005 a pour objectif essentiel d'évaluer la mise en œuvre de la réponse à la lutte contre la pandémie du SIDA au Togo. Cet exercice de revue qui se veut objectif et techniquement fiable doit permettre aux membres du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST d'examiner et valider le niveau de réalisation quantitative et qualitative des activités, les résultats obtenus et éventuellement leur impact. Cet exercice devra déboucher sur la formulation des recommandations nécessaires à l'amélioration de la riposte dans notre pays en tenant compte des traits actuels de l'épidémie au TOGO, des objectifs et aspirations profondes des populations.

A cet effet, le CNLS-IST a mis en place un comité de pilotage de la revue dont le rôle a consisté essentiellement en la collecte et à l'analyse des données issues des enquêtes de terrain effectuées au niveau décentralisé, des partenaires au développement et autres acteurs de la société civile en lutte contre le VIH/SIDA.

Le processus de revue amorcé depuis Août 2005 par le CNLS-IST a bénéficié de l'adhésion totale des différents services centraux, du secteur public, des partenaires au développement de la société civile etc. au cours des réunions du Groupe Thématique élargies organisées.

De l'analyse de cette revue, il ressort des résultats positifs significatifs. Entre autres, on peut saluer l'installation d'un cadre institutionnel, le CNLS, présidé personnellement par le Président de la République. Des programmes spécifiques ont été mis en place en vue de faciliter des interventions ciblées notamment au sein des corps habillés, routiers, TS et autres jeunes des milieux scolaire et extrascolaire. Il existe 76 sites répartis sur l'ensemble du territoire national dont les activités de surveillance ont permis de rendre disponibles des données sur la séroprévalence du VIH.

La disponibilité du cadre stratégique a facilité l'accès aux ressources mobilisées par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans l'optique de l'intensification de la lutte. Ces ressources ont permis au Togo d'étendre l'accès au traitement avec les ARV à plus de 5000 personnes, de promouvoir le dépistage volontaire, de renforcer les capacités des prestataires de soins et des structures sanitaires, etc.

L'analyse des différentes réalisations par rapport à chaque objectif a permis de dégager les observations afférentes à la mise en œuvre des 14 objectifs d'une part et d'en formuler des recommandations à l'endroit des principaux acteurs d'autre part.

Le présent rapport s'articule autour de la description méthodologique du processus de la revue participative, la situation de l'épidémie du VIH dans le pays à la fin de la période de mise en œuvre du Cadre Stratégique National et des résultats issus de l'exécution du cadre stratégique national 2001 – 2005.

## **I. DESCRIPTION DU PROCESSUS DE LA REVUE PARTICIPATIVE**

## **1 Mise en place du processus de la revue**

La revue du Cadre Stratégique 2001-2005 a débuté par une réunion d'information et de choix des outils de travail à Kpalimé les 26 et 27 août 2005, sous la Présidence effective de Madame la Ministre de la Santé, 2<sup>ème</sup> Vice-présidente du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST).

Les Préfets de régions, en leur qualité de Présidents des Conseils Régionaux de Lutte contre le SIDA et les IST (CRLS-IST) y ont pris part, de même que les Délégués Régionaux de la Santé, des représentants des ONGs nationales et internationales, des partenaires au développement, des représentants des secteurs public et privé.

### **1.1 Finalisation des termes de référence de la revue**

Afin de faciliter l'exercice de la revue, le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA (SP/CNLS) et les Infections Sexuellement Transmissibles a entrepris une brève rédaction du scénario de la revue. Les termes de référence ainsi obtenus ont fait mention de :

- la nécessité d'une équipe nationale de coordination sous l'autorité du Coordonnateur National du Secrétariat Permanent du Conseil ;
- la composition des équipes de revue et leur mission ;
- la nécessité d'une analyse documentaire des produits qualitatifs de l'exercice examiné ;
- les consultations souhaitées ;
- les outils de collecte des informations auprès des partenaires et des acteurs ;
- le budget.

### **1.2 Validation des termes de référence de la revue**

Les termes de référence produits par le Secrétariat Permanent du Conseil ont fait l'objet d'apports bénéfiques de la part des services centraux du Ministère de la Santé, des partenaires au développement, de la société civile au cours de trois réunions du Groupe Thématique élargi.

## **2 Missions régionales de revue**

Madame la Ministre de la Santé, a requis et obtenu de ses collègues du Gouvernement, des partenaires au développement, des responsables des organisations de la société civile et du secteur privé, la désignation de collaborateurs devant faire parti des équipes de revue.

Le Coordonnateur National du SP/CNLS-IST a présidé deux séances de travail au cours desquelles il a rappelé le but de la revue, présenté les outils de travail, et constitué les équipes multidisciplinaires et multisectorielles.

Afin de faciliter la collecte des informations en tenant compte des contraintes de temps et de coût, trois équipes ont été mises en place :

- une équipe pour la Région des Savanes et de la Kara ;
- une équipe pour la Région Centrale et la Région des Plateaux ;
- une équipe pour la Région Maritime et Lomé Commune.

Par ailleurs, les quatorze objectifs du Cadre Stratégique National ont été agrégés de la manière suivante :

- fiche 1 : cadre institutionnel, gestion administrative et financière ;
- fiche 2 : IEC/Marketing social des Préservatifs ;
- fiche 3 : prise en charge des IST/Prise en charge des PVVIH ;
- fiche 4 : Sécurité transfusionnelle/Soins et Pratiques traditionnels ;
- fiche 5 : amélioration de la surveillance du VIH/SIDA/IST de 2<sup>ème</sup> génération/Recherche opérationnelle ;
- fiche 6 : réduction de la transmission sexuelle de 25% chez les jeunes de 10 à 24 ans/Réduction de la prévalence chez les femmes ;
- fiche 7 : réduction de la transmission de la mère à l'enfant de 35% à 15 % ; réduire la propagation du VIH/SIDA chez les migrants, les routiers et les professionnels du sexe.

### **3 Production du rapport d'étape**

Le présent rapport est la synthèse des informations collectées sur le terrain, de l'analyse documentaire, de l'examen des rapports d'activités des partenaires et acteurs.

## **II. SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA ET DES IST AU TOGO**

# 1 Prévalence du VIH

## 1.1 Prévalence du VIH dans la population sexuellement active

La mesure des prévalences de l'épidémie dans la population des femmes enceintes par la méthode des sites sentinelles donne une estimation appréciable et consensuelle de la situation de l'infection à VIH dans la population sexuellement active (celle âgée de 15 à 49 ans).

La prévalence du VIH pour l'ensemble du pays était à peu près équivalente en 2003 et 2004 ; elle était respectivement de 4,7 % et de 4,5 %. Cette stabilité apparente cache néanmoins des disparités régionales importantes. Ainsi, peut-on observer que les taux d'infection sont moins élevés dans le nord du pays : autour de 3 % dans les Régions des Savanes et de la Kara tandis qu'elles sont deux fois plus élevées (7 %) dans la Région Maritime.

**Tableau 1** : Tendances évolutives de la prévalence du VIH au Togo, 2003 à 2004

N°	Années	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total Pays
1	2003	6,9	5,3	3,8	3,3	2,5	4,7
2	2004	6,7	5	2,38	2,9	2,35	4,5

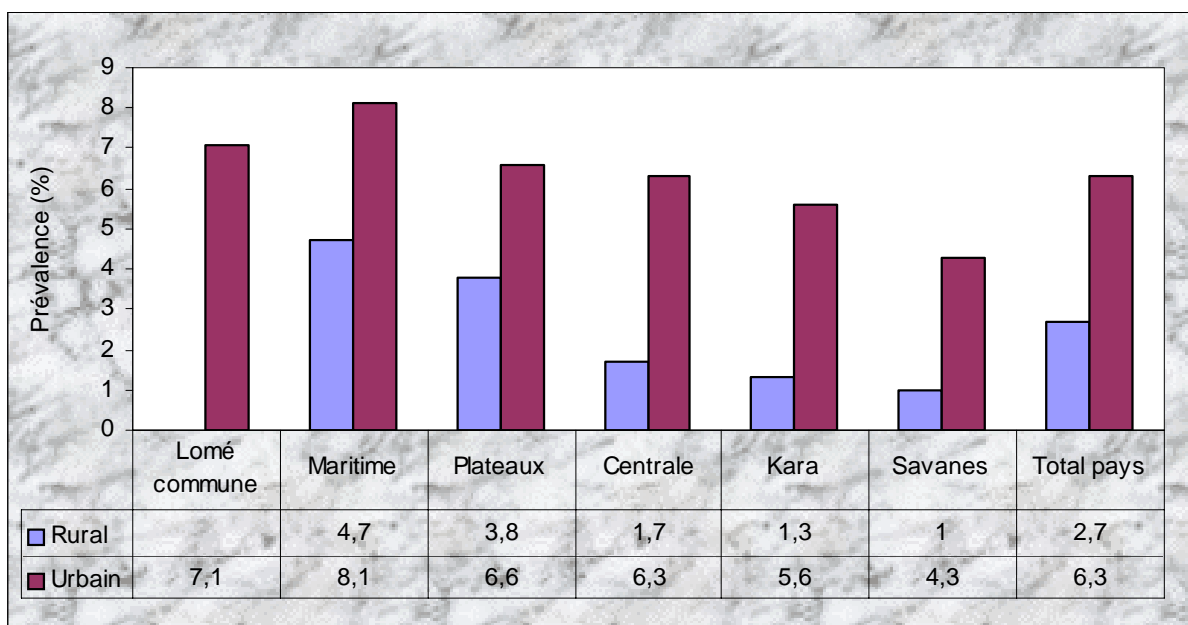
**Source** : Ministère de la Santé/PNLS-IST

Pour les années 2001, 2002 et 2005, la surveillance sentinelle n'a pas été réalisée par manque de ressources financières.

Les jeunes femmes enceintes de 15 à 24 ans vivant dans les zones urbaines ont une prévalence plus élevée que ceux des zones rurales comme l'indiquent les données de la surveillance sentinelle (voir figure N°1).

Ces données méritent d'être confirmées par des enquêtes ultérieures.

**Figure 1 : Prévalence du VIH chez les jeunes femmes de 15 à 49 ans en milieux rural et urbain**



**Source :** Ministère de la Santé/ PNLIS-IST

## 1.2 Prévalence du VIH chez les travailleuses de sexe et leurs clients

La prévalence du VIH chez les travailleuses de sexe de la ville de Lomé était de 54% en 2003, soit 11 fois plus que dans la population sexuellement active. Elle augmentait avec l'âge. On note cependant un infléchissement de cette prévalence en 2005 (44,5 %) du fait de l'action concertée des différents acteurs dans ce domaine.

**Tableau 2 : Prévalence du VIH chez les TS selon l'âge à Lomé et ses environs**

N°	Agés	Prévalence VIH en 2003	Prévalence VIH en 2005
1	12-20 ans	34,2 %	31,3 %
2	21-30 ans	46,5 %	41,2 %
3	31-40 ans	73,3 %	50,9 %
4	Plus de 40 ans	85,7 %	67,6 %
5	Total	53,9 %	44,5%

**Source :** Enquêtes de surveillance des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des TS et leurs partenaires masculins à Lomé et ses environs. SIDA 3/PNLIS-IST, 2003 et 2005

Dans la même période, la prévalence du VIH chez les clients des travailleuses de sexe de Lomé était de 13,3%, soit trois fois plus que celle dans la population sexuellement

active. On observe également qu'elle était deux fois plus importante chez les clients de plus de 30 ans (23,6 %).

### 1.3 Prévalence du VIH chez les donneurs de sang

Les tests VIH réalisés chez les donneurs de sang en 2005 par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de Lomé ont révélé une prévalence de 3 % au sein de ce groupe, donnée proche de celle de la population sexuellement active.

## 2 Nombre de cas de SIDA déclarés

Les données disponibles sur les cas de SIDA diagnostiqués et notifiés ne sont ventilées ni par âge, ni par sexe. Ce sont des données agrégées pour l'ensemble du pays. De 1987 à 2004, le nombre cumulé de cas de SIDA est d'environ 18 000.

## 3 Situation des IST

### 3.1 Nombre de cas d'IST notifiés par les régions sanitaires

Les données existantes au niveau de la Division Informations Statistiques, Etudes et Recherches (DISER) du Ministère de la Santé sont des données des formations sanitaires dont la complétude du rapportage est de 95 %. En 2005, 41 330 cas d'IST ont été notifiés par les formations sanitaires contre 32 064 cas notifiés en 2004 et 26 980 cas en 2003.

**Tableau 3 : Répartition des nombres de cas d'IST notifiés entre 2003 et 2005 par région**

N°	Régions Sanitaires	2003	2004	2005
1	Lomé Commune	4 129	5 072	4 362
2	Maritime	5 928	7 305	7 507
3	Plateaux	5 697	8 159	9 556
4	Centrale	3 345	3 538	6 795
5	Kara	3 534	4 061	7 101
6	Savanes	4 347	3 929	6 009
7	<b>Total</b>	<b>26 980</b>	<b>32 064</b>	<b>41 330</b>

*Source : DISER, Principaux indicateurs de santé, 2003; 2004, Rapport revue annuel, 2005*

### 3.2 Prévalence des IST chez les travailleuses de sexe

De manière générale, *Neisseria gonorrhoeae* est plus prévalent chez les travailleuses de sexe que *Chlamydia trachomatis* (15,7% contre 7,7%).

On a observé que l'infection gonococcique et l'infection à chlamydia sont plus prévalentes chez les travailleuses de sexe jeunes âgées de 12 à 20 ans : elles sont respectivement de 22,8% et de 24,6%.

Alors que l'infection gonococcique est de 16% chez les travailleuses de sexe de 31 à 40 ans, l'infection à Chlamydia trachomatis est très basse dans cette classe d'âge : elle y est de 1,2%.

Des échantillons pourraient confirmer ces résultats.

**Tableau 4 : Prévalence des IST selon l'âge chez les TS**

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

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

## 4 Connaissances et comportements face au VIH/SIDA et aux IST

Les résultats sur les connaissances et comportements présentés ici sont issus de l'enquête réalisée par le Secrétariat Permanent du CNLS en 2005 dans le cadre du rapport de mesure des indicateurs de la Déclaration d'Engagement. Elle a concerné les jeunes sur l'ensemble du territoire national.

### 4.1 Sur la connaissance du SIDA par les jeunes

Plus de 50 % des jeunes connaissent au moins deux moyens d'éviter le VIH. Cependant, près du tiers des jeunes estime tout de même que le VIH peut être transmis par les piqûres de moustiques (25% chez les hommes et 30% chez les femmes).

### 4.2 Sur les comportements sexuels et l'utilisation du préservatif

Environ deux tiers des filles et garçons ont déclaré au moment de l'enquête avoir déjà eu au moins un rapport sexuel. Plus de 25% d'entre eux avaient vécu cette expérience avant l'âge de 15 ans.

Environ 79% des jeunes filles ont affirmé avoir eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire habituel et 3% avec un partenaire occasionnel. Chez les jeunes hommes, nombreux sont ceux qui ont eu leur dernier rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle : près d'un jeune homme sur dix se retrouve dans ce cas.

On note que 66% de jeunes hommes et 61% de jeunes filles ont utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel avec un(e) partenaire occasionnel (le). Bien que cet indicateur soit relativement élevé, il témoigne des efforts à accomplir pour induire de meilleurs comportements auprès du tiers restant.

Environ 33% des jeunes désapprouvent le fait qu'un garçon doit s'abstenir de rapports sexuels jusqu'au mariage. Cependant, ils sont plus nombreux à reprocher les rapports sexuels des jeunes filles avant le mariage (plus de 70 % des jeunes).

## **5 Principaux déterminants de l'épidémie à VIH au Togo**

En 2005, aucune étude formelle n'a été réalisée pour réévaluer les principaux déterminants de l'épidémie après les interventions qui ont été menées. Selon l'analyse de situation réalisée en 2001 dans le cadre de l'élaboration du Cadre Stratégique, les principaux déterminants de la propagation du VIH au Togo sont :

- une activité sexuelle élevée au sein de la population des jeunes, avec des partenaires multiples ;
- la non perception du risque et le déni de la maladie ;
- la vulnérabilité économique des femmes ;
- la prostitution, avec des professionnelles de plus en plus jeunes ;
- l'analphabétisme élevé chez les femmes (63%) ;
- la faible utilisation des préservatifs, notamment chez les jeunes ;
- une prévalence élevée des Infections Sexuellement Transmissibles ;
- la stigmatisation des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) ;
- l'insuffisance de la prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA ;
- l'abandon scolaire et le retrait de la fille de l'école pour des raisons économiques et sociales ;
- le phénomène de libération des apprenties sous contrat (couturières et coiffeuses...) ;
- l'existence des pratiques traditionnelles néfastes (lévirat, sororat, sortie du couvent, sortie du veuvage, scarification, excision et circoncision, etc.) ;
- les rapports inégaux entre hommes et femmes ;
- le faible accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui ;
- les pesanteurs socioculturelles, la perception du SIDA comme relevant du domaine magique ou surnaturel ;
- le poids de la religion (refus de certaines communautés religieuses de l'usage du préservatif), etc.

### **III. RAPPEL DES ORIENTATIONS DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2001-2005**

Sur la base de l'analyse de la situation et de la réponse, les domaines et stratégies prioritaires suivants avaient été retenus en raison des possibilités à inverser la tendance de l'épidémie. Pour chacun des domaines, des objectifs globaux et spécifiques, des stratégies, indicateurs, acteurs et résultats attendus avaient été déterminés. Dans ce rapport, seuls les objectifs, stratégies et étapes par domaine feront l'objet de synthèse.

### **3.1 Cadre institutionnel**

Pour la mise en œuvre du cadre stratégique 2001 – 2005 de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Togo, la première recommandation dont l'objectif général consistait à réorganiser le cadre institutionnel en vue de répondre plus efficacement à la problématique actuelle et future de la pandémie du VIH/SIDA/IST au Togo portait sur :

- le caractère multisectoriel du Comité National de lutte contre le SIDA prenant en compte tous les intervenants (Ministères, Privés, ONG, OAC, PVVIH) sous la responsabilité au plus haut niveau gouvernemental. L'objectif spécifique consiste à réorganiser ce Comité dans sa composition, son aspect réglementaire et son fonctionnement avec comme stratégie essentielle l'institution par décret présidentiel du Conseil après l'élaboration du nouveau cadre textuel réglementaire ;
- l'élargissement aux autres institutions de la République du Comité Mixte de suivi réunissant le gouvernement et les partenaires en une réunion biannuelle ; ce Comité mixte devait avoir des termes de référence spécifiques et des relations avec le groupe thématique élargi aux partenaires ;
- la révision de la composition et la structuration de la commission scientifique en faisant du Sous Comité Biologie un Sous Comité Laboratoire et Transfusion Sanguine ; le nouveau dispositif devrait tenir compte des textes réglementaires relatifs au Centre National de Référence pour les tests VIH ;
- la restructuration de la Direction du PNLIS/IST par la réinstauration du poste de Directeur Adjoint, la création d'unités nouvelles (ONG, appui à la multisectorialité), le renforcement des nouveaux sous comités (en ressources humaines, matérielles et financières), l'établissement de termes de référence pour chacun des sous comités et la recomposition et la redéfinition des attributions au niveau décentralisé ;
- la responsabilité institutionnelle du comité en matière de suivi, supervision et évaluation des activités au niveau national, régional et préfectoral avec la possibilité externe du programme tous les deux ans.

