



Feuille de route pour la durabilité de la riposte au VIH au Togo

PARTIE A

Septembre 2024

Listes des sigles et abréviations	3
Liste des Figures	4
Liste des Tableaux	4
1- Approche d'élaboration de la feuille de route	13
Processus d'élaboration de la feuille de route : une approche à 5 phases	14
1.1 Phase 1 : Mise en marche du processus d'élaboration de la feuille de route	14
1.2 Phase 2 : Evaluation de la durabilité de riposte au VIH au Togo	15
1.3 Phase 3 : Elaboration de la partie A de la feuille route	15
1.4 Phases 4 et 5 : Elaboration de la partie B et Mise en œuvre et suivi de la feuille de route	15
2- Contexte et Riposte actuelle au VIH au Togo	16
2.1 Contexte économique, budgétaire et financement de la santé au Togo	17
2.1.1 Contexte économique et budgétaire	17
2.1.2 Financement de la santé au Togo	19
2.2 Contexte épidémiologique et riposte nationale au VIH au Togo	23
2.3 Evaluation de l'état actuel de la durabilité	25
2.3.1 Travaux antérieurs sur la durabilité et progrès dans la mise en œuvre des recommandations	25
2.3.2 Etat actuel de la durabilité de la riposte au VIH au Togo	26
2.3.2.1 Leadership politique (Niveau de priorité 1,90)	26
2.3.2.2 Lois et Politiques habilitantes (Niveau de priorité 2,53)	27
2.3.2.3 Financement durable et équitable (Niveau de priorité 2,92)	29
2.3.2.4 Services et solutions (Niveau de priorité 2,71)	31
2.3.2.5 Systèmes (Niveau de priorité 2,5)	32
2.3.3 Risques, obstacles et opportunités	35
2.3.4 Défis de la durabilité de la riposte au VIH au Togo	38
2.4 Résumé de l'état futur	40
2.4.1 Vision du Togo en matière de durabilité de la riposte au VIH	40
2.4.2 Principes directeurs	40
2.4.3 Objectifs	40
2.4.4 Conditions favorables au contrôle et à l'élimination du sida	42
2.4.4 Cadre de la durabilité de la riposte au VIH au Togo	43
2.5 Priorités de durabilité	44
3- Résultats de haut niveau et voies de changement	45
3.1 Résultats de haut niveau et voies de changement	46
3.2 Intrants clés pour le plan de transformation	50

Listes des sigles et abréviations

AGET :	Association des grandes entreprises
AMU	Assurance Maladie Universelle
ARV	Antirétroviraux (Médicaments)
BAD	Banque Africaine de Développement (
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCIT	Chambre de commerce et d'industrie du Togo
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CD4	Lymphocytes CD4+
CCM	Country Coordination Mechanism
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CLM	Community Lead Monitoring
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CPN	Consultation Prénatale
DCS	Dépenses Communes de santé
EDST	Enquête Démographique et de Santé Togo
ESSG	Enquête de Surveillance de Seconde Génération
ETP	Education Thérapeutique
FM	Fonds Mondial
GTT	Groupe Technique de Travail
GAM	Global Aids Monitoring
GC7	Grant Cycle 7
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
INAM	Institut National d'Assurance Maladie
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MUSA	Mutuelles de santé communautaires
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
ODH	Observatoire des Droits Humains
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations sur le VIH/SIDA
OSC	Organisations de la Société Civile
PCR	Polymerase Chain Reaction (Réaction en Chaîne par Polymérase)
PE	Pairs Educateurs
PEC	Prise en Charge
PEPFAR :	Programme d'Urgence des Présidents des Etats Unis pour la lutte contre le VIH
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDs :	Plan National de développement sanitaire
PNLS-HV-IST :	Programme National de Lutte contre le Sida, Les Hépatites Virales et les Infections sexuellement transmissibles
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PO	Plan Opérationnel
PS	Professionnelles de Sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAMO	Régime d'Assurance Maladie Obligatoire
REDES	Evaluation des Flux des Ressources et Dépenses consacrées à la Réponse nationale au VIH et au sida
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNU	Système des Nations Unies
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNSE	Plan National de Suivi Evaluation
TB/VIH	Tuberculose/ Virus de l'Immunodéficience Humaine
TARV	Thérapie Antirétrovirale
TME	Transmission Mère Enfant
UD/UDI	Usager de Drogues/ Usager de Drogues Injectables
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	US Agency for International Development
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des Figures