### **3.2 Renforcement de la communication envers la population générale**

Suite au constat auprès de la population en général, d'une insuffisance d'informations nécessaires à la prévention, le cadre stratégique avait retenu comme objectif 2 le renforcement de la sensibilisation et de la conscientisation par la mise à disposition d'informations correctes sur le VIH/SIDA et sur les moyens de prévention. Deux sous objectifs caractérisent celui-ci,

D'une part, il s'agit spécifiquement de mettre l'accent sur la qualité de l'information et les méthodes et techniques de communication en adaptant celles-ci aux groupes cibles (étude CAP démographique des groupes socioprofessionnels, conception et pré test des

messages adaptés à chaque groupe, production et diffusion de messages ciblés, formation de communicateurs relevant de tous les secteurs, etc....). Les autres stratégies en la matière sont :

- la mise à disposition de la population des informations fiables et actualisées (renforcement du système de collecte et de traitement des données statistiques et autres informations sur le VIH/SIDA/IST aux niveaux Central, Régional et districts);
- le renouvellement/renforcement des équipements d'IEC appropriés (faire l'inventaire du matériel et équipement IEC existant, définir les besoins en matériel et équipement IEC, doter les structures en matériel et équipements IEC appropriés) ;
- la diversification des canaux, moyens et mécanismes de communication (promotion, élaboration d'outils d'évaluation des canaux et moyens de communication ; collecte, traitement et diffusion des résultats de l'évaluation, vulgarisation d'informations à travers les nouveaux canaux, moyens et mécanismes de communication, accélération de la mise en place des radios rurales) ;
- le renforcement des Capacités d'Intervention des Médias (création d'un réseau de journalistes pour des activités IEC sur le VIH/SIDA, dotation aux réseaux de matériels et équipement IEC nécessaires et adaptés, appui aux actions des radios communautaires sur le VIH/SIDA).

D'autre part, il avait été question de promouvoir l'appropriation des activités par les communautés locales à travers les stratégies de :

- implication des structures communautaires comme acteur en matière de VIH/SIDA (formation des CDQ/CVD, COSAN et COGES ; appui aux structures communautaires à élaborer, exécuter, et évaluer un programme d'activités continues sur le terrain ; finalisation et diffusion des Plans Nationaux de Développement Sanitaires (PNDS) des districts à tous les intervenants) ;
- création d'un cadre de concertation périodique de tous les intervenants en matière d'activités IEC VIH/SIDA sur le terrain (élaboration d'un texte relatif à l'organisation et au fonctionnement du cadre de concertation ; organisation des réunions périodiques de tous les intervenants au niveau central, régional, préfectoral et local et plaidoyer auprès des religieux, des chefs coutumiers et traditionnels).
- supervision, suivi et évaluation (identification des besoins de formation/recyclage des équipes centrales et équipes cadres des régions et des districts ; élaboration d'outils de suivi supervision évaluation et leur application et diffusion des rapports des résultats du suivi/supervision/évaluation).

Notons que de ces différentes stratégies issues dudit objectif, des actions prioritaires devraient être menées ; il s'agit essentiellement de promouvoir des canaux, moyens et mécanismes de communication (radios locales) et de revoir les messages de communication en insistant sur des approches participatives et leur appropriation par les communautés de base.

### **3.3 Marketing social des préservatifs**

L'enquête CAP de 1999 avait révélé qu'il existait une problématique préoccupante relative à la gestion et à l'utilisation des préservatifs en dépit de la connaissance de ce

produit par la majorité de la population avec une consommation relative de plus de trente trois millions de préservatifs en 1992. Seule l'ONG internationale PSI détient l'expertise en matière de promotion, du contrôle de la qualité et la distribution de ce produit. Il y a toutefois, l'UNFPA, la Division de la santé familiale du ministère de la santé ainsi que d'autres ONG qui interviennent dans ce domaine.

Ainsi, les perspectives devraient se pencher sur la variation des marques, l'identification de nouvelles stratégies de distribution et de promotion pour une meilleure utilisation afin de contribuer à la réduction de la transmission des IST/VIH/SIDA au Togo par le marketing social des préservatifs par l'accroissement d'au moins 5% chaque année de la distribution du condom féminin et masculin jusqu'en 2005 d'une part et l'encouragement à l'utilisation systématique des préservatifs lors des relations sexuelles à risque.

Le 1<sup>er</sup> objectif spécifique a pour stratégie essentielle de renforcer le réseau de vente et de distribution (mise en place d'un réseau de distribution nationale et communautaire incluant les secteurs public et privé, le milieu caritatif) ; développer une politique d'accessibilité du prix à toutes les couches ; assurer effectivement une supervision par l'assistance d'un réseau d'unité mobile et renforcer la collaboration entre PSI et les DRS en intégrant les dépôts régionaux et préfectoraux dans le réseau de distribution.

Afin d'encourager les populations à l'utilisation systématique des préservatifs lors des relations sexuelles, la stratégie de promotion des préservatifs masculin et féminin d'une part et la recherche/action d'autre part, ont été définies dont les actions prioritaires sont :

- Renforcer l'IEC/CCC au niveau des groupes cibles sur les modes de prévention et l'utilisation correcte des préservatifs masculin et féminin ;
- Faire un plaidoyer (santé/tourisme) pour l'intégration systématique du condom dans les chambres d'hôtels et d'auberges et en direction des militaires, des forces de l'ordre et des douanes.

### **3.4 Prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH**

En dépit de la disponibilité du personnel qualifié et de la pléthore d'acteurs formés intervenant dans la prise en charge psychosociale, on note une nette insuffisance à tous les niveaux du système de prise en charge. Il avait été constaté également le retard dans le recours des malades aux structures de santé, à l'inaccessibilité financière aux médicaments et à l'insuffisance dans l'organisation de cette prise en charge, celle-ci étant inexistante pour les malades les plus démunis et orphelins du SIDA. De ce fait, il fallait améliorer la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH.

Médicalement, il fallait renforcer les capacités du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et celles des structures de prise en charge devant déboucher enfin sur la disponibilité et l'accessibilité des médicaments utilisés pour le traitement des PVVIH. La prise en charge psychosociale des PVVIH quant à elle avait pour stratégie de renforcer le dépistage volontaire, améliorer la dimension sociale de leur prise en charge le développement de la prise en charge à domicile et à base communautaire. Les actions prioritaires qui s'étaient dégagées sont essentiellement :

- Améliorer l'accès aux soins à toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Assurer la disponibilité régulière des médicaments pour les malades du SIDA ;
- Développer la prise en charge psychosociale à domicile et à base communautaire ;

- Renforcer la prise en charge sociale des PVVIH et leurs familles y compris les orphelins du SIDA ;
- Promouvoir et renforcer les capacités des Associations de PVVIH ;
- Améliorer le conseil et dépistage et assurer les droits des PVVIH.

### **3.5 *Prise en charge des IST***

Le traitement des IST a posé d'énormes problèmes même s'il a existé un personnel formé à la prise en charge syndromique, à la disponibilité voire à l'accessibilité des médicaments et à l'implication des ONG/associations de prévention et de soins ; la cause principale se retrouvait dans la honte de porter ces IST. Il faut noter qu'en son temps le guide de prise en charge n'a pas fait l'objet d'une large diffusion faute de moyens financiers nécessaires. Alors, il devenait urgent d'améliorer cette prise en charge en incitant les porteurs à se faire consulter dans les formations sanitaires par la sensibilisation de la population, le renforcement des capacités du personnel de santé et des laboratoires de référence et la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels au traitement des IST. Comme actions prioritaires à cet objectif, il devint nécessaire de diffuser le guide national révisé sur les IST aux structures de soins de base, former le personnel sur la base de ce guide et éduquer les jeunes à consulter dès l'apparition des premiers signes d'IST.

### **3.6 *Sécurité transfusionnelle – Prévention en milieu de soins et au cours des pratiques traditionnelles***

Pour la sécurité transfusionnelle, il n'existe que deux centres de transfusion dans le pays notamment à Lomé et à Sokodé. Les autres chefs lieux de préfectures ne disposent que de matériels de test rapide avant toute transfusion. Cette insuffisance de couverture géographique a eu pour conséquences une inorganisation dans le réseau des donneurs bénévoles de sang qui se raréfiaient et de fréquentes ruptures de stocks de réactifs VIH et de matériels de transfusion. En plus les donneurs bénévoles dépistés positifs n'étaient pas informés de leur statut sérologique par manque de directives nationales.

D'où la nécessité d'assurer la sécurité transfusionnelle à 100% sur toute l'étendue du territoire par :

- l'amélioration de la qualité du sang et autres produits sanguins (promotion de bonnes pratiques de contrôles systématiques du sang, le renforcement du cadre législatif et réglementaire de la transfusion sanguine et la promotion des bonnes pratiques de production de sang au niveau des établissements de transfusion sanguine) ;
- la disponibilité et l'accessibilité de sang et des produits sanguins (promotion du don bénévole et gratuit de sang à moindre risque, la promotion du financement du secteur de la transfusion sanguine) ;
- l'usage rationnel du sang et des produits sanguins (promotion de la bonne prescription de la transfusion sanguine, et la production de dérivés sanguins ;
- la traçabilité de l'ensemble des activités de transfusion par le développement d'un système d'information en transfusion sanguine.

Les actions prioritaires qui avaient été identifiées sont entre autres la diffusion du document de la politique de la transfusion sanguine, la promotion du don bénévole de sang à moindre risque et la disponibilité régulière de réactifs VIH et la formation du personnel à l'usage du sang.

Quant aux conditions d'asepsie, il a été constaté par l'analyse de la situation une insuffisance en matériels de protection, en produits de désinfection, une faiblesse des mesures et l'irrespect des précautions universelles. Au vu de ces conditions, l'objectif général consiste à minimiser la transfusion du VIH en milieu de soins et au cours des pratiques traditionnelles. Par conséquent, il s'avérait nécessaire de renforcer la prévention du VIH en milieu des soins (mesures d'hygiène intra hospitalière), d'améliorer la prévention du VIH au cours des pratiques traditionnelles par la mise en place d'un cadre de collaboration avec les tradithérapeutes, les coiffeuses/coiffeurs, les esthéticiennes.

### **3.7 Surveillance épidémiologique et comportementale**

En dépit de l'instauration d'un système de surveillance épidémiologique et des efforts émanant aussi bien des pouvoirs publics que les partenaires de développement, on a dénoté beaucoup d'insuffisances. Face à l'immensité de la problématique épidémiologique, il fallait améliorer la surveillance du VIH/SIDA/IST de deuxième génération, couplée avec la surveillance comportementale, d'où l'amélioration de la notification des cas de SIDA et des IST par le renforcement de celle-ci. Le renforcement de la surveillance de l'infection à VIH par une séro surveillance sentinelle (consultantes prénatales). Toutes les stratégies ci-dessus devraient être complétées par des enquêtes de séroprévalence ponctuelle et d'un système de surveillance des comportements sexuels.

### **3.8 Recherche sur le VIH/SIDA/IST**

Le cadre stratégique 2001 – 2005 a prévu de promouvoir la recherche opérationnelle et fondamentale de l'infection à VIH/SIDA/IST en prenant pour cibles de recherche aussi bien les populations mobiles que les travailleuses de sexe de façon prioritaire. Il serait également question de redynamiser pour l'essentiel le sous comité éthique et scientifique.

### **3.9 Stratégies envers les groupes spécifiques**

Les groupes spécifiques sont les jeunes, les femmes, les migrants, les prostituées.

#### **1. Jeunes**

L'implication de nombreuses organisations gouvernementales et non gouvernementales n'ayant pas favorisé de changement de comportement au niveau des jeunes, le Gouvernement a envisagé de i) systématiser l'enseignement sur le VIH/SIDA/IST dans les structures éducatives classiques, spécialisées et dualistes ; ii) mettre en place et/ou redynamiser les clubs IST/SIDA dans les établissements secondaires, techniques et en milieu universitaire ; iii) mettre en place un réseau d'éducateurs par les pairs ; iv) réduire chez les jeunes et leurs partenaires, la fréquence des rapports sexuels non protégés par le renforcement de la sensibilisation et de l'accessibilité des jeunes aux préservatifs et v) accroître les services de prise en charge de la santé des jeunes et adolescents et leur accessibilité.

## **2. Femmes**

La structure par sexe de la population togolaise est caractérisée par l'importance numérique de la gence féminine ; des données disponibles font état de 51,3% de femmes contre 48,7% d'hommes. Or, une analyse de la situation a préalablement identifié et répertorié plusieurs facteurs qui contribuent à exposer la femme togolaise vis-à-vis de la transmission du VIH/SIDA/IST. Cette vulnérabilité reconnue unanimement aux femmes par diverses études a suscité des préoccupations majeures qui devraient consister à réduire la prévalence des VIH/SIDA/IST chez ces dernières de 2001 – 2005 notamment en améliorant son statut socio-économique, en réduisant leur taux d'analphabétisme et en minimisant chez elles des pratiques et comportements à risque de transmission VIH/SIDA/IST.

En 2001, le Gouvernement et ses partenaires ont instruit de réduire de 35 % à 15% le risque de transmission VIH/SIDA/IST de la mère à l'enfant de 2001 à 2005 par le renforcement des capacités des structures sanitaires, la promotion du dépistage volontaire du VIH chez la femme enceinte, la promotion de la prise en charge psychosociale et médicale de la femme séropositive, son enfant et son partenaire.

## **3. Migrants**

Les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA en direction des migrants ont commencé timidement au cours des années 90 sur deux axes routiers ciblant les chauffeurs, les migrants et les routiers: l'axe Lomé-Cinkassé long de 700 Km et l'axe Aflao-Hilla-Condji long de 45 Km.

En octobre 2001, le Ministère de la Défense en collaboration avec PSI TOGO avait initié un programme de prévention des IST/VIH/SIDA au profit des Forces Armées Togolaises avec l'appui du Département Américain de la Défense.

Toutes ces activités ne prenaient pas en compte tous les groupes cibles. C'est ce qui a amené le Gouvernement à inscrire dans le cadre stratégique 2001-2005 quatre interventions majeures, à savoir : i) le renforcement ou la création de canaux d'information et de sensibilisation sur les sites d'accueil des migrants ; ii) le renforcement de l'accessibilité des préservatifs aux migrants ; iii) la prise en charge des IST parmi les populations mobiles ; iv) la promotion du dépistage volontaire y compris la prise en charge psychosociale et médicale des migrants.

## **4. Travailleuses de sexe**

Jusqu'en 2001, les actions menées à l'endroit des travailleuses de sexe dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA sont « parents pauvres » : ces activités se limitaient à la sensibilisation par les paires éducatrices dans certaines maisons closes. Dans le cadre de la Prévention du SIDA sur l'Axe Migratoire de l'Afrique de l'Ouest (PSAMAO), le projet a mené des actions à l'endroit des travailleuses de sexe par l'entremise de l'ONG FAMME et sous la supervision de PSI. Il faut noter que jusqu'à cette période, seule l'ONG FAMME intervenait en milieu prostitutionnel alors que les besoins dans ce milieu sont énormes et urgents.

Dans le souci de minimiser la propagation du VIH/SIDA dans le groupe des prostituées et leurs partenaires, le Gouvernement a pris en compte dans le Cadre Stratégique National 2001-2005 le problème de ce groupe cible. Ainsi cet objectif vise essentiellement i) la réduction de la transmission sexuelle de l'infection par le VIH dans le groupe des TS ; ii)

la promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif chez 85% des prostituées et leurs partenaires sexuels ; iii) la réduction des IST chez les travailleuses de sexe.

## **IV. RESULTATS DE L'EXECUTION DU CADRE STRATEGIQUE 2001 - 2005**

**Objectif 1**

**Réorganiser le cadre institutionnel de coordination intersectorielle de la réponse nationale en vue de répondre plus efficacement à la problématique actuelle et future de l'épidémie du VIH/SIDA au Togo**

## **1 Réorganisation du Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST**

### **1.1 Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement transmissibles**

Conformément à la priorité accordée à la lutte contre le SIDA, le Gouvernement a créé un Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS), présidé par Son Excellence Monsieur le Président de la République. Le décret présidentiel N° 2001-173/PR du 11 octobre 2001 en fixe la composition et les modalités de fonctionnement.

La mission du CNLS est de : i) définir les orientations politiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles ; ii) mobiliser les ressources internes et externes pour la mise en œuvre du plan stratégique national ; iii) évaluer l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA/IST ; iv) approuver les budgets et programmes annuels d'action.

Les organes de fonctionnement du CNLS sont : i) l'assemblée plénière ; ii) les groupes de travail ; iii) le secrétariat permanent ; iv) la commission d'Ethique ; v) les Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA/IST (CRLS). Le CNLS se réunit en assemblée plénière deux fois par an, et en sessions extraordinaires autant que de besoin.

Le CNLS, représenté par son Secrétariat Permanent, tient une comptabilité en conformité avec la législation en vigueur et ses comptes sont audités chaque année. Ce dernier présente un rapport annuel au CNLS qui en débat. Le rapport est ensuite transmis au Président de l'Assemblée Nationale et rendu public.

### **1.2 Secrétariat Permanent**

Le décret présidentiel portant création du CNLS lui donne sa composition: i) un spécialiste en planification ; ii) un spécialiste en communication ; iii) un spécialiste en économie et finances ; iv) un spécialiste en droit du travail ; v) un spécialiste des réseaux communautaires ; vi) un spécialiste en santé publique ; vii) un spécialiste en sociologie-anthropologie.

Le Secrétariat Permanent du Conseil National coordonne la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA/IST et exécute les décisions prises par le conseil en la matière.

Sa mission est de : i) susciter l'implication effective des différents secteurs ; ii) mobiliser et gérer les ressources pour appuyer la réponse nationale à l'épidémie ; iii) assurer la coordination des ressources financières multilatérales, bilatérales et celles de l'Etat affectées à la lutte contre le VIH/SIDA ; iv) promouvoir l'accessibilité aux soins et traitements aux personnes vivant avec le VIH/SIDA y compris l'accessibilité aux anti-rétroviraux ; v) promouvoir et coordonner la recherche dans le domaine du VIH/SIDA et assurer la diffusion de l'information ; vi) représenter le conseil aux assises internationales relatives au VIH/SIDA/IST ; vii) organiser des réunions périodiques de suivi avec tous les partenaires au développement ; viii) soumettre tous les six (06) mois au Conseil National, avant la tenue de sa session ordinaire, un rapport sur l'évolution de l'épidémie et la réponse multisectorielle.

### **1.3 Comité Régional de Lutte contre le SIDA/IST**

Le Comité Régional de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (CRLS-IST) comprend : le Gouverneur ou le Préfet du chef-lieu de région qui le préside ; les Directeurs Régionaux de tous les départements ministériels représentés dans la préfecture du chef-lieu de région ; deux représentants des chefs traditionnels ; trois représentants des confessions religieuses ; trois représentants des ONG nationales de la région ; deux représentants des associations des personnes vivant avec le VIH ; deux représentants des organisations syndicales.

Sa mission est d'assurer la mise en œuvre du Cadre Stratégique National. Il se réunit sur convocation de son Président ou à la demande du CNLS. Le Secrétariat des travaux des comités est assuré par le Directeur Régional de la Santé.

### **1.4 Comité Préfectoral de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (CPLS-IST)**

Le Comité Préfectoral de Lutte contre le SIDA et Infections Sexuellement Transmissibles (CPLS) est ainsi composé : le Préfet qui le préside ; les Directeurs Préfectoraux de tous les départements ministériels représentés dans la préfecture ; deux représentants des chefs traditionnels ; un représentant de chacune des trois confessions religieuses ; deux représentants des ONG nationales ; deux représentants des associations des personnes vivant avec le VIH ; deux représentants des organisations syndicales.

Les Comités Préfectoraux assurent la mise en œuvre du plan stratégique national. Les Comités préfectoraux se réunissent sur convocation de leurs Présidents ou à la demande du Conseil National. Le secrétariat des travaux des comités est assuré par le Directeur Préfectoral de la Santé.

## **2 Restructuration de la Direction du Programme National de Lutte contre le SIDA**

La Direction du PNLIS est responsable de la mise en œuvre des aspects médicaux de la réponse nationale à l'épidémie de VIH/SIDA.

A ce titre, le PNLIS est chargé de l'élaboration des normes, politiques et procédures en matière de prise en charge des IST/VIH/SIDA dans le pays et de veiller à leur mise en application.

Le PNLIS est rattaché à la Direction Générale de la Santé. Les attributions du Directeur sont définies par arrêté du Ministre de la Santé.

A ce jour, il dispose des unités de fonctionnement suivantes :

- une unité des affaires administratives et financières ;
- une unité de prise en charge médicale ;
- une unité de l'épidémiologie ;
- une unité du dépistage volontaire et anonyme ;
- une unité de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;

- un sous-comité de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et les IST ;
- le Centre National de Référence (CNR), en charge des aspects biologiques de la lutte contre le VIH ;
- Une unité IEC en charge de la sensibilisation des populations.

### 3 Financement du Cadre Stratégique National 2001-2005

Les ressources du CNLS sont constituées des subventions de l'Etat, des contributions des organismes internationaux, et d'autres ressources.

#### 3.1 Financement national

Dans un souci de pérennité, de gestion et de suivi des ressources, l'Etat a créé des lignes budgétaires pour la lutte contre le SIDA à partir de 2003. Entre 2003 et 2005, l'Etat a contribué sous forme de subvention directe à hauteur d'un milliard, cent quatre-vingt millions, deux cent soixante quinze mille, deux cent cinquante (1 180 275 250) francs CFA, soit 2 145 955 USD.(1 USD=550 FCFA)

La contribution de l'Etat se poursuit dans d'autres secteurs de développement (éducation, agriculture, affaires sociales...) et cet effort n'apparaît pas dans cette comptabilité.

La subvention de l'Etat est ventilée entre deux grandes rubriques : (i) l'investissement et l'équipement et (ii) l'appui au programme.

**Tableau 5 : Répartition des fonds engagés par le gouvernement togolais pour la lutte contre le VIH/SIDA par domaine d'intervention et par année**

N°	Domaines d'intervention	Montants engagés			Total
		Année 2003	Année 2004	Année 2005	
1	Investissement et équipement en FCFA	10 000 100	10 000 100	10 000 100	30 000 300
2	Appui au programme en FCFA	400 275 150	450 000 100	299 999 700	1 150 274 950
3	Total en FCFA	410 275 250	460 000 200	309 999 800	1 180 275 250
4	Total en USD	745 955	836 364	563 636	2 145 955

**Sources** : Direction du budget, Ministère de l'économie, des finances et de la privatisation

Les décaissements ont été cependant en deçà des prévisions compte tenu de certaines difficultés (non maîtrise des procédures, lenteurs administratives...).

A titre d'exemple, en 2004 et en 2005, le SP/CNLS-IST n'a reçu que cent millions (100 000 000) de francs CFA.

### 3.2 Contribution des partenaires au développement

Les partenaires bilatéraux et multilatéraux et les ONG internationales participent aussi financièrement à la lutte contre le VIH/SIDA au Togo.

**Tableau 6 : Financement des partenaires au développement en fonction des objectifs du Cadre Stratégique**

N°	Objectifs	Montant FCFA	Montant en USD
1	Renforcement du cadre institutionnel	719 964 506	1 309 026
2	Sensibilisation, conscientisation	804 608 301	1 462 924
3	Prise en charge des IST	312 174 113	567 589
4	Marketing social des Préservatifs	5 384 219 183	9 789 489
5	Prise en charge médicale et psychosociale PVVIH	216 154 384	393 008
6	Sécurité transfusionnelle	464 244 682	844 081
7	Prévention de la transmission en milieu de soins	ND	ND
8	Surveillance épidémiologique	51 670 000	93 945
9	Recherche opérationnelle	100 664 000	183 025
10	Prévention chez les jeunes de 10 à 24 ans	1 721 972 594	3 130 859
11	Prévention chez les femmes	154 173 250	280 315
12	PTME	409 364 369	744 299
13	Migrants, militaires, gardiens de la paix, routiers	914 650 000	1 663 000
14	Prostituées	1 228 099 912	2 232 909
<b>15</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>12 481 959 294</b>	<b>22 694 471</b>

**Source** : Résultats de la revue du Cadre Stratégique National 2001 – 2005 du Togo

Les données de ce tableau sont à analyser avec beaucoup de précautions en raison de :

- l'absence de budget et de plan de financement du Cadre Stratégique ;
- la non disponibilité des documents sur le cadre de coopération avec les partenaires au niveau du CNLS ;
- l'inexistence de plans d'actions budgétisés et de rapports d'activités annuels par acteur et selon les cibles touchées ;
- l'élaboration du plan d'action du SP/CNLS-IST sans la participation des partenaires.

## 4 Observations

Les observations ont été faites en suivant le principe directeur de « Three one's » préconisé par ONUSIDA c'est-à-dire : une coordination nationale, un cadre stratégique et un cadre national de suivi-évaluation.

### 4.1 Coordination nationale

#### Forces

- ⇒ La structure de coordination (CNLS) a été mise en place
- ⇒ Certains cadres de concertation ont eu lieu :
  - le Groupe Thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA élargi aux représentants du Gouvernement, des associations de PVVIH, des Partenaires au Développement a fonctionné de manière satisfaisante ;
  - le Comité de Coordination du Secteur de la Santé ou CCSS dont l'objet principal est d'assurer le suivi des programmes et la gestion financière des ressources extérieures allouées au secteur de la Santé, notamment les ressources du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

#### Faiblesses

- ⇒ La composition du CNLS ne paraît plus adaptée aux exigences actuelles pour une coordination optimale des interventions. Par exemple les partenaires au développement ne sont pas membres du CNLS ;
- ⇒ Les structures décentralisées du CNLS ne sont pas fonctionnelles ;
- ⇒ La faiblesse de la réponse sectorielle ;
- ⇒ Le SP a été confronté à un problème de capacité programmatique et de coordination lié i) au manque de ressources humaines, financières, matérielles et ii) au statut de l'ensemble du personnel. Dans sa majorité, c'est un personnel à temps partiel constitué d'agents qui sont responsables dans d'autres ministères ou secteurs ;
- ⇒ Le SP/CNLS-IST ne dispose pas de locaux adaptés ;
- ⇒ L'instabilité au poste des membres du SP qui influe sur la continuité ;
- ⇒ La multiplicité des procédures des différents bailleurs de fonds ;
- ⇒ La non concordance des cycles de planification au niveau des bailleurs.

### 4.2 Cadre Stratégique National

#### Forces

- ⇒ Le cadre stratégique national est utilisé par tous les acteurs de terrains ;
- ⇒ L'Etat et les différents bailleurs ont contribué au financement du cadre stratégique.

### **Faiblesses**

- ⇒ Absence d'un plan opérationnel budgétisé du cadre stratégique national permettant aux différents acteurs et bailleurs de structurer leurs interventions.

## **4.3 Cadre national de suivi et évaluation**

### **Forces**

- ⇒ Les indicateurs de suivi-évaluation ont été harmonisés ;
- ⇒ Quelques études ont été réalisées pour permettre de disposer de données sur la situation épidémiologique.

### **Faiblesses**

- ⇒ Inexistence d'unités de surveillance épidémiologique et comportementale au sein du CNLS ;
- ⇒ Absence d'un plan national de suivi-évaluation.

## **5 Recommandations**

- ⇒ Approfondir l'examen du cadre institutionnel, et sur la base des résultats, proposer des améliorations ;
- ⇒ Rendre fonctionnelle la lutte contre le VIH/SIDA dans tous les secteurs d'activités par l'élaboration et la mise en œuvre des plans sectoriels ;
- ⇒ Doter les différents organes du CNLS de moyens humains, financiers, logistiques et matériels suffisants et adéquats ;
- ⇒ Elaborer un budget et un plan de financement du Cadre Stratégique ;
- ⇒ Elaborer des plans d'actions et rapports annuels avec la participation des partenaires et des principaux acteurs de la lutte contre le SIDA au Togo, tant au niveau central qu'au niveau périphérique ;
- ⇒ Mettre en place un système national fonctionnel de suivi et d'évaluation de toutes les interventions de lutte contre le VIH/SIDA avec un personnel à temps plein et rendre disponible un plan national de suivi et évaluation ;
- ⇒ Simplifier les procédures de gestion financière et harmoniser le cycle de budgétisation de la réponse nationale de lutte contre le VIH/SIDA au niveau des partenaires.

**Objectif 2**

**Renforcer la sensibilisation et la  
conscientisation par la mise à disposition  
d'informations correctes sur le VIH/SIDA et  
sur les moyens de prévention**

## **1 Amélioration de la qualité de l'information et les méthodes de communication**

Des études sur la connaissance, le comportement, l'aptitude et la pratique des groupes socioprofessionnels et des personnes ont été réalisées afin d'adapter les méthodes et techniques de communication aux groupes cibles. Elles ont concerné essentiellement les travailleurs en entreprises, les travailleuses de sexe, les jeunes, les populations rurales, « les corps habillés », les routiers. Elles ont porté sur les niveaux de connaissance du VIH/SIDA, les pratiques culturelles dans le contexte du VIH/SIDA, l'acceptation du préservatif, la stigmatisation et la discrimination. Le tableau en annexe 1<sup>1</sup> fait état de certaines études dans ce cadre.

Ces études ont révélé de façon globale que : i) le travail du sexe commence de plus en plus précocement et touche des femmes de plus en plus instruites avec une proportion croissante de Togolaises ; ii) la transmission mère-enfant est peu connue tandis que des conceptions erronées comme la transmission par le moustique et par les baisers persistent ; iii) les travailleuses de sexe ne savent pas utiliser correctement les préservatifs masculin et féminin ; cependant elles recourent beaucoup plus au préservatif masculin qu'elles jugent moins irritant ; iv) les jeunes utilisent beaucoup plus fréquemment l'Internet qu'ils ne lisent les magazines ; ils ont unanimement approuvé la création de site web qui leur offrira des informations sur tous les sujets et en particulier sur le SIDA à un moindre coût.

Les résultats ont été utiles par la suite à l'élaboration et à la diffusion des messages adaptés aux cibles, et à l'ajustement des interventions les concernant. Ces messages ont été transcrits soit sur des supports audio visuels soit sur des affiches ou des dépliants.

A titre d'exemple, près de 200 spots publicitaires ont été élaborés, prétestés et diffusés sur les chaînes de télévisions et de radios sur toute l'étendue du territoire national.

---

<sup>1</sup> Voir page 97

**Tableau 7 : Exemples de messages ayant fait l'objet de spots et diffusés**

N°	Exemple de messages passés en spot	Canaux
1	«Il est temps pour le Togo de se réveiller »	TV/Radio
2	Protector Plus hommes : «Le vrai séducteur c'est lui...»	TV/Radio
3	Protector Plus femmes : « Utilisation systématique des filles »	TV/Radio
4	Pincer-Dérouler	TV/Radio
5	Les leaders s'engagent	TV/Radio
6	Roulez Protégé Routiers	Radio
7	VCT Routier : « J'ai fait le test... pour mieux conduire...»	Affichage
8	Routier ABC : « Mes 3 lignes de vie... »	Affichage
9	Perception Préservatif : « Qu'est ce que tu fais avec les préservatifs? »	Radio
10	Rural Risque/Multipartenariat-Rural : « Plus tu as les partenaires sexuels... »	Radio
11	Le test de dépistage, un visa pour la vie : « Aller au CDV est une révolution pour tout le monde »	TV/Radio
12	Connaître son statut sérologique est déterminant pour une vie positive	TV/Radio
13	Connaître son statut sérologique aide à se protéger et protéger les autres	TV/Radio
14	Désormais pas un pas sans préservatif : « Se déplacer avec les préservatifs »	TV/Radio
15	Femmes et AGB : « Femmes capables, stop SIDA »	TV/Radio

**Source** : Résultats de la revue du Cadre Stratégique National 2001 – 2005 du Togo

Le souci de fiabilité et d'harmonisation des informations communiquées aux populations a guidé la formation des responsables des ONG et associations, des représentants des médias, de ceux du secteur public notamment les enseignants et les représentants du secteur privé. Ainsi, il y a eu de 2001 à 2005 :

- la formation des journalistes ;
- la formation de militaires, gendarmes, policiers, douaniers, sapeurs pompiers et marins ;
- le renforcement des capacités des ONG et associations ;
- la formation des organisations confessionnelles et des chefs traditionnels.

Par ailleurs, des normes et procédures sur l'animation par les pairs éducateurs et sur la communication ont été produites par les ONG nationales et/ou internationales sans aucune coordination.

La mise en œuvre du projet d'intensification de la lutte contre le VIH/SIDA a permis de doter de nombreuses ONG et Associations de téléviseurs, magnétoscopes, de cassettes vidéo et audio, d'affiches, de dépliants, de boîtes à images, de rubans rouges en bois, de casquettes, de pin's, de T-shirt/Polo, d'autocollants avec logo CNLS, de banderoles et de panneaux publicitaires.

Plus de 700 cassettes vidéos type VHS portant sur la connaissance du VIH/SIDA, sur les comportements responsables, la promotion du préservatif, la promotion du dépistage volontaire, la prise en charge et la lutte contre la discrimination ont été distribuées dans les régions. A titre d'exemples :

- « Epidémie de L'ombre » et « Joli Cœur » qui portent sur les connaissances sur le VIH/SIDA ;
- « Les gestes ou la vie » et « Scénario du Sahel » qui portent sur les comportements à changer ;
- « Amah Djah Foule », « Les gestes ou la vie », « Scène de ménage » qui ont trait à la promotion de l'utilisation des préservatifs ;
- « Vivre positivement » qui traite de la prise en charge et de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.

Plusieurs canaux de communication ont été utilisés pour atteindre les populations dans leurs diversités. Ce sont essentiellement :

- les radios locales et les médias publics : depuis 2004, 84 émissions radiophoniques ont été réalisées ;
- les causeries éducatives ;
- les manifestations ludiques tels que les événements sportifs ;
- l'expression artistique : les sketches, les marionnettes, les poésies, les chansons, la peinture.

Ainsi, la communication en matière de sensibilisation sur le VIH/SIDA par les manifestations ludiques et l'expression artistique a été accentuée à partir de 2004 avec la présentation de nombreux sketches et des spectacles de marionnettes en milieux scolaires et extrascolaires dans tout le pays.

A cet éventail, s'ajoute l'installation de trois lignes vertes « Info Sida » et d'un site web pour les jeunes. Ce site web placé à Lomé est le fruit de la coopération entre le CNLS, le PNUD, l'ATBEF et le Secrétariat d'Etat auprès du Ministre de la Jeunesse et des Sports chargé de la Promotion des Jeunes.

La Direction de la Santé Familiale a élaboré un Cadre Stratégique National d'IEC/CCC en Santé de la Reproduction en 2001 dont les orientations ont trait au renforcement des capacités en ressources humaines ; au développement de messages adaptés ; au renforcement des supports de communication ; au renforcement de la recherche et de la participation communautaire.

Un cadre de concertation réunissant tous les professionnels de la communication sur le VIH/SIDA a été mis en place avec l'appui de UNFPA et de SFPS.

## **2 Observations**

### **Forces**

- ⇒ L'information de qualité sur la prévention du VIH est produite et disponible ;
- ⇒ Des canaux, avec des méthodes et techniques diversifiées d'information et de sensibilisation du public sont utilisées ;

- ⇒ Toutes les activités des acteurs et partenaires en matière de communication s'inspirent du Cadre Stratégique National.

### **Faiblesses**

- ⇒ Il a manqué de coordination de tous les prestataires en matière de communication ;
- ⇒ Il n'existe pas de système national d'information sur le VIH/SIDA ;
- ⇒ Il y a une insuffisance des capacités au niveau des acteurs communautaires ;
- ⇒ Certains secteurs d'activités n'interviennent pas dans la sensibilisation pour la prévention du VIH/SIDA ;
- ⇒ Certaines spécificités culturelles ne sont pas suffisamment prises en compte dans la production des messages de sensibilisation.

### **3 Recommandations**

- ⇒ Rendre fonctionnelle la coordination des intervenants en IEC/CCC par l'identification d'une cellule focale au SP/CNLS et le suivi de la transmission des rapports d'activités ;
- ⇒ Mettre en place un système national d'information sur le VIH/SIDA ;
- ⇒ Renforcer les compétences et les capacités des intervenants au niveau communautaire en matière de sensibilisation sur la prévention y compris les agents des médias ;
- ⇒ Etendre les programmes de prévention du VIH/SIDA et des IST à tous les secteurs sur la base d'un pan sectoriel ;
- ⇒ Faciliter l'élaboration d'une stratégie nationale de communication prenant en compte les spécificités culturelles nationales.

**Objectif 3**

**Contribuer à la réduction de la  
transmission du VIH/SIDA/IST au Togo  
par le marketing social des  
préservatifs**

## 1 Augmentation d'au moins 5% par an de la distribution des condoms féminin et masculin d'ici l'an 2005

Le marketing social du préservatif bénéficie de l'expertise de l'Association Togolaise de Marketing Social (ATMS), partenaire de l'ONG internationale Population Services International (PSI). PSI a développé un réseau national de distribution des préservatifs qui peut être décrit comme suit :

- distribution de préservatifs aux grossistes, aux ONG, aux agents de santé communautaire, aux Directions Régionales de Santé et Directions Préfectorales de la Santé,
- distribution aux commerçants détaillants, aux tenanciers de kiosques, dans les stations services, les hôtels, les cliniques et pharmacies, les ONG et Associations, les programmes de vulgarisation rurale ;
- mise en place d'un réseau de distribution par les pairs éducateurs notamment en milieu scolaire, chez les travailleuses de sexe, les routiers, les forces de l'ordre.

Le prix au consommateur le plus élevé est de 100 francs CFA pour un paquet de quatre (4) préservatifs « Protector Plus », et le plus bas, de 50 francs CFA pour un paquet de quatre (4) préservatifs « Rebel » spécialement conçu pour les jeunes.

**Tableau 8 : Tarification des préservatifs au niveau national**

N°	PROTECTOR PLUS	Paquet / 4u	Boîte / 48u	Carton /960u
1	Grossistes/ DRS	50 F	600 F	12 000 F
2	DPS/ONG/ Associations/ASC	60 F	720 F	14 400 F
3	Pharmacies	70 F	850 F	17 000 F
4	Détaillants	75 F	900 F	18 000 F
5	Consommateurs	100 F	1 200 F	24 000 F
6	PROTECTIV	Boîte de 3u	Carton/234btes	
7	Grossistes/DRS	150 F	35 100 F	
8	Pharmacies / DPS	195 F	45 630 F	
9	Consommateurs	300 F	70 200 F	
10	CONDOM JEUNES REBEL	Paquet de 4u	Boîte/80u	Carton/2 400
11	Grossistes ONGs	20 F	400 F	12 000 F
12	Pairs Educateurs (PE)	30 F	600 F	18 000 F
13	Consommateurs	50 F	1 000 F	30 000 F

**Source :** Résultats de la revue du Cadre Stratégique National 2001 – 2005 du Togo

**On compte à ce jour au moins 2 600 points de vente sur toute l'étendue du territoire.**

## 2 Promotion de l'utilisation systématique des préservatifs lors des relations sexuelles à risque

Afin de contribuer à l'accroissement de l'utilisation du préservatif, PSI a intensifié sa vulgarisation en ciblant ses activités de promotion sur :

- les jeunes, en milieu scolaire ou non, avec la promotion du condom masculin destiné aux jeunes et dénommé « Rebel » ;
- les femmes avec la promotion du préservatif féminin « Protectiv » à l'attention des travailleuses de sexe.