Figure 9. Résultats de l'évaluation selon les domaines.....	6
Figure 1. Perspective économique du Togo, BAD	18
Figure 2 : Sources de financement de la santé.....	20
Figure 3: Evolution du budget de l'état consacré à la santé	20
Figure 4: Evolution des dépenses courantes en proportion du PIB et dépenses courantes par tête...	21
Figure 5 : : Evolution des dépenses du gouvernement et celles provenant de l'extérieur.....	21
Figure 6 : Dépenses du gouvernement et paiement direct en proportion des dépenses courantes de santé	21
Figure 7: Dépenses de santé par régime de financement de la santé	22
Figure 8 Nouvelles infections et décès par tranche d'âge	23
Figure 9. Résultats de l'évaluation selon les domaines.....	26
Figure 10. Evolution des dépenses de lutte contre le VIH.....	29
Figure 11. Evolution des dépenses de lutte contre le VIH.....	29
Figure 12. Matrice de priorisation des résultats de haut niveau	46

Liste des Tableaux

Tableau 3. Risques, obstacles et opportunités de la durabilité de la riposte au VIH/sida.....	Error!
Bookmark not defined.	
Tableau 4. Résultats de hauts niveau séquencés.....	10
Tableau 1 Encours de la dette de l'Administration Centrale budgétaire, Tirages/Emissions et Service de la dette XOF, Million, Taux de change en fin de période (stocks) ou date de l'opération (flux)	17
Tableau 2 Appui du FM de 2015-à maintenant.....	30
Tableau 3. Risques, obstacles et opportunités de la durabilité de la riposte au VIH/sida.....	35
Tableau 4. Résultats de hauts niveau séquencés.....	50

Résumé analytique

La riposte au VIH/sida au Togo a enregistré ces dernières années des résultats très encourageants et place le pays sur la bonne voie du contrôle et de l'élimination du sida. En effet, l'épidémie est de type généralisé mais en déclin depuis plusieurs années. Les nouvelles infections sont en baisse de 65% entre 2010 et 2023. Le net recul des nouvelles infections ces dernières années est à mettre au crédit d'une stratégie 'tester et traiter' et de la prévention biomédicale. Quant aux décès, ils ont connu une baisse de 63% sur la même période. Le Togo a déjà atteint le 2^{ème} 95, cependant, il est à 6 points de pourcentage du 1^{er} 95 et à 5 points du 3^{ème} 95. Ainsi, des efforts soutenus seront nécessaires pour le contrôle et l'élimination d'ici 2030 et au-delà. La garantie d'un traitement à vie contre le VIH pour les personnes qui en ont besoin représente une obligation multigénérationnelle importante ; l'excès de nouvelles infections par le VIH augmentera considérablement les dépenses publiques à long terme dans un contexte de raréfaction des ressources, de priorités concurrentes et renforce encore le défi de la durabilité. Outre les conséquences sur la santé et la vie des personnes, l'incapacité à atteindre les objectifs fixés nuira aux perspectives économiques du Togo. Fort de ces constats, le Togo avec l'appui des partenaires techniques et financier a initié l'élaboration de la feuille de route pour la durabilité de la riposte au VIH d'ici 2030 et au-delà.

Cette feuille de route a été élaboré à l'issue d'une vaste consultation des parties prenantes menée par les parties prenantes à travers le **groupe technique de travail (GTT)**, mis en place par **note de service N001/2024** du coordonnateur national du SP/CNLS-IST, chargé de piloter le processus et d'effectuer ultérieurement la mise à jour de ce référentiel national sur la durabilité. Le processus a suivi l'approche à cinq (05) phases définies dans le guide d'accompagnement de la durabilité de l'ONUSIDA à travers : **(i) la mise en marche du processus d'élaboration de la feuille de route avec l'organisation du dialogue national (ii) l'évaluation de la durabilité (iii) l'élaboration de la partie A (iv) l'élaboration de la partie B (v) et la mise en œuvre et le suivi de la feuille de la route.**

Partant de la **définition de la durabilité à long terme** mentionné dans le guide d'accompagnement de l'ONUSIDA et endossé par le pays à savoir : **(i) Prévoir, prévenir, détecter et répondre aux nouvelles infections (ii) Maintenir la suppression de la charge virale, en atteignant les objectifs de 95-95-95 et la suppression virale au niveau de la population parmi les personnes vivant avec le VIH, de plus de 86 % dans tous les groupes d'âge et les sexes, ainsi que dans les populations clés (iii) Atteindre les objectifs 10-10-10, en mettant fin ou en réduisant les inégalités qui alimentent l'épidémie du VIH, une accélération des efforts est indispensable pour être au rendez-vous de 2025 et 2030 mais aussi au-delà.** De l'analyse des données quantitatives issues des ressources analytiques de l'ONUSIDA et de la revue documentaire , **il se dégage les points d'attention suivants pour la durabilité de la riposte au VIH/sida :**

- La prévalence de l'infection à VIH est de 1.61% selon le Spectrum 2023 mais avec des **disparités préoccupantes au sein des populations clés**. Les enquêtes de séro surveillance réalisées en 2021 montrent que la prévalence chez les **HSH est de 8.7% (Vs 21,98% en 2017)** chez les **PS est de 5,8% (Vs 13,2% en 2017)**, chez les **UD 4.8%** et chez les **détenus 3.7%**. Ces données montrent qu'il y a une grande progression dans la réduction du taux de prévalence entre les différentes enquêtes de séro surveillance mais **reste toujours élevé chez les populations clés** et présage une part importante des nouvelles infections chez ces populations à risques.
- Les progrès par rapport aux objectifs de l'ONUSIDA 95-95-95 sont les suivants : sur les 105 000 PVVIH estimées en 2023 par Spectrum , **89%** connaissent leur statut sérologique, **99,9%** d'entre elles sont sous ARV et **90,35%** ont eu une charge virale supprimée. L'analyse de la cascade des 95-95-95 montre que **16 348 PVVIH ne sont pas dépistés** ce qui traduit un retard dans le diagnostic des PVVIH (6 points de pourcentage des objectifs de 2025) et constitue un facteur facilitant à l'augmentation des nouvelles infections. L'analyse géographique montre que **84% des PVVIH qui manquent à l'appel sont localisées dans les régions de Grand Lomé, Maritime et des Plateaux**. Dans ces différentes régions, **61% des PVVIH qui ne sont pas encore dépistées et enrôlées dans les structures de soins sont des hommes et localisées dans les préfectures suivantes : Golfe ; Agoe Nyive ; Lacs ; Vo ; Yoto ; Zio ; Agou ; Haho ; Kloto ; Ogou (<https://naomi-spectrum.unaids.org/>).**

On note également dans la cascade des 95-95-95 des **disparités entre les adultes et les enfants** mais également entre **les hommes et femmes** qui ont une couverture faible par rapport aux

femmes (76% vs 92%). En effet, seulement **67%** des enfants séropositifs sont inscrits dans les structures de soins contre **89%** chez les adultes.

- Concernant les nouvelles infections, selon les données de Spectrum de 2023, sur les 2293 nouvelles infections à VIH, **27% (608/2293) concernent les nouvelles infections (0-4 ans) pédiatriques faisant de la PTME une priorité absolue** malgré que le Togo occupe une place de choix au niveau régional.

Quant aux **nouvelles infections chez les adolescent.e.s et les jeunes, elles sont estimées à 57% chez les 15- 34 ans**. La distribution régionale montre que 83,4% des nouvelles infections sont enregistrées à Lomé (46,4%), Maritime (23,4%) et Plateaux (12,7%) (<https://naomi-spectrum.unaids.org/>).

Bien qu'à l'échelle nationale, le Togo soit sur la bonne voie pour atteindre le contrôle de l'épidémie, il existe des différences significatives dans les résultats entre les adultes et les enfants, les hommes et les femmes ainsi qu'entre les régions, qui doivent être prises en compte pour parvenir à un contrôle complet de l'épidémie dans le pays. **Une accélération des interventions ciblées est nécessaire pour réduire les gaps persistants et atteindre pleinement les objectifs et parvenir à contrôler durablement à l'épidémie en vue de son élimination à l'horizon 2030.**

En plus des analyses quantitatives effectuées à travers les ressources analytiques et les revues documentaires, **une évaluation qualitative effectuée** à travers l'outil d'évaluation EXCEL de l'ONUSIDA sur les **cinq domaines, 21 sous domaines et 125 éléments de programmes a permis de compléter l'évaluation de la durabilité de la riposte au VIH au Togo**. Cette évaluation qualitative a été réalisée à travers les orientations définies par l'ONUSIDA dans le guide d'accompagnement de la durabilité qui décrit cinq domaines d'analyse (**Leadership politique ; Lois et politiques habilitantes ; Financement durable, Services et solutions, Systèmes**) dans le cadre de la durabilité de la riposte au VIH/sida qui vise à mettre fin au sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030.

Les notes obtenues par domaine varient entre **1,9 et 2,93 sur une échelle de 3** ce qui montre des priorités absolues à modérées. Les résultats de l'évaluation ont permis d'avoir une représentation visuelle, le « diagramme en toile d'araignée » qui fournit une représentation de haut niveau de l'évaluation de l'état du pays dans les cinq domaines (Figure 9). **La classification des priorités en matière de durabilité est définie à travers l'analyse de l'écart entre la situation actuelle de l'élément de programme et les ambitions du Togo pour une réponse durable.**

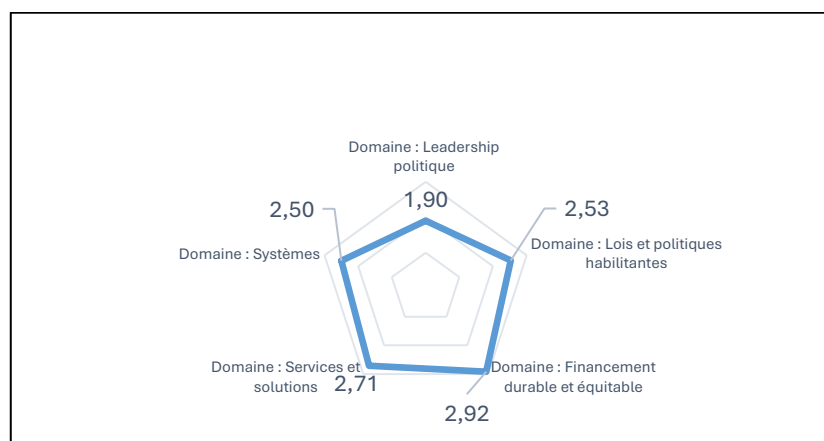


Figure 1. Résultats de l'évaluation selon les domaines.