Ces promotions complètent la gamme d'activités en direction du grand public qui reposent sur la promotion des préservatifs « Protector Plus » et « Femidon ».

Durant la période 2001 à 2005, environ 49 855 254 préservatifs ont été introduits au Togo par le biais de l'USAID (PSI), UNFPA et le Fonds Mondial.

**Tableau 9 : Récapitulatif de la quantité de préservatifs distribuée par source de financement entre 2001-2005**

N°	PARTE-NAIRES	USAID (PSI)		UNFPA		Fonds Mondial		Total
		Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	
1	2001	8 006 412	23 958	1 296 000				8 030 370
2	2002	10 619 014	47 001	2 476 800	6 000			13 142 815
3	2003	7 777 083	47 007	1 058 400				7 824 090
4	2004	6 160 744	53 308	1 072 800	2 000	2 520 000	20 000	9 826 852
5	2005	7 867 998	74 729	724 000	2 000			8 662 727
6	<b>Total</b>	<b>40 431 251</b>	<b>246 003</b>	<b>6 628 000</b>	<b>10 000</b>	<b>2 520 000</b>	<b>20 000</b>	<b>49 855 254</b>

**Source :** Résultats de la revue du Cadre Stratégique National de 2001 – 2005 du Togo

Ces quantités ne prennent pas en compte le secteur commercial des pharmacies privées.

L'objectif spécifique du marketing social des préservatifs était d'accroître d'au moins 5 % chaque année la distribution du condom féminin et masculin de 2001 à 2005. Or le tableau récapitulatif n°9 indique parfois une baisse de vente du condom ; ceci s'explique par :

- les difficultés de financement de PSI en 2003 ;
- l'augmentation du coût des préservatifs ;
- la restructuration du réseau de distribution des préservatifs de PSI.

Il est à noter que dans le cadre de la promotion du préservatif féminin, le *Fémidon* était réservée à la population féminine en général et le *Protectiv* aux travailleuses de sexe. Mais depuis 2004, pour éviter des effets discriminatoires, un seul préservatif féminin est promu au Togo.

Ces activités de promotion sont soutenues par des efforts de communication. A titre d'exemple pour l'année 2005, 40 émissions publicitaires TV, 120 émissions radio ; environ 5 000 posters, 5 000 autocollants, 5 000 brochures, 20 boîtes à images, 15 activités de marketing, 20 activités promotionnelles dont le Marathon de l'Espoir ont été réalisés.

Elles ont également reposé sur la conduite d'initiatives qui sont :

- le projet de santé de la reproduction des jeunes en milieu scolaire « **Agbelen'ko** » (qui signifie « la vie est devant » en langue mina) exécuté dans vingt établissements scolaires associe la promotion du préservatif Rebel par un réseau de 300 pairs éducateurs ayant écoulé près de 2.000 000 unités ;
- le projet de **Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest** ou **PSAMAO** est destiné aux chauffeurs routiers et aux travailleurs du secteur des transports. Son réseau de 72 pairs éducateurs a facilité la vente des condoms masculins à l'intention des routiers et des transporteurs. On peut y associer la campagne sur « Roulez protégé » qui est une invite adressée aux camionneurs de prendre conscience de la nécessité du port de préservatif ;
- le projet **Sœur à Sœur**, contribuant à la réalisation des interventions de PSAMAO, cible essentiellement les travailleuses de sexe. Il a développé un réseau composé de 65 pairs éducateurs sur l'étendue du territoire ;
- le projet dénommé « **Opération Haute Protection** » (OHP) ciblant les corps habillés a développé un réseau de plus de 500 paires-éducateurs

Concernant spécifiquement le produit « Protector Plus », le taux de distribution varie entre 103 et 140%. Malgré ce grand intérêt pour le port de préservatifs, il subsiste quelques problèmes liés à l'usage correct de ce produit. Ce constat a suscité la mise en place d'une campagne dénommée « **Pincez-déroulez** ».

### 3 Observations

#### Forces

- ⇒ Les préservatifs sont disponibles même au niveau communautaire ;
- ⇒ Des activités de promotion sur l'utilisation correcte des préservatifs ont été menées ;
- ⇒ Il y a une diversité des types de préservatifs dans les officines facilitant le choix.

#### Faiblesses

- ⇒ De 2001 à 2005, le coût du préservatif est passé de 17 F l'unité à 25 F, soit une augmentation de 50 % ;
- ⇒ Les données sur les activités du marketing social des préservatifs ne sont pas disponibles au SP/CNLS-IST ;
- ⇒ Malgré les efforts consentis, les points de vente des préservatifs restent encore insuffisants aussi bien en milieu urbain que rural ;
- ⇒ Le préservatif féminin est d'un coût encore élevé et modestement promu ;
- ⇒ Il existe certains types de préservatifs sur le marché qui échappent au contrôle et dont la qualité et les conditions de conservation ne sont pas toujours assurées ;
- ⇒ La distribution de préservatifs dans les hôtels a connu une faible adhésion du personnel des hôtels ;

- ⇒ Une proportion non négligeable de jeunes (34 % de garçons et 39 % de filles) n'utilisent pas systématiquement de préservatifs<sup>2</sup>.

#### **4 Recommandations**

- ⇒ Mener une étude pour adapter le prix du préservatif (masculin et féminin) à la capacité contributive des utilisateurs ;
- ⇒ Mettre en place un mécanisme de coordination des partenaires et acteurs impliqués dans la promotion du préservatif ;
- ⇒ Étendre les points de vente du préservatif aux zones mal couvertes et renforcer la promotion de son utilisation correcte
- ⇒ Rendre systématique la mise à disposition des préservatifs dans les chambres d'hôtels ;
- ⇒ Faciliter la promotion du préservatif féminin ;
- ⇒ Mener des études sur les besoins (qualitatifs et quantitatifs) en préservatifs et les déterminants de leur sous utilisation.

---

<sup>2</sup> Confère les études CAP mentionnées dans l'objectif 2 (page 35)

**Objectif 4**

**Améliorer la prise en charge des  
Infections Sexuellement  
Transmissibles**

Le cadre stratégique 2001-2005 a prescrit l'amélioration de la prise en charge des IST par le renforcement des capacités des personnels et structures de santé, l'amélioration à l'accès des médicaments.

## **1 Incitation des porteurs des IST à consulter dans les formations sanitaires**

Depuis 2001, les thèmes portant sur les IST ont été développés dans toutes les séances de sensibilisation, de communication pour le changement de comportement, d'éducation et de counseling.

Des programmes spécifiques ciblant les corps habillés, les routiers, les travailleuses de sexe et les jeunes en milieu scolaire et extrascolaire ont permis une accélération de la prise en charge auprès des groupes spécifiques.

Avec l'appui des partenaires, les interventions suivantes ont pu être réalisées :

- la mise à jour et la production des documents, normes et procédures en matière des IST, la formation et le recyclage du personnel de santé, des pharmaciens d'officines, de techniciens supérieurs de laboratoires etc. ;
- la promotion des services d'IST spécifiques aux TS et à leurs clients masculins ;
- l'intégration des IST dans les curricula de formation des écoles de formation des agents de santé ;
- la disponibilité des médicaments contre les IST s'est nettement améliorée au niveau des structures de santé ;
- l'amélioration des différents volets de la surveillance des IST : notification de cas, évaluation et suivi de la prévalence, évaluation de l'étiologie des syndromes associés, surveillance de la résistance des germes de *Neisseria Gonorrhoeae* aux antibiotiques ainsi que quelques études spéciales.

### ***Documents élaborés par le PNLS-IST***

- ⇒ *Guide national de prise en charge des IST (y compris les algorithmes)*
- ⇒ *Document des normes et procédures ;*
- ⇒ *Guide du formateur ;*
- ⇒ *Guide de suivi/évaluation des indicateurs du cadre de mesure de rendement ;*
- ⇒ *Guide de l'outil de formation en IST ;*
- ⇒ *Fiche de supervision des agents de santé formés en IST ;*
- ⇒ *Fiche de surveillance de base et de suivi des TS*

**Tableau 10 : Formation des prestataires de 2001 à 2005**

N°	Type de prestataires formés	Nombre formé de 2001 à 2005
1	Superviseurs sur la prise en charge syndromique des IST et counseling	42
2	Prestataires IST sur la prise en charge syndromique	70
3	Formateurs des superviseurs nationaux	43
4	Prestataires IST sur la prise en charge syndromique (toutes catégories confondues)	264
5	Etudiantes et étudiants	75
6	Enseignants des écoles médicales et paramédicales	18
7	Personnel des dépôts de pharmacies	60
8	Autres (Points Focaux IST, opérateurs de saisie des données,..)	151

**Source** : Résultats de la revue du Cadre Stratégique National de 2001 – 2005 du Togo

Des efforts ont été faits pour améliorer l'accès des travailleuses de sexe et leurs clients aux soins IST. Près d'une dizaine de structures ont été aménagées à cet effet sur toute l'étendue du territoire.

Des kits IST ont été constitués pour faciliter la prise en charge surtout chez les jeunes, les routiers et les corps habillés. Dans ces kits IST, en plus des médicaments pour le traitement, il y a des préservatifs en quantité suffisante pour le nombre de jours recommandés par le traitement.

De manière générale, la disponibilité des médicaments anti IST a été nettement améliorée. Elle est passée de 46% en 2003 à 90% en 2005 pour le Tinidazole et de 58% en 2003 à 80,5% en décembre 2005 pour le Clotrimazole.

**Tableau 11 : Equipement des structures de prise en charge y compris les laboratoires de 2001 à 2005**

N°	Structures de prise en charge équipées	Description de l'équipement
1	15 sites IST	Equipement et/ou matériel distribué et petites rénovations faites
2	10 structures adaptées	Dotation en matériels médico-techniques et audio-visuels
3	8 Cliniques IST du projet OHP	8 kits de matériels audio-visuels d'IEC

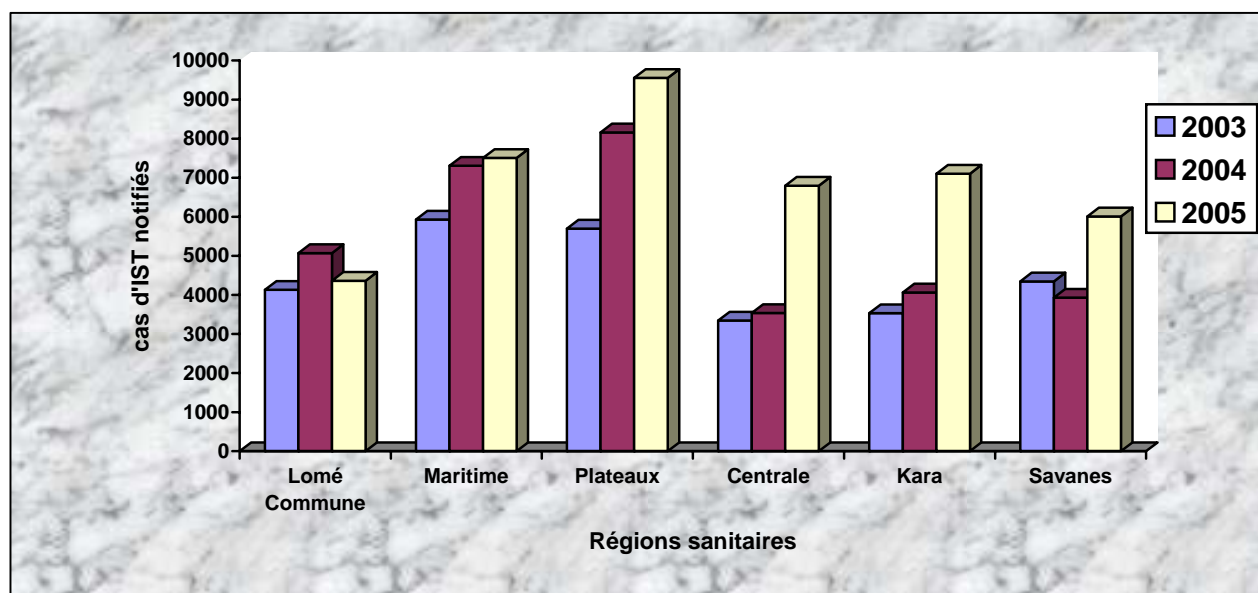
**Source** : Résultats de la revue du Cadre Stratégique National de 2001 – 2005 du Togo

Au total, 33 structures de santé ont bénéficié d'un appui en équipements, de rénovations, de matériels médical et technique, de matériels audiovisuels.

Toutes ces interventions, couplées à de grands efforts de supervisions formatives ont abouti à de meilleurs résultats ci-dessous résumés :

- l'augmentation du nombre de structures et d'agents de santé dont les capacités de prise en charge ont été améliorées ;
- la prise en charge des travailleuses de sexe dans une dizaine de structures dites « adaptées » dans les principaux environnements prostitutionnels ;
- l'amélioration de la fréquentation des structures par les patients IST ;
- l'amélioration de la notification des cas d'IST ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

**Figure 2 : Cas d'IST notifiés par région de 2003 à 2005 dans les structures de prise en charge**



Source : PNLS-IST, 2005

## 2 Observations

### Forces

- ⇒ La prise en charge des IST est effective surtout au niveau des groupes cibles prioritaires comme les TS et les "corps habillés" ; les prestataires sont formés pour la prise en charge syndromique des cas d'IST ;
- ⇒ Les manuels de normes et de procédures, les guides et les algorithmes de décision sont élaborés et sont disponibles auprès des prestataires ;
- ⇒ Les médicaments génériques anti-IST sont aussi disponibles ;
- ⇒ La notification des cas s'améliore significativement d'année en année ;
- ⇒ Les interventions bénéficient d'un appui de qualité de la part des partenaires ;

### **Faiblesses**

- ⇒ Le personnel formé en matière de prise en charge des IST connaît une grande mobilité ;
- ⇒ L'insuffisance de partenaires d'appui et de renforcement des capacités des structures de santé et de leurs agents.

### **3 Recommandations**

- ⇒ Former davantage de personnel en matière de prise en charge des IST ;
- ⇒ Poursuivre les efforts visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la disponibilité des médicaments anti IST ;
- ⇒ Consolider les acquis des services adaptés actuels tout en facilitant l'extension du réseau de ces services.

**Objectif 5**

**Améliorer la prise en charge médicale  
et psychosociale des PVVIH et les  
malades du SIDA**

## **1 Amélioration de la prise en charge médicale des PVVIH**

La disponibilité du Cadre Stratégique en 2001 a facilité l'accès aux ressources mobilisées par le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose. Cette heureuse opportunité a permis au Togo d'engager une démarche volontariste pour le traitement des patients par les antirétroviraux, la promotion du dépistage volontaire, la prise en compte des orphelins, le développement conséquent de la prise en charge psychosociale et le traitement des infections opportunistes.

Ces ressources importantes en addition à celles nationales et à la contribution des partenaires habituels du pays ont permis de développer une approche programmatique reposant sur la définition de normes et procédures pertinentes, la formation du personnel pour leur application et le renforcement des structures et institutions impliquées sous la houlette du PNLIS.

La prise en charge médicale des patients par les antirétroviraux se fait aujourd'hui sur l'ensemble du territoire national dans les 35 districts sanitaires, au niveau des structures publiques et privées. Pour ce faire, il a fallu former près de 500 prestataires médicaux et paramédicaux au traitement des infections opportunistes, à la prescription des ARV et au suivi des patients. Des techniciens de laboratoire ont été également formés ainsi que des pharmaciens, des responsables d'officines et de dépôts de pharmacie à la gestion des médicaments ARV dans toutes les régions sanitaires.

Les médicaments pour le traitement des personnes vivant avec le VIH sont importés et redistribués par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG). Le choix des médicaments à commander se fait avec le comité médical de suivi des PVVIH en collaboration avec le Comité National d'Eligibilité (CNE). Une fois les médicaments réceptionnés, la CAMEG les dispense à travers ses structures décentralisées de gestion auprès des hôpitaux.

L'itinéraire du patient passe par le cabinet de consultation, la sélection par le comité d'éligibilité pour l'accès à un carnet de prestation de soins valable sur toute l'étendue du territoire. Ce carnet personnalise la dispensation des médicaments et facilite le suivi des patients sous ARV. A ce jour, environ 500 personnes sont prises en charge par le budget général de l'Etat et 3 280 par le Fonds Mondial. A ce chiffre s'ajoutent 1 636 personnes qui se prennent elles-mêmes en charge au prix coûtant. Tous ces malades sont enregistrés à la CAMEG depuis 2000. Il faut souligner que ce total (5 416) prend en compte les décédés, les abandons et les perdus de vue.

Le prix du traitement pour les patients subventionnés par l'Etat et le Fonds Mondial est de 1 000 FCFA par mois. Pour les patients non subventionnés, ce prix varie entre 11 500 et 52 760 FCFA par mois.

Près d'une trentaine de structures de soins ont bénéficié des appuis en matériels, réactifs et consommables biologiques pour le suivi des PVVIH sous traitement. Certains laboratoires sont approvisionnés en matériels et en réactifs nécessaires pour les examens para cliniques et le dépistage à tous les niveaux. Actuellement, il existe au moins 6 laboratoires publics de comptage des CD4 à raison d'un pour chaque région sanitaire.

Les médicaments pour la prise en charge des infections opportunistes sont aussi disponibles au niveau des structures de prise en charge. Au total, 408 personnels de

santé ont été formés à la prise en charge des infections opportunistes et au traitement prophylactique. Au total, 4 618 patients bénéficient de ce traitement prophylactique.

Le Gouvernement a renforcé depuis 2003 la promotion du dépistage volontaire du VIH en mettant en place 34 centres de dépistage volontaire sur l'ensemble du territoire national. Cette politique est soutenue par les partenaires au développement.

Il faut noter que tous les districts sanitaires ne sont pas dotés de centres CDVA et qu'il existe des centres CDVA autonomes et des services de dépistage volontaire intégrés<sup>3</sup>.

## **2 Amélioration de la prise en charge psychosociale des PVVIH et des personnes affectées (Familles, orphelins du SIDA)**

Dans le cadre de la prise en charge psychosociale des PVVIH et des personnes affectées, le Ministère de la Santé a multiplié les centres de prise en charge psychosociale.

Les ONG et Associations participent activement à la prise en charge psychosociale des PVVIH sous la coordination du PNLS-IST.

En vue de renforcer la dimension sociale de la prise en charge des PVVIH et de leurs familles, le Ministère de la Santé a, à travers le PNLS-IST, développé des manuels de formation et des guides de prise en charge psychosociale en matière de VIH/SIDA<sup>4</sup>. La situation de la prise en charge des OEV par les ONG/Associations est présentée en annexe 4<sup>5</sup>.

## **3 Observations**

### **Forces**

- ⇒ La prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH a bénéficié d'une mise en place structurée avec l'élaboration des normes et standards, la mise en place des organes de gestion, la formation des personnels et le renforcement des structures ;
- ⇒ La prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH a largement dépassé les espérances initiales ; cependant, seulement une faible proportion des patients éligibles au traitement y ont accès ;
- ⇒ Il existe des documents sur la PEC relatifs aux PVVIH et OEV (infectés ou affectés) mais ceux-ci ne sont pas traduits en politique nationale ;
- ⇒ Le cadre juridique de la lutte contre le VIH/SIDA a été renforcé par l'adoption et la promulgation de la loi portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA.