Risques de la durabilité : de l'évaluation de la durabilité de la riposte au VIH, des risques ont été identifiés à travers chaque composante. Le tableau ci-après présente les risques identifiés par les parties prenantes lors du dialogue national et des consultations au cours de la mise en œuvre du processus.

Résultats de haut niveau et voies de changement

RHN 1 Le nombre de nouvelles infections au VIH est diminué chaque année à moins de 690 et reste en dessous du nombre de décès dus au sida

Voies de changement

Ce résultat de haut niveau vise à réduire le nombre de nouvelles infections au VIH de 2300 à moins de 690 par an. L'atteinte de ce résultat passe par le **maintien des acquis et l'accélération de l'élimination des nouvelles infections pédiatriques, chez les populations clés (HSH, PS, UD, TG et personnes en privation de liberté), les adolescent.e.s et les jeunes de la tranche d'âge 15-24 ans et les jeunes adultes de 25-35 ans dans la régions de Lomé, Maritime et Plateau et plus particulièrement dans les préfectures suivantes : Golfe ; Agoe Nyive ; Lacs ; Vo ; Yoto ; Zio ; Agou ; Haho ; Kloto ; Ogou.**

Cela se traduit par un focus sur (i) le repositionnement de la prévention primaire avec une responsabilisation des organisations de la société civile, l'utilisation des TIC et la mise en œuvre des interventions d'éducation sexuelle complète à l'endroit des adolescent.e.s et jeunes scolarisés et non scolarisés en collaboration avec les ministères sectoriels en agissant sur les facteurs de basculement des jeunes filles dans la prostitution et les prises de risque (ii) le dépistage, le lien et la rétention aux soins des 16 349 PVVIH qui manquent à l'appel avec la mise en place de stratégie innovante ciblant les hommes en sus du dépistage des cas index (iii) l'engagement des acteurs communautaires (Accoucheuses traditionnelles, tradipraticien, Leaders religieux à travers la PTME communautaire), du secteur privé/confessionnel de santé et une mise à contribution plus efficace des structures en charge de la SRMNIA, de la nutrition, de la vaccination et de pédiatrie avec l'introduction des tests multiplexes à travers la mise en œuvre du processus de certification de l'eTME d'ici fin 2030 tout en rendant effectif la mise en œuvre des différents piliers de la PTME (iv) la prévention combinée pour les populations clés(HSH, PS, UD, TG) y compris la PrEP avec l'introduction de la PrEP injectable pour les populations clés et les couples sérodiscordants tout en favorisant la gratuité des bilans pour la PrEP ainsi qu'une mise à l'échelle du programme de réduction des risques chez les UD (v) la distribution de préservatifs, gels lubrifiants et la promotion de l'usage systématique lors des rapports sexuels à risque.

RHN 2 : Minimiser les abandons de traitement et garantir une suppression virale durable à plus 95% des PVVIH sur traitement dans toutes les sous-populations et dans toutes les zones géographiques.

Voies de changement

Malgré des résultats importants réalisés dans l'atteinte des 95-95-95, des efforts sont nécessaires pour maintenir les acquis et les élargir pour l'atteinte des cibles de 2025 au-delà. Il s'agira à travers ce résultat de haut niveau : (i) de trouver au moins les 6% des PVVIH qui permettent d'attendre le 1^{er} 95 en intensifiant les stratégies en cours (Dépistage de la fratrie, Index testing, EPOA, dépistage communautaire) en y associant des campagnes de rattrapage du dépistage précoce des enfants avec l'implication des associations des personnes vivant avec le VIH, le ciblage des hommes à travers la mise œuvre d'une stratégie spécifique et d'assurer leur lien aux soins, leur prise en charge holistique de qualité y compris les coinfections (TB et hépatites) et les comorbidités (Diabète et Hypertension artérielle) et leur rétention pour une suppression virale durable (iii) d'assurer la mesure et la suppression virale de toutes les PVVIH sous ARV en s'attaquant aux déterminants des échecs virologiques et thérapeutiques (Facteurs liés aux virus , Facteurs liés aux médicaments, Facteurs liés à un défaut d'observance, Facteurs liés aux dispositifs de soins) par une détection précoce et une prise en charge rapide à travers l'utilisation au mieux des résultats de la charge virale afin d'améliorer la prise en charge des patients à travers l'adressage des causes de l'échec virologique iv) d'intensifier les séances d'éducation thérapeutique, le soutien psychosocial des PVVIH, la recherche des perdus de vue, le recours précoce aux soins et la stimulation de demande précoce aux soins y compris la demande de la charge virale avec la mise à contribution des patients Experts (v) d'accompagner individuellement les patients qui changent de ligne thérapeutique avec l'implication des acteurs communautaires (vi) d'intégrer les services avec la promotion du One stop shop et des prestations de soins différenciés en tirant profit du projet services de santé essentiels de qualité pour une couverture sanitaire universelle (SSEQCU) financé par la Banque Mondiale pour une transition programmatique d'une réponse d'urgence à une approche intégrée à long terme (vii) – l'orientation des investissements du VIH pour le renforcement du système de santé en contribuant à la mise en place de plateformes polyvalentes adaptables aux flambées et aux urgences épidémiques tout prenant en compte d'autres priorités en

matière de santé qui ont une incidence sur les PVVIH (vii) l'opérationnalisation du transport mutualisé des échantillons (viii) d'assurer la disponibilité permanente des médicaments, des équipements et intrants laboratoires grâce à une participation majoritaire des ressources domestiques sur ces éléments de coûts en mettant en place une stratégie d'achat groupé pour réaliser des économies.

RHN 3 : L'environnement social et juridique est favorable à l'accès et à l'utilisation continue des services VIH pour les PVVIH, les populations vulnérables et les populations clés et maintenu sur toute la période de la riposte

Voies de changement

L'accès universel à la santé implique que toutes les personnes et communautés aient accès, sans aucune forme de discrimination à des services de santé complets et de qualité. Ainsi, le respect et la protection du droit à la santé constituent un principe intangible pour lever les obstacles à l'accès aux services essentiels pour les populations et plus particulièrement celles qui sont les plus vulnérables notamment les PVVIH, les HSH, les PS, le UD, TG et les personnes en privation de liberté. Les voies de changement pour l'atteinte de ce résultat de haut niveau sont les suivantes : (i) le développement d'un argumentaire de plaidoyer pour la protection des droits des PVVIH, des populations clés et vulnérables (ii) l'organisation d'actions structurées de plaidoyer menées par des leaders d'opinions, communautaires, religieux et politiques pour supprimer les lois, politiques ou normes sociales entravant l'accès aux services de lutte contre le VIH des PVVIH, des populations clés et des personnes vulnérables à la transmission du VIH (iii) la mise en place d'un programme de renforcement des capacités sur les droits humains et l'accès aux services juridiques et judiciaires des PVVIH, des populations clés et vulnérables du VIH, des acteurs judiciaires et des forces de défense et de sécurité à travers l'approche LILO en s'appuyant sur les investissements du FM dans ce domaine pour le GC7 (iv) l'intégration de l'approche genre dans les politiques nationales et lutter contre les VBG (v) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan quinquennal droits humains et VIH (vi) la formation des PVVIH, des populations clés et vulnérables sur les droits humains (vii) la saisie des opportunités des politiques de réductions des inégalités sensibles au VIH tout en tirant profit du projet d'autonomisation des femmes et le dividende démographique en Afrique subsaharienne financé par la Banque mondiale.

RHN 4 : Le financement des interventions clés (Prévention pour les populations clés, Élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, Services de dépistage différenciés du VIH, Traitement, prise en charge et soutien Réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose) de la lutte contre le VIH/sida sont assurés à 50% par les ressources publiques avec une contribution substantielle des systèmes assurantiels et complété les financements extérieurs à travers un mécanisme de mise en commun des fonds et orienté vers l'impact pour la durabilité.

Voies de changement

Cette ambition de faire passer les dépenses publiques liées au VIH de 15% à 50% exige une approche multisectorielle et une appropriation au plus haut niveau. L'atteinte de ce résultat passera par : (i) l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation des ressources domestiques en identifiant clairement les sources tout en faisant de telle sorte que les dépenses courantes de santé des ménages n'atteignent pas 20% afin d'atténuer le risque financier (ii) la mobilisation des ressources du secteur privé national à travers les efforts philanthropiques et dans le cadre de la RSE à travers un panier commun et la mutualisation des ressources (iii) la mise à contribution des collectivités territoriales pour le financement de la riposte OSC (iv) la réorientation allocative en finançant les interventions à haut impact et selon la dynamique de l'épidémie avec un financement prioritaire pour l'achat des ARV, des intrants de laboratoire, les ressources humaines pour la santé dans le cadre du plan de transition des ressources humaines, les contrats sociaux pour les prestations des organisations de la société civile en augmentant progressivement le financement pour remplacer le financement des partenaires extérieurs pour les OSC (v) l'identification des synergies avec d'autres investissements de la santé et du développement en général ainsi que l'utilisation de l'étude des coûts des prestations du secteur communautaire afin de trouver des gains d'efficience et d'augmenter les capacités de financement (vi) le plaidoyer pour l'allègement de la dette pour l'investissement dans le secteur sanitaire (vii) l'élargissement des systèmes assurantiels et de protection sociale au bénéfice des cibles du plan stratégique de lutte contre le VIH/IST (viii) la mise en place d'un panier commun des financements pour une optimisation de interventions. (ix) le plaidoyer pour la participation financière des collectivités territoriales sur le financement de la riposte au VIH en institutionnalisant les lignes budgétaires et le financement des plans sectoriels par les budgets des ministères autres que la santé.