### **Faiblesses**

- ⇒ Beaucoup de patients ont des difficultés financières à accéder au traitement au prix coûtant ;

<sup>3</sup> Voir la liste des CDVA en annexe 2 (page 98)

<sup>4</sup> Confère annexe 3 (page 99)

<sup>5</sup> Page 100

- ⇒ Il n'existe pas suffisamment de CDVA sur l'ensemble du territoire ;
- ⇒ Les structures de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH sont géographiquement limitées ;
- ⇒ Absence de document de politique nationale de PEC des PVVIH y compris les OEV.

#### **4 Recommandations**

- ⇒ Accroître la subvention des médicaments pour le traitement médical des personnes vivant avec le VIH afin de recruter le maximum de patients ;
- ⇒ Etendre les structures de Conseil Dépistage Volontaire et Anonyme (CDVA) ;
- ⇒ Etendre les structures de PEC médicale et psychosociale pour une meilleure couverture géographique (décentralisation de la dispensation des ARV) ;
- ⇒ Elaborer une politique nationale de prise en charge des PVVIH y compris les OEV ;
- ⇒ Mettre en place une stratégie de prise en charge des OEV ;
- ⇒ Vulgariser la loi portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA ;
- ⇒ Développer le cadre de collaboration et d'expérimentation de la médecine traditionnelle dans la prise en charge du VIH/SIDA.

**Objectif 6**

**Assurer la sécurité transfusionnelle à  
100% sur toute l'étendue du territoire  
national**

## **1 Améliorer la qualité du sang et des produits sanguins**

Il existe un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) basé à Lomé et un centre régional à Sokodé dans la Région centrale qui assurent la collecte, le traitement et la distribution du sang et des produits sanguins. Le CNTS est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

La formation du personnel est une des dispositions primordiales dans le processus de la promotion de bonnes pratiques. Le projet d'intensification de la lutte contre les IST/VIH/SIDA a propulsé l'atteinte de cet objectif en 2004 au Togo. En 2002, lorsque le Togo élaborait sa proposition au Fonds Mondial, seuls 25% des formations sanitaires transfusant n'ont pas connu de rupture de stock en réactifs et consommables. Ce chiffre a connu un accroissement et est passé à 100% en septembre 2004, soit un an après le démarrage de ce projet. Ces données sont restées inchangées en 2005.

Toutes les poches de sang transfusées soit 100% sont systématiquement testées par rapport au VIH. Cet effort reste maintenu. Ceci a eu pour effet la réduction de ruptures de stocks en poches de sang testées au VIH.

Dans le souci d'améliorer les qualités des services, des formations ont été réalisées au profit de 60 personnes du secteur de la transfusion sanguine et 50 techniciens de laboratoire.

La couverture des besoins nationaux en produits sanguins n'est pas atteinte à 100 %. A Lomé, elle est de 85 %.

La pérennisation du secteur de la transfusion sanguine ne peut être effective s'il n'y a ni mobilisation de ressources ni financement du secteur. Au niveau du CNTS, les ressources financières mobilisées s'élèvent à 123 475 900 FCFA.

La subvention de l'Etat s'élève à 55 000 000 FCFA et les recettes faites par le CNTS à 68 475 900 FCFA. A cela s'ajoutent les dons en nature venant des partenaires tels que ADDRA-Togo, le PNUD, le Service de Coopération Française, UE-ADSS, USA ICB. Ces dons se résument en matériels informatiques et accessoires, équipements et consommables de bureau, réactifs et consommables de laboratoire.

Dix prescripteurs ont été formés à l'utilisation rationnelle des produits sanguins conformément à l'objectif formulé dans la proposition du Fonds Mondial.

La transfusion sanguine est intégrée dans le cursus médical de l'ENAM, de l'ESTBA, de l'EAM et de la FMMP. Il existe un registre de mise à jour dans les régions Maritime, Centrale et de la Kara.

**Tableau 12 : Encadrement des donneurs de sang**

N°		CNTS Lomé	CNTS Sokodé
1	<b>Organisation : encadrement des donneurs de sang</b>		
2	Nombre de donneurs de sang en 2005	10 092	2 352
3	Nombre de poches de sang	6 884	3 932
4	Système de conseil pour les donneurs de sang	Non	Oui
5	<b>Fidélisation des donneurs, traçabilité du sang</b>		
6	Programme local d'éducation, de motivation, de recrutement, de fidélisation de donneur de sang	Oui	Oui
7	Collecte mobile (Ecole, Entreprise, places publiques...)	Oui (hebdomadaire)	Non
8	Conservation d'échantillon de sérum/plasma congelé à chaque don pendant 5 ans	Oui	Non
9	Registre de mise à jour	Oui	Oui
10	Réaction d'infections post-transfusionnelles	Non	Non
11	Programme d'assurance qualité	Oui	Oui
12	Contrôle de qualité externe	Oui	Oui

**Source :** Résultats de la revue du Cadre Stratégique National 2001 – 2005 du Togo

**NB :** Toutes les poches livrées par les centres de transfusion sont testées au VIH, VHB, VHC, RPR et TPHA.

## 2 Observations

### Forces

- ⇒ Les capacités des personnels du secteur de la transfusion sanguine ont été renforcées entre 2001 et 2005 ;
- ⇒ Le sang sécurisé est beaucoup plus disponible ;
- ⇒ La qualité des produits sanguins du CNTS a été améliorée grâce à l'acquisition de nouveaux équipements (fractionnement du sang) ;
- ⇒ La Fédération Nationale des Associations de Donneurs Bénévoles a été mise en place.

### Faiblesses

- ⇒ Inexistence d'une politique nationale en matière de sécurité transfusionnelle ;
- ⇒ Couverture insuffisante des besoins en sang sécurisé ;
- ⇒ Insuffisance de couverture en infrastructures et en consommables ;

⇒ Forte dépendance du financement des activités par rapport aux partenaires.

### **3 Recommandations**

- ⇒ Elaborer une politique nationale de la sécurité transfusionnelle ;
- ⇒ Créer de nouveaux centres de transfusion sanguine à l'intérieur du pays ;
- ⇒ Augmenter progressivement la subvention de l'Etat au secteur de la sécurité transfusionnelle ;
- ⇒ Renforcer la promotion du don de sang dans la population active ;
- ⇒ Développer des stratégies de fidélisation des donneurs de sang.

**Objectif 7**

**Prévenir la transmission sanguine du  
VIH/SIDA en milieu de soins et au cours  
des pratiques traditionnelles**

## **1 Renforcement de la prévention du VIH en milieu des soins**

Les prestataires de soins notamment ceux des cliniques de planification familiale, des blocs chirurgicaux et des maternités ont été formés sur les règles d'hygiène en milieu hospitalier. Ces formations appelées encore "cours de formation en technique de prévention des infections" financées par la GTZ, l'UNFPA et le Projet SFPS, donnent des notions sur les barrières de protection, le traitement du matériel réutilisable souillé de sang et surtout sur l'élimination des déchets hospitaliers.

Aujourd'hui l'utilisation des barrières de protection avant toute intervention invasive est de règle dans les structures de soins. Il en est de même pour les seringues à usage unique (vaccinations, injections en soins curatifs. etc.).

Pour accroître l'accessibilité aux produits de désinfection, des unités de production d'eau de javel à 0,5% sont mises en place dans les régions avec l'appui de la GTZ et de l'UNFPA.

Des incinérateurs sont construits pour l'élimination des déchets solides.

Un module de formation sur la prise en charge médicale des PVVIH a intégré la prise en charge des accidents d'exposition au sang. Ainsi des affiches sont disponibles dans les structures de soins privées comme publiques pour expliquer la conduite à tenir.

En cas d'exposition, le traitement par les ARV est gratuit.

## **2 Amélioration de la réduction de la transmission du VIH au cours des pratiques traditionnelles**

Les initiatives sont en cours pour prendre en compte la prévention du VIH lors des pratiques traditionnelles (formation des tradipraticiens, sensibilisation et information des chefs traditionnels, contribution des médias dans la diffusion des messages).

## **3 Observations**

### **Forces**

- ⇒ La prévention des infections en milieu de soins est pratiquée dans la plupart des formations sanitaires ;
- ⇒ L'eau de javel est disponible à moindre coût dans les régions ;
- ⇒ Les directives pour la PEC des accidents d'exposition au sang sont disponibles ;

### **Faiblesses**

- ⇒ La sensibilisation sur la prévention des infections ne couvre pas tous les praticiens traditionnels de la circoncision, de la scarification, etc. ;
- ⇒ Le personnel médical n'est pas suffisamment sensibilisé à la prévention ;
- ⇒ Le mécanisme de prise en charge des cas exposés au risque n'est pas encore opérationnel.

#### **4 Recommandations**

- ⇒ Systématiser la sensibilisation sur la prévention du VIH/SIDA découlant des pratiques traditionnelles ;
- ⇒ Etendre la prévention de l'infection à VIH en milieu de soins à toutes les structures publiques et privées ;
- ⇒ Renforcer le mécanisme de prise en charge d'accidents d'exposition au sang ;
- ⇒ Former les tradithérapeutes sur les bonnes pratiques de prévention en matière de VIH.

**Objectif 8**

**Améliorer la surveillance du  
VIH/SIDA/IST couplée avec la  
surveillance comportementale**

## 1 Amélioration de la notification des cas de SIDA et d'IST

De 2001 à 2005, la notification des cas de Sida et des IST s'est améliorée avec :

- l'élaboration des normes et procédures en matière de diagnostic et de collecte des cas de Sida et des IST ;
- la mise en place d'un circuit de collecte et de diffusion de l'information ;
- la disponibilité des outils de collecte pour les différentes pathologies ;
- l'amélioration de l'analyse des données et la formation des personnels de santé au diagnostic et à l'utilisation des outils de collecte.

A titre d'exemple, le programme a connu une notification régulière des cas d'IST de 2003 à 2005 comme l'indique le tableau ci-dessous.

**Tableau 13 : Cas d'IST notifiés de 2003 à 2005**

N°	Régions Sanitaires	2003	2004	2005
1	Lomé Commune	4129	5072	4362
2	Maritime	5928	7305	7507
3	Plateaux	5697	8159	9556
4	Centrale	3345	3538	6795
5	Kara	3534	4061	7101
6	Savanes	4347	3929	6009
7	<b>Total</b>	<b>26 980</b>	<b>32 064</b>	<b>41 330</b>

*Source : PNLS-IST*

## 2 Renforcement de la surveillance de l'infection à VIH

Le nombre de sites pour la surveillance sentinelle est passé de 10 en 2000 à 33 en 2005 avec une extension en zone rurale et un accroissement de l'effectif des femmes enrôlées. Les activités de sérosurveillance ont bénéficié de l'appui des partenaires et des fonds propres de l'Etat pour l'approvisionnement en réactifs et consommables, la formation du personnel et la mise à jour des protocoles.

Des enquêtes sur des populations spécifiques ont été régulièrement menées pour une meilleure description du paysage épidémiologique du VIH/SIDA au Togo notamment :

- l'enquête de séroprévalence du VIH chez les militaires en 2002 ;
- l'enquête de surveillance des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des TS et leurs partenaires masculins à Lomé en 2003 et en 2005 ;
- l'enquête de surveillance de seconde génération sur le suivi de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des TS en 2005 ;

- l'enquête de prévalence du VIH chez les tuberculeux en 2005.

### **3 Mise en place de la surveillance comportementale**

En matière de surveillance comportementale, des efforts importants ont été faits pour mieux cerner les connaissances, croyances, attitudes et comportements par rapport au VIH/SIDA/IST, notamment à travers la réalisation de plusieurs études/enquêtes<sup>6</sup>.

### **4 Observations**

#### **Forces**

- ⇒ Disponibilité de certaines données sur le comportement des groupes spécifiques à partir des enquêtes transversales ;
- ⇒ La stratégie de collecte de données des sites sentinelles existe ;

#### **Faiblesses**

- ⇒ Les données des sites sentinelles ne sont pas disponibles pour chaque année ;
- ⇒ Le système de surveillance comportementale ne couvre pas l'ensemble des groupes spécifiques ;
- ⇒ Certaines études de surveillance de comportement ont été menées par différents acteurs sans coordination ;
- ⇒ Inexistence d'une unité de coordination de la surveillance épidémiologique et comportementale au sein du CNLS ;

### **5 Recommandations**

- ⇒ Faire le plaidoyer pour disposer de fonds pour la réalisation périodique des études ;
- ⇒ Coordonner et harmoniser la réalisation des études comportementales en vue d'une meilleure efficacité et couverture des cibles ;
- ⇒ Mettre en place une unité de coordination de la surveillance épidémiologique au sein du SP/CNLS-IST.
- ⇒ Renforcer les capacités institutionnelles de l'Unité de surveillance épidémiologique du PNLIS ;
- ⇒ Mettre en place des unités de surveillance comportementale dans les autres secteurs.

---

<sup>6</sup> Voir tableau des recherches (pages 64 et 65)

**Objectif 9**

**Promouvoir la recherche  
opérationnelle et fondamentale en  
matière de l'infection à VIH/SIDA au  
Togo**

## 1 Recherches opérationnelles et fondamentales effectuées en matière de l'infection à VIH/SIDA au Togo

A ce jour, le SP/CNLS-IST ne dispose pas d'une unité de coordination en matière de recherches sur le VIH/SIDA. Néanmoins, certains acteurs, dans le cadre de leurs projets spécifiques, ont mené des activités de recherches dont les principales sont les suivantes :

- ⇒ *Etude qualitative auprès des routiers de l'axe corridor Abidjan-Lagos sur les conditions de travail et les comportements sexuels relatifs au VIH/SIDA réalisée par PSI et l'Association Togolaise pour le Marketing social (ATMS) ;*
- ⇒ *Etude sur l'acceptabilité du condom féminin par les TS et routiers sur l'axe Lomé-Cinkassé, réalisée en 2001 par l'URD pour le compte du Projet SFPS ;*
- ⇒ *Etude du comportement sexuel, face au VIH/SIDA, des collégiens et lycéens au Togo par le Groupe d'Action et de solidarité pour le Développement ;*
- ⇒ *Analyse approfondie des facteurs de risque pour les jeunes apprentis en rapport avec la prostitution réalisée en 2001 dans les 5 régions économiques du pays avec l'appui de l'ONUSIDA, de l'OMS et du PNUD ;*
- ⇒ *Etude des connaissances, attitudes et pratiques en matière des IST/VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe sur l'axe routier Lomé-Cinkassé par PSI en 2004 ;*
- ⇒ *Etude sur la connaissance, l'attitude et le comportement des jeunes gens et des jeunes filles de 15 à 24 ans du Togo vis-à-vis du VIH/SIDA et des IST réalisée en 2003 par la Direction de la Planification de la Population (DPP) au Ministère de l'Economie et des Finances ;*
- ⇒ *Enquête opérationnelle sur « Information, comportement et attitudes des populations face au SIDA » dans la Région Centrale, réalisée par la Croix-Rouge Togolaise en 2003 ;*
- ⇒ *Les deux enquêtes de surveillance des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des TS et leurs partenaires masculins évoquées au chapitre précédent et réalisées en 2003 et 2005 par le Projet SIDA3 et le PNLS-IST ;*
- ⇒ *Une enquête CAP en matière de prévention du VIH auprès des jeunes de 15 à 24 ans, réalisée en Décembre 2005 par l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l' Université de Lomé pour le compte du CNLS-IST dans le cadre de l'évaluation des indicateurs de base UNGASS ;*
- ⇒ *Etudes sur les connaissances et pratiques culturelles en matière de VIH/SIDA en milieu rural au Togo, réalisées spécifiquement en 2005 dans chacune des 5 régions économiques du pays (Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes) dans le cadre du Projet PSI/Fonds Mondial. Un rapport de synthèse des 5 études a également été élaboré ;*
- ⇒ *Evaluation de la prise en charge thérapeutique des PVVIH par les ARV au Togo réalisé par le PNLS-IST en 2005 ;*
- ⇒ *Etude sur l'emploi du phénomène de la prostitution et ses zones de concentration dans les régions Lomé Commune et Maritime du Togo réalisée par PNLS-IST et SIDA3/ACDI en 2002 ;*
- ⇒ *Mapping des environnements prostitutionnels dans la région des Savanes du Togo et la Province de Boulgou au Burkina Faso réalisé par PNLS-IST et SIDA3/ACDI en 2003 ;*
- ⇒ *Mapping des environnements prostitutionnels dans la région de la Kara du Togo réalisé par PNLS-IST et SIDA3/ACDI en 2003 ;*
- ⇒ *Mapping des environnements prostitutionnels dans la région des Plateaux du Togo réalisé par PNLS-IST et SIDA3/ACDI en 2004 ;*
- ⇒ *Evaluation du micro projet « Promotion de la santé sexuelle des travailleuses de sexe mineures et des adolescentes en risque de prostitution par une prise en charge effective » faite par SIDA3 en 2005 ;*

- ⇒ *Protocole d'enquête sur le suivi de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels des TS et leurs partenaires masculins au Togo en 2005 par le PNLIS-IST, le Fonds Mondial et ONUSIDA ;*
- ⇒ *Rapport d'étude et de suivi du produit VIRALGIC du PNLIS-IS, 2005 ;*
- ⇒ *Rapport d'étude : lien entre l'usage de drogues et l'infection VIH/SIDA au Togo, PNLIS-IST/OMS/CNAD, 2004 ;*
- ⇒ *Enquête de la surveillance de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des travailleuses de sexes et leurs partenaires masculins à Lomé, PNLIS-IST/SIDA3, 2003 ;*
- ⇒ *Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière des IST/VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe sur l'axe routier Lomé-Cinkassé, Projet Soeur à Soeur, PSI-TOGO, 2004 ;*
- ⇒ *Etude sur les connaissances et pratiques culturelles en matière de VIH/SIDA en milieu rural : région Maritime, PSI-TOGO, 2005 ;*
- ⇒ *Etude sur l'état des lieux de la situation des femmes et leurs rapports hommes/femmes dans les milieux d'intervention de SIDA 3 au Togo, SIDA3/ACDI, 2004 ;*
- ⇒ *Etude sur la sensibilité des germes de Neisseria Gonorrhoeiae, SIDA3/ACDI, 2003 ;*
- ⇒ *Evaluation de la qualité de la prise en charge des IST et de la disponibilité des médicaments anti IST ; SIDA3/ACDI, 2003 ;*
- ⇒ *Quatre études de focus groupes réalisées en 2005 par le Projet PSI/Fonds Mondial auprès :*
  - *des jeunes pour le développement d'un site Web et d'un magazine ;*
  - *des douaniers sur les connaissances et croyances relatives au VIH/SIDA ;*
  - *de la population générale sur les déterminants de la fréquentation des centres de conseil et de dépistage volontaire et anonyme.*

## 2 Observations

### Force

- ⇒ Il existe des études réalisées dans certains domaines.

### Faiblesses

- ⇒ Il n'existe pas de plan de recherche ;
- ⇒ Toutes ces recherches ont été menées sans l'implication du SP/CNLS-IST ;
- ⇒ Les commissions scientifique et d'éthique ne sont pas mises en place.

## 3 Recommandations

- ⇒ Elaborer un plan national de recherche sur le VIH/SIDA ;
- ⇒ Faire les plaidoyers pour la mobilisation des ressources en faveur de la recherche ;
- ⇒ Rendre fonctionnelles les commissions scientifique et d'éthique ;
- ⇒ Renforcer la collaboration sous régionale et internationale en matière de recherche.

**Objectif 10**

**Réduire la transmission sexuelle du  
VIH/SIDA de 25% chez les jeunes de  
10 à 24 ans d'ici 2005**

## 1 L'enseignement sur le VIH/SIDA/IST dans les écoles primaires, secondaires et en milieu universitaire

Encadrés par des enseignants superviseurs, environ 100 clubs anti-SIDA ont été installés dans des établissements scolaires depuis 2003. Ils sont animés par un réseau de 4 160 pairs éducateurs qui ont mené près de 300 000 causeries éducatives.