RHN 5 : La transition du personnel de santé y compris les agents de santé communautaire soutenu par les donateurs et nécessaire pour pérenniser la riposte au VIH/sida est assurée de façon efficace et durable par les ressources publiques.

Voies de changement

La prise en charge de plus de la moitié des ressources humaines pour la santé y compris communautaire intervenant pour la lutte contre le VIH/sida par les financements extérieurs constitue un risque majeur pour la durabilité de la riposte au VIH. Ainsi, à travers ce résultat il s'agira en collaboration avec le ministère de la santé et celui des finances : (i) d'effectuer un inventaire exhaustif des ressources humaines pour la santé y compris communautaire prises en charge par les financements extérieurs (ii) d'actualiser le référentiel des profils et des nombres requis en fonction des types de structures qui date de 2013 (iii) d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de transition des ressources humaines pour la santé y compris communautaire (Reversement du personnel prises en charge par les financements extérieurs dans la fonction publique) en alignement du plan national de développement des ressources humaines pour la santé tout en développant des mécanismes contribuant à la rétention (iv) de suivre et rendre compte annuellement à l'issue de l'assemblée plénière du CNLS du niveau de mise en œuvre du plan de transition

RHN 6 : Adoption, financement et mise en œuvre élargie des contrats sociaux entre les institutions publiques et les OSC pour une pérennisation de leurs interventions en directions des communautés.

Voies de changement

L'un des risques évoqués lors du dialogue national et de l'évaluation de la durabilité est le financement des OSC qui est essentiellement assuré par les partenaires extérieurs et leur capacité opérationnelle pour une couverture adéquate des actions de prévention combinée à l'endroit des populations clés et vulnérables. Si ces obstacles ne sont pas levés, les services délivrés par les OSC à l'endroit des populations clés et vulnérables seraient limités et pourraient avoir comme conséquence une recrudescence de l'épidémie dans le contexte de l'élimination et une menace pour la viabilité de la riposte au VIH. Les voies de changement pour atteindre ce résultat de haut niveau sont : (i) l'augmentation des capacités opérationnelles des OSC et des prestataires de services locaux (techniques, institutionnelles, humaines, matérielles et financières) (ii) la mise en place et financement de mécanismes de contrats sociaux (iii) la généralisation et le respect du système de motivation des agents de santé communautaire (ASC, pairs éducateurs, animateurs et médiateurs) telle que définie par la politique nationale des interventions à base communautaire (iii) le développement de l'autonomisation des OSC pour une pérennisation des interventions.

RHN 7 : Le VIH est intégré dans les soins de santé primaire de façon graduelle et un système de surveillance des cas de VIH est mis en place, aligné sur les directives de l'OMS et fonctionnel afin de capturer le minimum d'informations essentielles (y compris comportementales) pour la prise de décision rapide en santé publique et individuelle

Voies de changement

L'état futur des services intégrés pour la durabilité de la riposte est celui d'un système de soins primaires entièrement intégré incluant les soins du VIH/sida. Par ailleurs, la surveillance du VIH devrait être considérée comme une intervention prioritaire afin d'atteindre les objectifs de contrôle, d'élimination du sida et de prévenir toute réintroduction. Les voies de changement ci-après vont permettre d'atteindre ce RHN : (i) l'intégration graduelle du VIH avec les services de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale, de prévention et de prise en charge de la violence sexuelle et sexiste, de traitement de la toxicomanie, de prévention et de prise en charge de l'hépatite B et C, de lutte contre la tuberculose, de santé en milieu carcéral, de lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l'hypertension artérielle) ; (ii) la production des informations stratégiques complémentaires suivantes : les nouvelles infections par type de population clé ; l'estimation du nombre de PVVIH au sein des populations clés pour générer les cascades, la répartition des causes des nouvelles infections pédiatriques ; (iii)-la mise en place d'un système de surveillance des cas de VIH en alignement aux lignes directrice de l'OMS tout en tirant profit du Projet régional de renforcement du système de surveillance des maladies financé par la Banque Mondiale (iv) la mise en œuvre de l'approche adaptative pour le contrôle et l'élimination du sida (v) l'utilisation des modélisation prédictive de l'épidémie pour le processus de prise de décision (vi) l'accomplissement de la maturité du DHS2.

Le tableau ci-après présente les résultats de haut niveau séquencés. Les détails de l'ordonnancement avec les jalons figurent dans la partie B de la feuille de route.

Tableau 1. Résultats de hauts niveau séquencés

Composantes/Jalons	Année 2025	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030
Leadership politique	RHN 4 : La participation au cycle de vie des programmes de lutte contre le VIH (Coordination, planification, mise en œuvre et suivi-évaluation) des organisations de la société civile et leur autonomisation sont assurées grâce à un renforcement de leurs capacités opérationnelles (institutionnelles, organisationnelles, humaines, Techniques, matérielles et financière) pour une pérennisation de leurs actions à l'endroit des communautés dans une optique de couverture sanitaire universelle avec un large soutien politique et multisectoriel dans la mise en œuvre des interventions à travers des contrats sociaux et maintenue sur toute la période de la riposte.				Maintenu sur toute la période de la riposte	
Jalon	Renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles de XX OSC	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions
Lois et politiques habilitantes	RHN 3 : L'environnement social et juridique est favorable à l'accès et à l'utilisation continue des services VIH pour les PVVIH, les populations vulnérables et les populations clés et maintenu sur toute la période de la riposte			Maintenu sur toute la période de la riposte		
Jalons	Les propositions pour modifier les articles qui entravent l'accès aux services de santé des populations clés et des adolescents sont proposées		Les lois qui entravent l'accès aux soins sont modifiées, adoptées et promulguées	La stigmatisation et la discrimination sont réduites à moins de 5% dans la communauté et en milieu de soins	La stigmatisation et la discrimination sont réduites à moins de 5% dans la communauté et en milieu de soins	La stigmatisation et la discrimination sont réduites à moins de 5% dans la communauté et en milieu de soins
Financement durable	RHN 5 : Le financement des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida sont assurés à 50% par les ressources publiques avec une contribution substantielle des systèmes assurantiels et complété les financements extérieurs et maintenu sur toute la période de la riposte				Maintenu au moins sur la période de la	
Jalons	Le financement public des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida représente au moins 20% des dépenses de la riposte	Le financement public des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida par représente au moins 30% des dépenses de la riposte	Le financement public des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida représente au moins 40% des dépenses de la riposte	Le financement public des interventions clés de la lutte contre le VIH/ représente au moins 50% des dépenses de la riposte	Le financement public des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida représente au moins 50% des dépenses de la riposte	Le financement public des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida représente au moins 50% des dépenses de la riposte
Services et solutions	RHN 1 : Le nombre de nouvelles infections au VIH est diminué chaque année à moins de 690 et reste en dessous du nombre de décès dus au sida parmi les PVVIH					
	RHN 2 : La fourniture et le soutien au traitement sont mis en œuvre conformément aux besoins des patients et aux meilleures pratiques mondiales afin de minimiser les abandons de traitement et garantir une suppression virale durable à plus 95% des PVVIH sur traitement dans toutes les sous-populations, tous les groupes d'âge y compris les enfants vivant avec le VIH et dans toutes les zones géographiques et maintenus sur toute la période de la riposte			Maintenu sur toute la période de la riposte		
Jalons	Atteinte du 1 ^{er} 95 Dépassement du 2 ^{ème} 95 Nombre de nouvelles infections et les décès < 1892	Atteinte du 1 ^{er} 95 Dépassement du 2 ^{ème} 95 Nombre de nouvelles infections et les décès < 1492	Atteinte du 1 ^{er} 95 Dépassement du 2 ^{ème} 95 Atteinte du 3 ^{ème} 95 Nombre de nouvelles infections et les décès < 1091	Nombre de nouvelles infections et les décès < 690	Nombre de nouvelles infections et les décès < 690	Nombre de nouvelles infections et les décès < 690