Pour leur fonctionnement, ces clubs anti-SIDA ont été dotés de matériels audio visuels grâce à l'appui financier de différents partenaires.

**Tableau 14 : Répartition des clubs antisida et des matériels IEC en milieu scolaire par région, 2004-2005**

N°	Régions	2005 Clubs anti SIDA	Matériel IEC reçu
1	Lomé Commune	13	8 TV + 8 magnétoscopes
2	Maritime	11	7 TV + 7 magnétoscopes
3	Plateaux	35	17 TV + 17 magnétoscopes
4	Centrale	10	7 TV + 7 magnétoscopes + 121 cassettes vidéo
5	Kara	19	13 TV + 13 magnétoscopes
6	Savanes	12	8 TV + 8 magnétoscopes
7	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>60 TV + 60 magnétoscopes + 121 cassettes vidéo + 20 mégaphones</b>

**Source :** Résultats de la revue du Cadre Stratégique National 2001 – 2005 du Togo

A l'Université de Lomé, 9 associations estudiantines de lutte contre le VIH/SIDA travaillent dans le domaine de la sensibilisation sur la prévention du VIH. Les activités de ces associations sont coordonnées par le Comité de Lutte anti-SIDA de l'Université de Lomé (CLAS/UL) installé officiellement en décembre 2005.

L'enseignement du VIH/SIDA est introduit dans près de 500 établissements scolaires des enseignements général et technique. Au total, 1 594 enseignants ont été formés et sont encadrés par 81 enseignants et inspecteurs superviseurs grâce à l'appui de l'UNFPA, l'UNICEF, Plan Togo et le Fonds Mondial.

Des curricula de formation et des guides de formation ont été élaborés et distribués pour faciliter l'enseignement du VIH/SIDA. Ainsi, jusqu'à fin décembre 2005, 11 200 guides et curricula imprimés sont disponibles dans toutes les régions et dans les établissements ayant intégré le VIH dans leur programme d'enseignement.

## 2 Réduction de la fréquence des rapports sexuels non protégés chez les jeunes et leurs partenaires

De nombreuses études ont été entreprises sur la connaissance du VIH/SIDA et les comportements des jeunes face à l'épidémie. Ces études ont montré que :

- les jeunes en milieu urbain ont un accès satisfaisant à l'Internet et souhaitent y recourir pour l'information sur le VIH/SIDA et les IST ;
- les jeunes savent que le préservatif permet d'éviter le SIDA, les IST et les grossesses non désirées et ils ont une bonne connaissance de son utilisation ;
- la majorité des jeunes estiment ne courir aucun risque de contracter le SIDA ;
- de plus en plus de jeunes utilisent des préservatifs au cours de rapports sexuels occasionnels.

Des structures d'éducation et d'animation en faveur des jeunes en milieu extrascolaire ont été renforcées grâce à l'appui de l'UNFPA et du Fonds Mondial : il s'agit d'un Centre Rural d'Activités Socio-Educatives (CRASE) et de 30 Secteurs d'Activités Socio-Educatives (SASE) sur l'ensemble du territoire. Dans ces centres, la sensibilisation et l'éducation des jeunes se fait à travers des projections de films et/ou des causeries éducatives. A ce titre, en 2004, ces centres ont été dotés de 18 postes téléviseurs, de 18 magnétoscopes, de 18 régulateurs, de 6 groupes électrogènes et des cassettes audio visuelles.

Par ailleurs, trois lignes vertes téléphoniques ont été installées avec l'aide des sociétés TOGOTELECOM, TOGOCEL et TELECEL. Ces lignes vertes sont gérées et animées par trois (03) ONG (ATBEF, EVT et CACIEJ).

***Les trois (03) numéros verts sont les suivants***

- ⇒ ***150 ou 933 50 50 (TOGOCEL)***
- ⇒ ***949 51 51 (TELECEL)***
- ⇒ ***800 50 50 (TOGOTELECOM)***

Les appels des clients sont gratuits grâce à l'effort commercial consenti par les trois (03) opérateurs.

Un centre de documentation et d'information équipé d'ordinateurs avec accès à l'Internet a été ouvert à Lomé en décembre 2005 par l'ATBEF avec la collaboration du Ministère de la Jeunesse et des Sports et du PNUD. La Division de la Santé Familiale (DSF) du Ministère de la Santé a pour sa part créé quatre (04) centres de conseil et d'écoute pour jeunes et adolescents.

L'accessibilité des jeunes aux préservatifs a été améliorée depuis 2002 par l'accroissement du nombre des clubs antisida et du réseau des pairs éducateurs.

Les radios de proximité à travers leurs émissions en direction des jeunes contribuent dans une grande mesure à la sensibilisation et au changement de comportement.

### **3 Accroissement des services de prise en charge de la santé des jeunes et adolescents et leur accessibilité.**

Outre les services cités plus haut, une expérience d'aménagement d'un « espace » pour la prise en charge des IST chez les jeunes est conduite par PSI et SFPS dans des établissements scolaires. Les élèves porteurs d'IST sont orientés par les pairs

éducateurs dans ces structures où des personnels formés à l'écoute des jeunes leur procurent conseils et traitements appropriés.

## **4 Observations**

### **Forces**

- ⇒ Les curricula ont été élaborés pour le second degré ;
- ⇒ Les curricula sont en cours d'élaboration pour le premier degré ;
- ⇒ L'enseignement du VIH est effectif dans environ 500 établissements secondaires ;
- ⇒ Des activités de prévention ont été menées au profit des jeunes en milieu scolaire et extrascolaire.

### **Faiblesses**

- ⇒ Faible couverture de l'enseignement du VIH des établissements de tous les degrés d'enseignement ;
- ⇒ Le milieu universitaire est mal couvert par les activités de prévention ;
- ⇒ Insuffisance des activités de prévention au profit des jeunes en milieu scolaire et extrascolaire.

## **5 Recommandations**

- ⇒ Etendre l'enseignement du VIH/SIDA à tous les degrés et secteurs d'éducation ;
- ⇒ Renforcer les activités de prévention au profit des jeunes en milieu scolaire et extrascolaire ;
- ⇒ Renforcer les activités de prévention du VIH/SIDA et des IST en milieu universitaire par la disponibilité d'un plan sectoriel de lutte contre le SIDA et les IST ;
- ⇒ Elaborer une stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA en milieu jeune ;
- ⇒ Renforcer les activités de prévention au profit des jeunes en milieu carcéral.

**Objectif 11**

**Réduire de façon significative la  
prévalence des IST/VIH/SIDA chez les  
femmes, d'ici 2005**

## 1 Réduction de la prévalence du VIH/SIDA/IST chez les femmes

Le dynamisme socioéconomique des femmes est tel que le gouvernement togolais n'a pas hésité de lui octroyer la place qui est la sienne à travers des programmes de développement prônant exclusivement la femme. L'atteinte d'un développement durable par la femme a nécessité la mobilisation de partenaires en développement dans le processus.

Dans le cadre de la promotion de la femme, les partenaires au développement ont initié dans toutes les régions du Togo des AGR en faveur des femmes infectées ou affectées par le VIH/SIDA. 1 533 femmes ont bénéficié de ressources nécessaires sur financement du Fonds Mondial en 2005 au titre de l'appui à l'amélioration de leur statut socioéconomique notamment en matière d'AGR.

Nombre d'organisations à base communautaire participent à la lutte contre la propagation de la pandémie du VIH en s'inspirant d'une des stratégies de promotion des initiatives privées du CSN. A cet effet, elles ont mis en place des mutuelles d'épargne et de crédit pour faciliter l'autonomie financière des femmes surtout. On peut citer en exemple le recrutement par certaines ONG d'un personnel chargé d'identifier, d'étudier la faisabilité et de former les bénéficiaires aux AGR. Il n'a pas été possible de les quantifier par associations. Les différents rapports de ces ONG mentionnent clairement l'exécution des activités liées aux AGR.

Des programmes sectoriels de santé de la reproduction ont été mis en œuvre en mettant l'accent sur l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services afférents par le renforcement de capacités des formations sanitaires. Ainsi, les partenaires au développement tels que l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS ont contribué à équiper 539 formations sanitaires en matériels SR<sup>7</sup>.

Cet appui vient renforcer le gouvernement togolais qui, faisant de la femme une préoccupation majeure de sa politique au vu de l'apport et de la place de celle-ci dans le circuit socio-économique, a mené de nombreuses actions qui ont consisté à réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Il s'est agi pour l'essentiel de la formation des agents à l'utilisation du partogramme et à l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, du renforcement du programme élargi de vaccination en VAT pour l'immunisation des femmes enceintes, de l'élargissement de la gamme des moyens contraceptifs y compris la contraception d'urgence et les préservatifs féminins, la reconversion des exciseuses, etc.

La promotion de la femme a nécessité des actions de plaidoyer en faveur de la lutte pour la protection de celle-ci contre toute forme de violences sexuelles (viol, mutilation génitale, etc.). Dans ce domaine, la justice togolaise ne lésine pas sur l'application rigoureuse de la loi en matière de protection de la jeune fille. Les partenaires, telle que l'UNFPA très sensible à la vulnérabilité de la jeune fille, ont renforcé les capacités institutionnelles de la direction générale de la promotion féminine et de quelques ONG afin de mieux coordonner les activités de lutte contre les violences. Ainsi des agents de l'administration publique et autres ONG ont activement été sensibilisés à la promotion de la lutte contre les mutilations génitales.

---

<sup>7</sup> Ministère de l'Economie, des Finances et des Privatisations, Evaluation décennale de la mise en œuvre du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, (CIPD + 10), Rapport national du TOGO, décembre 2003, P. 42

Dans le souci de renforcer le cadre institutionnel et juridique de la femme compte tenu de son implication socio-économique au développement humain durable, le gouvernement, se situant dans la logique de la Conférence du Caire, a élaboré en 2001 « un document de référence permettant aux magistrats d'analyser l'évolution de la coutume par rapport au droit moderne en vue d'un jugement objectif et moins préjudiciable à la femme »<sup>8</sup>. Un répertoire des Lois et règlements en faveur de l'égalité des sexes au Togo a été élaboré en 2001. Le code des personnes et de la famille serait en cours de révision de manière à redonner aux citoyens togolais les mêmes droits et les soumettre aux mêmes devoirs sans distinction de sexe. Un certain nombre de restructurations ont été apportées au niveau institutionnel afin de permettre à la femme de mieux se faire valoir ; à ce sujet, un mécanisme chargé de la promotion de la femme a été érigé en direction générale dotée de 3 directions techniques qui sont la direction du statut juridique de la femme, la direction de la coopération, de la promotion des activités économiques de la femme et de l'organisation des communautés de base et la direction de l'éducation et de la formation de la femme et de la fille.

En matière de sensibilisation à la protection des droits de l'homme en général y compris ceux des PVVIH en particulier et vu que la protection des droits de l'homme constitue une pierre angulaire de la lutte contre le VIH/SIDA, la Commission Nationale des Droits de l'Homme du Togo a entrepris en 2004 avec l'appui du CNLS-IST des activités portant sur « rencontres d'échanges sur la question liée aux droits de l'homme et le VIH/SIDA dans nos milieux » d'une part et un séminaire de formation sur la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA<sup>9</sup>. Ces activités ont non seulement permis à cette institution de clarifier et vulgariser un certain nombre de concepts liés à la problématique, mais aussi de réaffirmer sa position en matière de protection des droits de l'homme sans exclusive. L'implication d'une telle institution dans le suivi dans l'application des textes relatifs à la protection des droits contribuera évidemment à améliorer les conditions de vie des groupes vulnérables.

Elle a interpellé à cet effet l'Etat à promouvoir et généraliser cette protection par le biais des instruments auxquels il est membre. Joignant l'acte à la parole, l'Etat togolais a fait voter par son parlement le 2 décembre 2005 la loi n° 2005 – 012 portant protection des personnes dans le contexte du VIH/SIDA qui a été promulguée le 14 décembre de la même année.

## **2 Réduire de 76% à 50% le taux d'analphabétisme chez la femme**

Le taux d'analphabétisme chez les femmes est passé de 76 % en 2001 à 62 % en 2004. Ce qui reste encore élevé par rapport aux attentes.

Cependant, dans le domaine de l'éducation des jeunes filles il y a eu des avancées. Ceci a eu pour conséquence la hausse du taux de scolarisation chez les jeunes filles qui est passé de 61,3% en 2000, à 74,3% en 2002 même si le déséquilibre est toujours constaté entre les garçons et les filles scolarisés, et entre les milieux urbain et rural.

Il ressort de la documentation<sup>10</sup> de PSI relative au projet « Petite sœur à sœur » que des activités ont été menées entre 2004 et 2005 en vue de donner plus d'autonomie aux

---

<sup>8</sup> Idem

<sup>9</sup> Commission nationale des droits de l'homme, TOGO, Rapport d'activités 2004

<sup>10</sup> PSI, The little sister project, improving the well-being of adolescent sex workers, Lomé \* Togo, Annual report \* Year April 2004 – March 2005, CSCF 296

travailleuses de sexe et prendre conscience de leur droit d'autodétermination en matière de santé, de sécurité et d'égalité de traitement. Au démarrage du projet, des activités de sensibilisation de masse avaient été réalisées à l'intention des jeunes filles afin de les familiariser à un certain nombre de sujets tabous notamment sur la problématique relative au dépistage volontaire et au conseil pré et post test d'une part et à l'accès équitable des femmes dans la prise de décision au niveau familial. A ce sujet, un centre de jeunes a été construit pour l'éducation des jeunes filles en l'occurrence les travailleuses de sexe. Ce programme a généré des changements remarquables auprès de ces jeunes filles en leur donnant plus d'autonomie d'expression et de confiance en soi. Des stratégies de gestion financière et de création d'activités génératrices de revenus leur ont été enseignées au cours des formations organisées à leur intention.

Des ONG et associations locales participent, avec l'appui financier de PSI, à l'insertion socioprofessionnelle des jeunes filles notamment les travailleuses de sexe ; celles-ci pour la majorité des cas sont inscrites dans des structures de formation notamment la coiffure et la couture. Dans ce centre, des séances de sensibilisation y sont organisées par le biais d'une clinique interne pour susciter chez celles-ci plus d'intérêt aux questions relevant de la santé de la reproduction.

### **3 Réduction des pratiques et comportements à risque de transmission du VIH/SIDA/IST chez les femmes**

La disponibilité des préservatifs était garantie afin de prémunir les jeunes filles des situations ou comportements sexuels à risque.

Ainsi, on peut estimer, durant la période de 3 années qu'a duré le projet<sup>11</sup> PSI « Sœur à sœur », à 45 000 préservatifs féminins de nom « Protectiv » distribués contre 685 000 condoms masculins. Ceci a permis d'estimer à plus de 97 % le nombre de travailleuses de sexe affirmant avoir utilisé le préservatif masculin. En revanche, très peu de TS se sont protégées à l'aide de préservatifs féminins lors du dernier rapport sexuel.

En outre, à l'évaluation du projet, 92% des travailleuses de sexe ont affirmé avoir une fois vu le préservatif féminin et sont en mesure de démontrer correctement et efficacement son mode d'utilisation. Ces estimations dénotent de la forte promotion de l'utilisation des préservatifs féminins et masculins chez les travailleuses de sexe. Cependant, il faut noter que ces études ont la faiblesse de se limiter seulement aux travailleuses de sexe ; elles ne prennent pas en compte la grande majorité des femmes.

Dans le cadre des activités relatives au projet OHP/FAT<sup>12</sup>, des activités de sensibilisation de masse ont été menées en collaboration avec les épouses des militaires et soldats sur des thèmes relatifs à la prise en charge des IST et au dépistage volontaire et anonyme du VIH/SIDA offerts par les services de santé militaires. Au cours de la phase d'exécution de ce projet, elles ont manifesté un grand intérêt pour la communication pour un changement de comportement ; cet intérêt se justifie par la vente de préservatifs féminins estimée à plus de 8 923 contre 452 550 préservatifs masculins. Le rapport indique que plus de 75% des épouses de militaires et soldats ont participé à des causeries relatives à la problématique du VIH/SIDA durant les trois derniers mois précédant l'étude. Il s'agit pour cet objectif, i) d'améliorer le statut socio-économique de la femme de 2001 à 2005

<sup>11</sup> PSI, Rapport d'évaluation de « The sister to sister project », 1<sup>er</sup> septembre 2000 au 31 mars 2004, septembre 2004.

<sup>12</sup> PSI, HIV/AIDS : Prevention for the the Togolese Armed Forces : Opération Haute Protection Forces Armées Togolaises (OHP – FAT), 2<sup>nd</sup> annual report, February 2004.

par le renforcement de son autonomie financière, l'amélioration de son statut juridique (en matière de droit successoral, des violences etc.), l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables (portefaix, domestiques, apprentis etc.), ii) de réduire de 76% à 50% le taux d'analphabétisme chez la femme de 2001 à 2005 par l'adaptation des programmes d'alphabétisation aux besoins des bénéficiaires, le renforcement des compétences des formateurs alphabétiseurs, la redynamisation et ou le renforcement des structures d'alphabétisation fonctionnelles, iii) de minimiser les pratiques et comportements à risque de transmission VIH/SIDA/IST chez les femmes par la promotion de l'utilisation des préservatifs (féminin, masculin), la prise en charge correcte des cas d'IST, le plaidoyer pour l'élaboration des textes (lois réglementant les pratiques à risque : lévirat, sororat) et par la promotion de conseils pré-nuptiaux y compris le dépistage volontaire du VIH.

#### **4 Observations**

##### **Forces**

- ⇒ Il existe des activités développées à l'endroit des TS, cible la plus touchée par l'épidémie ;
- ⇒ Il existe un encadrement de certains groupes vulnérables tels que les portefaix, les domestiques, les apprenties, les séropositives dans le domaine des IST/VIH/SIDA ;
- ⇒ Il existe un projet de révision du code togolais des personnes et de la famille et du statut juridique de la femme.

##### **Faiblesses**

- ⇒ Le suivi des interventions de prévention du VIH/SIDA et des IST chez les femmes est insuffisant ;
- ⇒ Faible taux d'alphabétisation des femmes ;
- ⇒ Difficulté d'accès des femmes aux crédits.

#### **5 Recommandations**

- ⇒ Elaborer et mettre en œuvre une stratégie sectorielle de lutte contre le Sida chez les femmes ;
- ⇒ Renforcer le suivi des interventions de prévention du VIH/SIDA et des IST chez les femmes ;
- ⇒ Intensifier la lutte contre l'analphabétisme et la pauvreté dont sont victimes les femmes ;
- ⇒ Faciliter l'accès aux crédits au profit des femmes en particulier les portefaix, les domestiques les apprenties etc. dans la promotion des AGR ;
- ⇒ Accélérer le processus de révision du Code Togolais des Personnes et de la Famille et du statut juridique de la femme.

**Objectif 12**

**Réduire la transmission verticale du  
VIH/SIDA de la mère à l'enfant de 35%  
à 15% au moins**

## **1 Réduction du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant de 35% à 15%**

L'application de cette décision a démarré en 2002 par la mise en oeuvre du projet de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) dans le district sanitaire de Zio avec l'appui de l'UNICEF. Après une année de mise en oeuvre, le projet a été étendu progressivement à quelques districts sanitaires.

La mise en place de la PTME a requis l'énoncé de normes et procédures avec l'élaboration et la diffusion du guide national de formation en PTME, du guide national pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Des formations ont été organisées à l'attention du personnel médical et paramédical pour la prise en charge des femmes enceintes et de leurs nouveaux-nés selon les directives nationales y compris dans l'application du protocole de la Névirapine.

La promotion du dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes et leurs partenaires a donné lieu à l'élaboration d'un plan national de communication sur la PTME et à des activités de sensibilisation. Des conseils sont prodigués à toutes les femmes enceintes et/ou aux couples.

A ce jour, la PTME est appliquée dans 34 sites répartis dans 13 districts sanitaires. Les sites PTME sont localisés dans les maternités ou les sites de Protection Maternelle et Infantile<sup>13</sup>.

De 2002 à 2005, plus de 40 000 femmes enceintes reçues en consultation prénatale (CPN) ont bénéficié de conseils et de causeries éducatives ; parmi elles le tiers a accepté de faire le test et retirer les résultats.

---

<sup>13</sup> Voir annexe 5 (page 101)

**Tableau 15 : Données relatives aux femmes enceintes dans le cadre de la PTME, 2002 à 2005**

N°	Données	Année 2002 (2 sites dans 1 district)	Année 2003 (10 sites dans 5 districts)	Année 2004 (15 sites dans 7 districts)	Année 2005 (34 sites dans 13 districts)
1	Nombre de causeries sur la PTME	-	1 367	1 286	6 907
2	Nombre de femmes reçues en CPN1 dans ces sites	4 218	7 681	11 971	17 585
3	Nombre de femmes ayant reçu le conseil pré test	1 560	6 245	9 511	17 516
4	Nombre de femmes ayant fait le dépistage du VIH après le conseil pré test	564	2 950	4 788	9 853
5	Nombre de femmes dépistées séropositives	37	166	345	862
6	Nombre de femmes reçues en post test	1 107	2 387	3 023	6 795
7	Nombre de femmes séropositives au VIH ayant reçu la névirapine	23	79	137	720
8	Nombre de femmes séropositives ayant accouché	17	57	351	409
9	Nombre de femmes séropositives ayant accouché sous névirapine	11	36	152	314

**Source :** PNLS-IST

De 2002 à novembre 2005, 635 enfants sont nés de mères séropositives parmi lesquelles 509 ont reçu de la Névirapine. Au total 41 enfants âgés de 18 mois de mères séropositives ont été dépistés dont 36 sont séronégatifs.

**Tableau 16 : Données relatives aux enfants nés de mères séropositives, 2002 à 2005**

N°	Données	Année 2002 (2 sites dans 1 district)	Année 2003 (10 sites dans 5 districts)	Année 2004 (15 sites dans 7 districts)	Année 2005 (34 sites dans 13 districts)
1	Nombre d'enfants nés de femmes séropositives	17	43	217	378
2	Nombre d'enfants nés de femmes séropositives ayant reçu de la névirapine	09	43	180	358
3	Nombre d'enfants sous Allaitement Maternel Exclusif (AME)	13	40	161	247
4	Nombre d'enfants sous lait artificiel	02	03	36	113
5	Nombre d'enfants suivis	07	42	99	471
6	Nombre d'enfants connaissant leur statut sérologique à 18 mois	-	02	06	41
7	Nombre d'enfants dépistés négatifs à 18 mois	-	-	05	36
8	Nombre d'enfants sous cotrimoxazole	-	-	-	512
9	Nombre d'enfants sous ARV	-	-	12	41

**Source :** PNLIS-IST

## 2 Observations

### Forces

- ⇒ Le nombre de formations sanitaires offrant des prestations en PTME est passé d'un site en 2002 à 34 sites en 2005 ;
- ⇒ Le nombre de femmes reçues en CPN 1 et qui bénéficient des prestations en matière de PTME a quadruplé en quatre ans de mise en application du programme, passant de 4 218 femmes en 2002 à 17 585 femmes en 2005 ;
- ⇒ Le taux de recrutement des femmes enceintes en counseling pré test a été amélioré de 2002 à 2005 passant de 37 % à 99,61 %<sup>14</sup> dans les zones d'intervention ;

<sup>14</sup> Taux de recrutement = nombre de femmes enceintes reçues en counseling pré test sur population de nouvelles femmes enceintes en CPN.

- ⇒ Le dépistage du VIH est de plus en plus accepté par les femmes enceintes reçues en conseil pré test (56 % en 2005 contre 36 %<sup>15</sup> en 2002) ;
- ⇒ 90 % des enfants nés de mères séropositives ont reçu leur dose d'antirétroviral prophylactique.

### **Faiblesses**

- ⇒ La couverture géographique en site PTME est encore faible eu égard aux possibilités d'utilisation de la CPN ;
- ⇒ L'acceptation du dépistage volontaire par les femmes enceintes bien qu'améliorée, reste encore faible (une femme conseillée en pré test sur 2) ;
- ⇒ Le plan d'extension de l'offre de soins en PTME n'existe pas ;
- ⇒ Le niveau de déperdition reste élevé entre les femmes dépistées et celles ayant accouché sous nivérapine (67%) ;
- ⇒ Le mécanisme de suivi des enfants nés de mères séropositives n'est pas opérationnel ;

### **3 Recommandations**

- ⇒ Elaborer et mettre en œuvre un programme national PTME ;
- ⇒ Etendre la PTME à tous les services de CPN ;
- ⇒ Renforcer la communication sur la PTME axée sur le genre ;
- ⇒ Mettre en place un mécanisme opérationnel de suivi et de PEC des enfants de mères séropositives.

---

<sup>15</sup> Taux de femmes dépistées = nombre de femmes reçues en counseling pré test dépistées sur nombre de femmes enceintes reçues en counseling pré test.

**Objectif 13**

**Réduire la propagation du VIH/SIDA  
au sein des populations de migrants  
saisonniers et sédentaires, des  
militaires, des gardiens de la paix et  
des routiers ; et leurs partenaires**

## 1 Renforcement et/ou la création de canaux d'information et de sensibilisation sur les sites d'accueil des migrants

L'intensification des campagnes multimédias ciblant les groupes mobiles a été réalisée. Les réseaux des pairs éducateurs ont été formés et sont fonctionnels au niveau des gares routières.

Les routiers ont été sensibilisés par leurs pairs à travers le projet TTCS (Transporteurs Togolais Contre le SIDA) avec le soutien de CARE International.

Pour les migrants traversant l'axe Lomé-Cinkassé, des pairs éducateurs ont été formés pour la sensibilisation rapprochée et certains responsables des auberges et hôtels le long de l'axe ont été sensibilisés à mettre des préservatifs dans les chambres pour les clients. Cette activité était soutenue par le projet PSAMAO.

En décembre 2004, l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos (OCAL) a adopté une stratégie régionale de communication face au VIH/SIDA à l'attention de tous les pays membres de l'OCAL. Le Projet a produit d'importantes quantités de matériels IEC/CCC dont bénéficient les deux postes frontaliers (Sanvee-Condji et Kadjoviakopé).

- Une unité d'information a été implantée à Sanvee Condji
- Une caravane pour la vie a eu lieu en novembre 2004
- Les Pairs Educateurs de OHP dans les casernes ont réalisé 7 380 sessions de discussions de groupes en 2003,
- Deux groupes de troupes en partance pour des missions de la paix en Sierra Léone et au Libéria ont participé à des sessions de causeries.
- Au troisième trimestre 2004, un contingent de 350 soldats se rendant en Côte d'Ivoire pour une mission de paix a bénéficié d'une session de causerie de groupe.
- Un film documentaire a été réalisé et diffusé par le Projet corridor. Il concerne la problématique du VIH/SIDA et les défis à relever.
- Un autre qui porte sur la caravane pour la vie organisée en 2004 contribue à la sensibilisation et la mobilisation.
- Les sketches sont produits par des acteurs des corps habillés dans lesquels ils jouent le rôle d'hommes et de femmes/filles lors de séances de sensibilisation.

Un suivi et une évaluation réalisés en 2003 montrent que :

- 92% des militaires ont parlé du VIH/SIDA avec un militaire au moins ;
- 78 % en ont parlé avec leurs épouses ;
- l'utilisation du préservatif lors du dernier acte sexuel avec une partenaire régulière mais extraconjugale a évolué de 8 % en 2001 à 60 % en 2003.

L'éducation par les pairs au sein des corps habillés a été une stratégie soutenue par PSI dans le cadre du projet Opération Haute Protection.

- ⇒ En mars 2002 : 120 PE et 24 superviseurs formés.
- ⇒ En 2003, 240 PE et 24 superviseurs formés
- ⇒ Les PE ont conduit plus de 9043 sessions de counseling au sein de leur corps
- ⇒ Les soldats ont pris part 6 562 fois à la sensibilisation de paire éducation, soit une moyenne de 7 fois par soldat.
- ⇒ Les PE ont distribué plus de 452 550 condoms masculins et 8 923 condoms féminins.
- ⇒ Les PE ont référé 526 militaires vers les cliniques de tests de dépistage volontaire.

**Tableau 17 : Nombre de PE formés par acteur/projet**

N°	Acteur Projet	Nombre de PE formés par année						
		2001	2002	2003	2004			2005
					Corps hab.	Sanvee Condji	Kodjoviakopé	
1	Corridor	-	-	-	10	53	40	
2	PSI	324	-	384	47			515

**Source :** Organisation du Corridor Abidjan-Lagos, Rapport de progrès de janvier à décembre 2004 ; PSI : OHP FAT, rapports d'activités

Toutes ces actions restent nettement insuffisantes compte tenu de l'ampleur du problème. En plus, les ressources mobilisées dans le cadre du phénomène migratoire ont été très faibles jusqu'à présent.

## 2 Renforcement de l'accessibilité des migrants aux préservatifs

Depuis 2004, le Corridor a installé 15 points de vente de préservatifs à Sanvee Condji et 25 à Kodjoviakopé. De même, le projet Opération Haute Protection des Forces Armées Togolaises a bénéficié entre 2001 et 2003 d'une distribution de préservatifs sur leurs sites OHP qui sont estimés à 450 000 préservatifs masculins en 2003 et 8 900 préservatifs féminins.

Dans le souci de rendre le préservatif le plus accessible possible, le projet OCAL saisit des occasions pour distribuer ce produit: C'est le cas de la caravane pour la vie en novembre 2004 et la célébration de la Journée Mondiale du SIDA.

## 3 Prise en charge des IST parmi les populations mobiles

La multiplication des structures de prise en charge sur les sites et la formation des prestataires ont contribué au renforcement de la prise en charge des IST chez les migrants :

- Formation des prescripteurs et techniciens de laboratoire aux diagnostics basés sur l'approche syndromique et aux diagnostics biologiques ;
- Equipement des formations sanitaires ;

- Approvisionnement en réactifs et en médicaments essentiels génériques pour le traitement des IST.

**Quelques exemples de centres réaménagés**

- le Centre Hospitalier d'Anèho,
- le Centre « Jade pour la Vie » de l'ONG JADE à Kojoviakopé,
- le Centre de Santé de Kojoviakopé
- le centre de Santé de Gbodjomè
- le Centre de Santé d'Agbodrafo

**Type d'équipements fournis aux centres réaménagés**

- appareils médicaux et chirurgicaux
- consommables médicaux et chirurgicaux
- instruments médicaux et chirurgicaux
- équipements de stérilisation
- équipements de laboratoire
- équipements de chaînes à froid
- équipement de literie et mobilier

**Tableau 18 : Fourniture en réactifs aux centres réaménagés**

N°	CDV	Qté Test de Détermine	Qté de Génie II
1	Sanvee Condji		
2	– APEB	400	50
	– Centre Hospitalier Aného	400	50
3	Kojoviakopé		
4	– JADE pour la vie	400	50
	– CS Kojoviakopé	400	50

**Source :** Résultats de la revue du Cadre Stratégique National 2001 – 2005 du Togo

La prise en charge des IST s'est nettement améliorée au profit des populations migrantes. A titre d'exemple, dans les sites de Kojoviakopé et de Sanvee Condji, 559 patients IST ont été pris en charge et 311 PVVIH pour les infections opportunistes.

**Tableau 19 : Approvisionnement des centres de santé en Kits IST le long de l'axe Kodjoviakopé-Sanvee-Condji**

N°	Syndromes/ Kits	Traitement	Nombre de Kits par centre (20 centres)	Nombre de Kits pour le Togo (5 centres)
1	Ecoulement urétral chez l'homme/ URET-1	-2 Ciprofloxacine 500 mg prise unique - 3 Doxycycline 100 mg/j/14j -4 Métronidazole comprimé 500 mg, 2 g, prise orale -5 Préservatifs	80	400
2	Ecoulement vaginal avec évaluation du risque négative (vaginose trichomonase, candidose/ LEUCO-1	-2 Métronidazole comprimé 500 mg, 2 g, prise unique orale le soir au cours du repas -3 Econazole/Isoconazole ovule 100 mg : 1ovule le soir pendant 3 j -4 Condoms féminins	40	200
3	Ecoulement vaginal avec évaluation du risque positive (Gonococcie, chlamidiose/ CERV-1	-6 Ciprofloxacine 500 mg prise unique - 7 Doxycycline comprimé 100 mg 1 comp en prise unique/j/ pend 42 j -8 Métronidazole 500 mg, 2 g, prise unique(non au 1 <sup>er</sup> trimestre grossesse)	40	200
4	Ulcération génitale/ ULCER	-2 Ceftriazone 250 mg inj. 1 flacon + 1 amp solvant -3 Benzalrhine benzylpénicilline 2,4 MU1 : 1 amp -4 Seringues + aiguilles UU -5 Condom féminins	40	200

**Source** : Secrétariat Exécutif de l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos, Secteur Santé ;  
Rapport Général d'activités : 01 juillet 2004 - 31 décembre 2005

#### **4 Promotion du dépistage volontaire y compris la prise en charge psychosociale et médicale des migrants**

Les centres réaménagés et équipés sur l'axe Kodjoviakopé – Sanvee Condji et sur l'axe Lomé-Cinkassé ne font pas tous le dépistage, la prise en charge médicale et psychosociale. Les cliniques OHP soutenues par PSI à Lomé, Atakpamé, Kara et Dapaong quant à elles offrent le paquet d'activités sus mentionnées.

L'accessibilité au dépistage volontaire est facilitée par l'installation des CDV sur les sites. Durant les mois de décembre 2004, janvier et février 2005, 1 475 personnes ont fait des tests de dépistage dans des cliniques militaires.

#### **5 Observations**

##### **Forces**

- ⇒ Des activités de sensibilisation, de dépistage et de prise en charge sont organisées au sein des corps habillés et leurs familles à travers le projet OHP ;
- ⇒ Deux grands projets (PSMAO et Corridor) ciblent les problèmes du VIH/SIDA/IST le long des principaux axes migratoires.

### **Faiblesses**

- ⇒ Il y a une insuffisance de coordination et d'appropriation des activités de ces projets par le CNLS ;
- ⇒ Certains gros axes routiers secondaires ne sont pas couverts par les activités de prévention ;
- ⇒ Il n'existe pas de plans sectoriels de lutte.

### **6 Recommandations**

- ⇒ Rendre disponible un plan sectoriel de lutte contre le SIDA du secteur des transports prenant en compte les acquis des interventions menées jusqu'à ce jour ;
- ⇒ Rendre disponible un plan de lutte contre le VIH/SIDA ciblant les corps habillés.

**Objectif 14**

**Minimiser la propagation du VIH/SIDA  
dans le groupe des prostituées et  
leurs partenaires**

## **1 Réduction de la transmission sexuelle de l'infection par le VIH dans le groupe des travailleuses de sexe (TS)**

On estime à près de 6000 le nombre de travailleuses de sexe sur la base des études réalisées entre 2003 et 2005 par SIDA 3 dans les 6 régions sanitaires du pays.

La mise en œuvre d'activités d'envergure en faveur de la prévention du VIH/SIDA et des IST chez les TS a nécessité la formation des personnels des ONG, des leaders des TS elles-mêmes, des représentants de « leurs clients potentiels » tels que les routiers, les « Corps Habillés », « les douaniers ».

Ainsi, nous pouvons noter qu'avec l'appui des partenaires comme PSI, les projet SIDA 3 et PSAMAO, des interventions financées sur ressources mobilisées auprès du Fonds Mondial, plusieurs formations ont pu être dispensées au profit de 149 personnes (animateurs et agents de santé).

Plusieurs ateliers de révision de documents didactiques ont été organisés afin d'harmoniser les curricula de formation et de recyclage pour l'amélioration des prestations des animateurs et communicateurs et des paires éducatrices. Il s'agit par exemple de la révision des modules de formation des paires éducatrices en milieu de travail du sexe, du guide de message IEC/CCC en milieu de travail du sexe et des modules de formation des éducateurs/superviseurs.

Dans le cadre de la sensibilisation par l'utilisation du matériel audio visuel, des films vidéo ont été multipliés et mis à la disposition des PE oeuvrant sur les sites prostitutionnels pour projection aux TS. Ces films sont : « Amah Djah-Foule Version 1 », « Amah Djah-Foule Version 2 », « Roulez Protégé ! », « Amour Trompeur », « Epidémie de l'ombre » et « Karaté Kids ».

Des forums d'échanges et de sensibilisation ont été organisés par les ONG FAMME, JADI et Viny Production en 2005 à Lomé et à Kara à l'intention des TS et des PE pour des échanges d'expériences.

Suite à des plaidoyers menés par les intervenants dans la lutte contre l'infection à VIH auprès des autorités, un arrêté ministériel portant protection des filles et particulièrement des filles mineures en milieu prostitutionnel a été pris le 05 août 2005. Cette mesure a permis de récupérer certaines filles mineures et de les insérer dans la société.

La stratégie de la paire éducation ainsi que celle de la sensibilisation de proximité ont été mises en place pour développer les techniques d'approche de tous les sous-groupes cibles (revendeuses, apprenties, élèves, étudiantes, filles domestiques, etc.).

Sur les sites prostitutionnels, la stratégie de sensibilisation des TS par leurs pairs et celle de la vente à moindre coût des préservatifs ont été développées ; ce qui a permis de rendre disponibles en permanence les condoms féminins sur ces sites.

Dans le cadre du micro projet « Promotion de la santé sexuelle des travailleuses de sexe mineures et des adolescentes à risque de prostitution par une prise en charge effective » initié par SIDA 3, il a été également développé la stratégie de la Formation des paires mineures pour conscientiser les autres TS mineures sur leurs droits.

Par ailleurs, la stratégie d'une unité mobile de prestations de soins dans les environnements prostitutionnels a été mise en œuvre à l'endroit des TS dans le cadre de la sensibilisation/mobilisation de proximité.

## 2 Promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif chez 85% de prostituées et leurs partenaires sexuels

Au total, 30 kiosques de vente de préservatifs ont été implantés sur les sites prostitutionnels. Les paires éducatrices TS disposent de préservatifs qu'elles proposent à leurs consoeurs TS au cours des entretiens. On note qu'en 2005, 1 284 133 préservatifs ont été distribués aux TS, soit trois fois plus qu'en 2004 et presque cent fois plus qu'en 2001.

**Tableau 20 : Distribution des préservatifs masculins et féminins en milieu prostitutionnel entre 2001 et 2005 (données disponibles)**

N°	Années	Préservatifs
1	2001	13 800
2	2002	542 571
3	2003	52 485
4	2004	425 549
5	2005	1 284 133
6	Total	2 318 538

**Source :** Rapports d'activités de 2001-2005, ONG, Associations, Projets

Des démonstrations du port correct du préservatif sont faites sur des mannequins au cours des séances de sensibilisation en milieu prostitutionnel par des paires éducatrices.

En matière de regroupement des TS, des ONG/Associations mènent sur le terrain des rencontres visant à regrouper les TS en associations. Ces rencontres ont permis de regrouper 182 TS en une mutuelle de santé qui reçoivent toutes un appui financier de SIDA 3 dans le cadre de la promotion des AGR chez les TS. On compte aujourd'hui une dizaine de regroupements de TS à Cinkassé, Dapaong, Kara, Kpalimé, Sokodé, Lomé.

13 ONG/Associations dénommées « organisation de relais » faisant la promotion des AGR chez les TS reçoivent un appui de SIDA 3 pour la mise en œuvre des interventions de prévention, de prise en charge des IST, de mobilisation et d'animations communautaires. De 2002 à 2005, 31 Micro-Projets d'appui communautaires (APCOM) ont été exécutés.

Avec l'appui du Projet « Sœur à Sœur », un réseau de 65 pairs éducateurs sur 13 sites d'intervention font la distribution de préservatifs en milieu prostitutionnel. Il s'agit surtout des préservatifs féminins « Fémidon » conditionnés dans un emballage de trois préservatifs vendus à 100 Francs CFA l'emballage.

## 3 Réduction des IST chez les Travailleuses de sexe

Plusieurs agents de santé ont bénéficié de formations sur l'approche syndromique des IST et la gestion des médicaments. De 2002 à 2005, le projet SIDA 3 a renforcé les

capacités de 426 agents de santé sur la prise en charge syndromique des IST et de 60 agents de pharmacie sur la gestion des médicaments.

Il a été implanté sur l'ensemble du territoire 66 unités d'interventions et de 10 services adaptés (SA) pour la prise en charge des IST. Un système de référence était organisé vers ces SA pour les TS et leurs clients où leur prise en charge était gratuite pour un dépistage actif et le traitement des IST, et également pour le dépistage du VIH jusqu'en 2004.

L'importance d'une consultation en cas d'IST chez les TS et leurs clients est prise en compte au cours des sensibilisations de proximité. Ainsi à titre d'exemple, 90 focus groups et 26 causeries dites communautaires ont participé à la réalisation de cet objectif.

Pour ce qui concerne la prise en charge psychosociale et médicale, PSI a mis en place à Lomé un centre doté d'un laboratoire, d'une salle de prise en charge médicale et psychosociologique afin d'assurer aux TS un cadre plus « sécurisé » du point de vue de la confidentialité.

Par ailleurs avec l'appui de SIDA 3, une unité mobile de prestations de soins dans les environnements prostitutionnels a été mise en place afin de rapprocher les services des bénéficiaires.

## **4 Observations**

### **Forces**

- ⇒ Le milieu prostitutionnel est aujourd'hui un milieu où l'on peut mener aisément des activités de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA au Togo ;
- ⇒ En 2003, 85% des TS connaissaient le condom féminin et 60% l'ont utilisé au moins une fois au cours des trois derniers mois contre respectivement 60% et 20% en 2001 ;
- ⇒ L'action convergente des acteurs et partenaires, l'amélioration de l'accès à l'information des TS, la cartographie des sites de prostitution dans les régions, la formation des acteurs, la participation des TS elles-mêmes, l'amélioration de l'accès des TS et de leurs clients aux soins pour les IST avec la mise en place des services adaptés équipés et dotés de personnels qualifiés et approvisionnés en réactifs et médicaments ; l'appui aux ONG/Associations ont accru les chances de toucher le maximum de TS et de leurs clients.

### **Faiblesses**

- ⇒ Quoiqu'en baisse relative, la prévalence du VIH dans ce milieu est toujours élevée ;
- ⇒ Il n'existe aucune législation réglementant la profession des TS.

## **5 Recommandations**

L'épidémie du VIH au Togo étant une épidémie concentrée avec les TS et leurs clients comme "Noyau", les efforts doivent être accrus dans ce groupe de population.

- ⇒ Elaborer un programme national de lutte contre le VIH/SIDA/IST en milieu prostitutionnel ;

⇒ Réglementer la profession des TS.

## **V. SYNTHÈSE DE LA REVUE ET RECOMMANDATIONS**

## SYNTHESE DE LA REVUE

Après l'analyse du processus de mise en œuvre du cadre stratégique 2001-2005 et des résultats enregistrés, eu égard aux objectifs de départ, les performances ci-après sont à noter :

- ⇒ La lutte contre le VIH/SIDA est menée conformément au cadre stratégique et la coordination des activités est assurée par une structure nationale mise en place (CNLS) ;
- ⇒ Les partenaires sont impliqués dans la lutte à travers des cadres de concertation notamment le Groupe Thématique des Nations Unies et le Comité de Coordination de Secteur de la Santé (CCSS) ;
- ⇒ La prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH et des OEV est effective dans tous les districts sanitaires ;
- ⇒ L'information de qualité sur la prévention du VIH est produite et diffusée ;
- ⇒ Des activités de promotion des préservatifs ont permis d'assurer leur disponibilité dans tout le pays même au niveau communautaire de même que leur utilisation correcte ;
- ⇒ La prise en charge des IST est effective surtout au niveau des groupes cibles prioritaires comme les TS et « les corps habillés » ;
- ⇒ Le dépistage du VIH est de plus en plus accepté par les femmes enceintes reçues en conseil pré test (56 % en 2005 contre 36 % en 2002) ;
- ⇒ Dans le domaine de la transfusion sanguine, le sang distribué pour être transfusé a toujours été testé pour le VIH ;
- ⇒ Les indicateurs de suivi-évaluation utilisés par les différents partenaires dans la lutte ont été harmonisés ;
- ⇒ Le cadre juridique de la lutte contre le VIH/SIDA a été renforcé par l'adoption et la promulgation de la loi portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA.

Malgré ces progrès significatifs et encourageants, les efforts doivent être poursuivis dans une dynamique visant à la fois à préserver les acquis et mettre en œuvre les recommandations qui se dégagent.

## RECOMMANDATIONS

De ce qui précède, il découle les principales recommandations suivantes :

- ⇒ Faire une analyse approfondie des principaux déterminants actuels qui entretiennent l'épidémie ;
- ⇒ Intensifier la lutte multisectorielle contre le VIH/SIDA et les IST à travers un plan stratégique national et des plans sectoriels budgétisés ;
- ⇒ Approfondir l'examen du cadre institutionnel, et sur la base des résultats, proposer des améliorations ;
- ⇒ Doter les différents organes du CNLS de moyens humains, financiers, logistiques et matériels suffisants et adéquats ;
- ⇒ Rendre fonctionnelle la coordination par le SP/CNLS des intervenants en IEC/CCC ;
- ⇒ Accroître la mobilisation des ressources pour l'extension des centres de Conseil et de Dépistage Volontaire et Anonyme, et la prise en charge globale des PVVIH, y compris les OEV ;
- ⇒ Etendre l'enseignement du VIH/SIDA à tous les degrés et secteurs de l'éducation ;
- ⇒ Renforcer les activités de prévention au profit des jeunes en milieux scolaire et extrascolaire ;
- ⇒ Renforcer les interventions de prévention du VIH/SIDA et des IST chez les femmes ;
- ⇒ Etendre la PTME à tous les services de CPN ;
- ⇒ Améliorer la couverture du pays en centres de transfusion sanguine en vue d'améliorer la disponibilité des services et des produits sanguins sécurisés ;
- ⇒ Elaborer un plan national de suivi-évaluation et de recherche ;
- ⇒ Réglementer la profession des TS.

## CONCLUSION

La revue du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 a été l'occasion de rassembler les données et informations essentielles et pertinentes permettant de donner une appréciation objective du processus de mise en œuvre, les performances atteintes et les domaines à améliorer.

Au titre des performances, on retient que :

- la mise en œuvre a été faite dans un contexte multisectoriel et participatif sous la coordination du CNLS ;
- la lutte a été intensifiée aussi bien sur le plan des actions préventives que de la prise en charge globale ;
- un cadre juridique favorable à la protection des personnes en matière de VIH/SIDA a été mis en place.

L'analyse a montré néanmoins la nécessité de renforcer le cadre institutionnel et le système de suivi évaluation et d'améliorer la prise en compte de certains groupes vulnérables en particulier les femmes, les jeunes et les OEV.

Ainsi, l'élaboration du prochain cadre stratégique devra considérer les orientations du présent rapport en vue de l'amélioration et du renforcement de la réponse nationale les cinq prochaines années.

# **ANNEXES**

## LISTE DES ANNEXES

<b>N°</b>	<b>Intitulé des annexes</b>	<b>Liaison avec le rapport</b>	<b>Pages</b>
1	Exemples d'études CAP au sein de groupes socioprofessionnels	Objectif 2	35
2	Liste des CDVA	Objectif 5	51
3	Liste des documents élaborés pour la PEC médicale et psychosociale des PVVIH durant la période 2001 – 2005	Objectif 5	51
4	Situation de la PEC des OEV par les ONG/Associations	Objectif 5	51
5	Liste des sites PTME	Objectif 12	76

## Annexe 1

### Exemples d'études CAP au sein de groupes socioprofessionnels, de 2001 à 2005

N°	Titre des ouvrages	Structures	Date d'édition
1	Connaissance et attitudes en matière de IST/VIH/SIDA et pratiques sexuelles des routiers sur l'axe routier Lomé-Cinkassé	PSI	2001
2	Acceptabilité du condom féminin par les travailleuses de sexe et routiers sur l'axe Lomé-Cinkassé	PSI	2001
3	Etude qualitative auprès des routiers de l'axe Abidjan-Lagos sur les comportements sexuels relatifs au VIH/SIDA des jeunes filles travailleuses de sexe à Lomé	PSI	2003
4	Enquête de la surveillance de la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels auprès des Travailleuses de Sexe et de leurs Partenaires Masculins à Lomé	SIDA 3	2003
5	Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière des IST/VIH/SIDA chez les travailleuses de Sexe sur l'axe routier Lomé-Cinkassé, projet Sœur à Sœur	PSI	2004
6	Etude sur les connaissances et pratiques culturelles en matière de VIH/SIDA en milieu rural : région des Plateaux	PSI	2005
7	Etude sur les connaissances et pratiques culturelles en matière de VIH/SIDA en milieu rural : région maritime.	PSI	2005
8	Etude du comportement sexuel, face au VIH/SIDA, des collégiens et lycéens au Togo	OMS, PNUD, ON USIDA	-

**Annexe 2**

**Liste des CDVA (34)**

REGIONS	CDVA	Adresse/Tél	Date d'entrée en fonction
LOME COMMUNE	ASPROFEM	Lomé, Tél 225 25 43/250 72 66	2005
	CONFIANCE	Lomé, Tél 220 73 70	2005
	Action Contre le Sida (ACS)	Akodessewa, Tél 271 01 54	2004
	CCD LOME	Tokoin Cébévito, Té 222 62 43	1998
	ATBEF LOME	Lomé, qt Béniglato Tél 221 05 83	2003
	SNSJA « Santé des Jeunes »	Tokoin Séminaire, Tél 221 21 17	2003
	Infirmierie du Camp Général GNASSINGBE Eyadéma	Lomé, Tél 222 03 96/ 222 93 96	2002
	CMS Kodjoviakopé	Kodjoviakopé, Tél 221 74 37	2003
	Aides Médicales et Charité (AMC)	Totsi, Tél 251 26 47/901 38 35	2004
	CMS Adidogomé	Adidogomé, Tél 225 73 42	Déc. 2005
	JADE pour la Vie	BP 8182 Tél 221 49 14/221 06 33	2005
MARITIME	Polyclinique Aného	Aného, Tél 331 02 35	2005
	APEB Aného	Aného	2005
	CHP Aného	Aného Adido, Tél 331 00 17	2005
	CHP Vogan	Vogan, Tél 333 10 25	Déc. 2005
	CHP Tsévié	Tsévié, Tél 330 40 18	2004
PLATEAUX	Infirmierie du Camp Témédja	Atakpamé, Tél 440 09 60	2003
	CHP Kpalimé	Kpalimé, Tél 441 00 81	2004
	Hôpital de Notsé	Notsé, Tél 442 00 10	2004
	CDVA Elavagnon	Elavagnon, Tél 444 60 10	2005
	CHP Ogou	Atakpamé, Tél 440 02 97	2004
CENTRALE	CDVA Sokodé	Sokodé, Tél 550 00 28	Août 2005
	CDVA Tchamba	Tchamba, Tél 552 00 28	Nov. 2005
	CHP Sotouboua	Sotouboua, Tél 553 00 14	Déc. 2005
	ATBEF Sokodé	Sokodé, Tél 550 02 46/905 63 24	2003
	CMS Bon Secours	Sokodé	Déc. 2005
KARA	CHP Niamtougou	Niamtougou, Tél 665 00 89	2005
	CHP Kéran	Kantè, Tél 667 00 04	Nov. 2005
	Infirmierie du Camp Landja – Kara	Kara BP 28 Tél 660 10 75	2002
	CEIJA Kara	Kara	2004
	CHP Bassar	Bassar, Tél 663 00 10	Déc. 2005
SAVANES	CDVA Mango	Mango, Tél 771 70 12	Déc. 2005
	CDVA – FAT Dapaong	Dapaong, Tél 770 82 91	2003
	CDVA Dapaong	Dapaong, Tél 770 80 03	2005

### Annexe 3

#### Liste des documents élaborés pour la PEC médicale et psychosociale des PVVIH durant la période 2001 – 2005

- *Guide national de prise en charge médicale du VIH/SIDA, infections opportunistes et traitement par les antirétroviraux produit en 2004. Il fait mention des algorithmes de PEC selon le diagnostic clinique et biologique de l'adulte, de l'enfant et de la femme enceinte séropositive. Ce guide établit aussi les normes pour les accidents d'exposition au sang, la PEC des patients asymptomatiques, la surveillance des traitements.*
- *Directives pour une prise en charge avec les médicaments antirétroviraux au Togo. Ce document a été validé en juin 2004 et définit les conditions d'éligibilité des malades à la trithérapie ainsi que la composition des instances d'éligibilité et leur fonctionnement. Il décrit aussi l'itinéraire du patient pour être mis sous ARV.*
- *Guide national de prise en charge à base communautaire des PVVIH. Révisé en 2005, ce guide énonce les recommandations pour le travailleur à base communautaire.*
- *Nutrition et VIH/SIDA, un guide pratique pour les PVVIH : ce guide élaboré en mai 2005 prodigue des conseils nutritionnels aux PVVIH en général et aux patients mis sous ARV en particulier.*
- *Guide national de prise en charge nutritionnelle des PVVIH. Produit en mars 2005, ce document décrit les besoins alimentaires particuliers des PVVIH, les mesures à prendre en cas de complication du VIH/SIDA et les interactions entre les ARV et l'alimentation.*
- *Normes et directives nationales de conseil et dépistage volontaire en matière d'infection à VIH. Ce document établit les standards de paquet minimum de services, d'équipement, de fréquence de prestation, de suivi et d'évaluation*
- *Prise en charge et protection des enfants orphelins et autres enfants et familles rendus vulnérables par le VIH/SIDA – Togo, 52 pages*
- *Plan d'extension de la prise en charge par les ARV au Togo (MS) Août 2004*
- *Politique et normes de santé de la reproduction au Togo (DSF – MS Lomé) Juillet 2001 195 pages*
- *Guide national du formateur des conseillers psychosociaux en VIH/SIDA (PNLS/IST – Togo) Juillet 2004*
- *Guide national des conseillers psychosociaux en VIH/SIDA (PNLS/IST – Togo) Juillet 2004*

**Annexe 4**

**Situation de la prise en charge des OEV par les ONG/Associations  
(Chiffres cumulés, fin décembre 2005)**

<b>ONG/Associations</b>	<b>Nbre OEV</b>	<b>ONG/Associations</b>	<b>Nbre d'OEV</b>
Vivre Mieux* à Kpalimé	171	Séropositifs en Action (SA+), Lomé, Bè Kpota	160
Promotion pour le Développement Humain (PDH)* à Lomé Adidogomé	123	Association pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant (ASMENE), Tokoin Cassablanca	335
Espoir Vie Togo (EVT)* , Lomé, (face à GTA)	576	Association Togolaise pour le Bien Etre de la Famille (ATBEF), Lomé, SOTED	128
LOLONYO* , Lomé, Forever	56	Jeunes en Mission pour l'Avenir (JMA), Lomé	119
Aide Médicale et Charité (AMC)* , Lomé, Adidogomé	363	Action Solidaire pour un Développement Entretenu à la Base (ASDEB), Lomé, Klikamé	70
Action Contre le Sida (ACS)* , Lomé, Akodésséwa	723	Organisation pour la Charité et le Développement Intégral (OCDI), Tokoin Séminaire	61
Association pour la Promotion de la Femme (ASPROFEM)*, Lomé, Adidogomé	192	JADE pour la Vie, Lomé, Nyékonakpoè	151
Actions et Initiatives pour le Développement Sanitaire et Social (AIDSS)*, Lomé, Adidoadè	136	Monde des Enfants de Cœur pour l'Atténuation de la Pauvreté du Frère Rural (MECAP-FR), Dapaong	335
Association Espoir pour Demain (AED)*, Kara	409	Association des Volontaires en Lutte contre le Sida (AVLS), Bassar	145
Vivre dans l'Espérance*, Dapaong	246	Comité d'Action pour la Coopération Internationale et l'Epanouissement de la Jeunesse (CACIEJ), Lomé, Hédzranawoé	300

\* ONG/Associations faisant partie du RAS+ (Réseau des Associations de Séropositif3 .

**Annexe 5**

**Liste des sites PTME (34)**

<b>REGIONS</b>	<b>CDVA</b>	<b>Date d'entrée en Fonction</b>	<b>PARTENAIRES</b>
LOME COMMUNE	Centre de Santé de Lomé	2004	OPEP
	Hôpital de Bè	2003	UNICEF
	CHU Campus	Déc. 2005	Fonds Mondial
	CHU Tokoin	Déc. 2005	Fonds Mondial
MARITIME	Hôpital Aného	Juillet 2005	Fonds Mondial
	Polyclinique Aného	Juillet 2005	Fonds Mondial
	CHR Tsévié	Mai 2002	UNICEF
	PMI Tsévié	Mai 2002	UNICEF
	Hôpital Vogon	Mai 2004	UNICEF
PLATEAUX	CHR Atakpamé	Juillet 2005	Fonds Mondial
	PMI Atakpamé	Avril 2004	OPEP
	CMS Agbonou	Juillet 2005	Fonds Mondial
	USP Akparé	Juillet 2005	Fonds Mondial
	CMS Gléi	Juillet 2005	Fonds Mondial
	CMS Goudévé	Juillet 2005	Fonds Mondial
	Hôpital Kpalimé	Juillet 2005	Fonds Mondial
	PMI Kpalimé	Nov. 2005	Fonds Mondial
CMS Anié	Nov. 2004	OPEP	
CENTRALE	CHR Sokodé	Juillet 2005	Fonds Mondial
	Polyclinique Sokodé	Juillet 2005	Fonds Mondial
	CMS Bon Secours	Juillet 2005	Fonds Mondial
KARA	CHU Kara	Juillet 2005	Fonds Mondial
	Hôpital Kantè	2003	UNICEF
	CMS Kabou	Juillet 2005	Fonds Mondial
	Hôpital Bassar	Juillet 2005	Fonds Mondial
	CMS Baga	Juillet 2005	ONG
SAVANES	CHR Dapaong	2003	UNICEF
	Hôpital Mango	Juillet 2005	Fonds Mondial
	PMI Dapaong	2003	UNICEF
	CMS Cinkassé	Avril 2004	OPEP
	USP Nadjundi	2004	OPEP
	USP Biankouri	2004	UNICEF
	USP Niouprouma	2004	UNICEF
	USP Dalwak	2004	UNICEF