Composantes/Jalons	Année 2025	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030
Systèmes	RHN 6 : La transition ciblée du personnel de santé y compris les agents de santé communautaire soutenu par les donateurs et nécessaire pour pérenniser la riposte au VIH/sida est assurée de façon efficace et durable par les ressources publiques			<div>Maintenu sur toute la période de la riposte</div>		
	RHN 7 : Le VIH est intégré dans les soins de santé primaire de façon graduelle et un système de surveillance des cas de VIH est mis en place, aligné sur les directives de l’OMS et fonctionnel afin de capturer le minimum d’informations essentielles (y compris comportementales) pour la prise de décision rapide en santé publique et individuelle					
Jalon	30% du personnel de santé y compris communautaires qui étaient pris en charge par les ressources extérieures sont assurés par les ressources publiques Le VIH est intégré aux services de santé sexuelle et reproductive, aux services de pédiatrie, aux services de nutrition, aux services de vaccination, à la santé en milieu carcéral et à la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l’hypertension artérielle)	60% du personnel de santé y compris communautaires qui étaient pris en charge par les ressources extérieures sont assurés par les ressources publiques Le VIH est intégré à la prévention et à la prise en charge de l’hépatite B et C et à la lutte contre la tuberculose	80% du personnel de santé y compris communautaires qui étaient pris en charge par les ressources extérieures sont assurés par les ressources publiques et maintenus sur toute la période de la riposte Le VIH est intégré à la santé mentale, à la prise en charge de la violence sexuelle et sexiste et au traitement de la toxicomanie	Le VIH est intégré aux services de santé sexuelle et reproductive, aux services de pédiatrie, aux services de nutrition, aux services de vaccination à la santé en milieu carcéral et à la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l’hypertension artérielle), à la prévention et à la prise en charge de l’hépatite B et C et à la lutte contre la tuberculose, à la santé mentale, à la prise en charge de la violence sexuelle et sexiste et au traitement de la toxicomanie	Le VIH est intégré aux services de santé sexuelle et reproductive, aux services de pédiatrie, aux services de nutrition, aux services de vaccination à la santé en milieu carcéral et à la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l’hypertension artérielle), à la prévention et à la prise en charge de l’hépatite B et C et à la lutte contre la tuberculose, à la santé mentale, à la prise en charge de la violence sexuelle et sexiste et au traitement de la toxicomanie	Le VIH est intégré aux services de santé sexuelle et reproductive, aux services de pédiatrie, aux services de nutrition, aux services de vaccination à la santé en milieu carcéral et à la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l’hypertension artérielle), à la prévention et à la prise en charge de l’hépatite B et C et à la lutte contre la tuberculose, à la santé mentale, à la prise en charge de la violence sexuelle et sexiste et au traitement de la toxicomanie

Introduction

A travers le monde, des millions de personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement salvateur et devraient mener une vie saine et productive pendant des décennies au-delà de 2030. L'accès à ce traitement a permis d'obtenir les résultats suivants :

- ✓ Réduction de 60% de la mortalité due au Sida entre 2010 et 2022
- ✓ Baisse de la prévalence de 4% en 2002 à 1.7% en 2022
- ✓ 81% des PVVIH sous Traitement
- ✓ 76% des femmes enceintes attendues ont reçu le traitement en 2022 pour prévenir la transmission du VIH de la mère à la l'enfant

Au vu de ces résultats, il est prouvé que les objectifs de mettre fin au sida comme problème de santé publique sont réalisables. Mais, il faut souligné que ces progrès réalisés dans la lutte contre le VIH resteront fragiles et devront être protégés et maintenus au-delà de 2030.

Dans le monde par exemple, la réalisation des objectifs de 2025 peut permettre d'éviter 5 millions de nouvelles infections par le VIH et de sauver 1,8 million de vies supplémentaires d'ici à 2030. Étant donné que la garantie d'un traitement à vie contre le VIH pour les personnes qui en ont besoin représente une obligation multigénérationnelle importante, l'excès de nouvelles infections par le VIH augmentera considérablement la charge fiscale à long terme pour les pays et renforcera encore le défi de la durabilité. Outre les conséquences sur la santé et la vie des personnes, l'incapacité à atteindre les objectifs fixés nuira aux perspectives économiques de nombreux pays.

Les contraintes de financements au niveau mondial (ralentissement des économies suite la pandémie à COVID-19, les problèmes de sécurités, les enjeux environnementaux et les problèmes d'inflation) vont affecter les économies des principaux pays donateurs dans la lutte contre le VIH et la santé.

Partant de ces constats et du risque d'une baisse significative des financements internationaux à moyens termes, une réflexion a été menée par les acteurs du secteur de la santé (ministère en charge de la santé et celui de l'accès universel aux soins, société civile) avec l'appui de l'USAID. Cette réflexion a permis d'avoir une première étude de préparation de la transition des financements internationaux vers les financements nationaux.

Au Togo, la lutte contre le sida a bénéficié depuis plusieurs années, de soutien de plusieurs partenaires dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'ONUSIDA, l'USAID, le PEPFAR, et bien d'autres partenaires. Ce soutien aux efforts du gouvernement a permis au Togo d'accomplir des progrès considérables dans la réalisation de l'objectif consistant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique en réduisant les nouvelles infections par le VIH et les décès liés au sida.

Cependant, il y a d'importantes incertitudes quant à la pérennité des financements internationaux de la riposte au VIH avec un risque d'impact négatif sur les acquis du programme de lutte contre le VIH et sur les trajectoires d'atteinte des objectifs 95-95-95 pour éliminer le Sida comme problème de santé publique en 2030 et dans le post-2030.

Ainsi, un appel urgent à l'action est nécessaire pour maintenir l'élan requis pour suivre la voie de l'éradication de la pandémie de sida à travers l'élaboration de la feuille de route sur la durabilité du VIH adaptée au contexte togolais, afin de guider et d'aider le pays et les partenaires à atteindre l'objectif de 2030 et à obtenir des résultats viables à long terme.

Cette feuille de route sur la durabilité de la riposte au VIH au Togo est essentielle et s'inscrit dans une réflexion plus large en complément de celles déjà menées afin d'assurer la durabilité de l'impact à long terme à travers une reconfiguration transformationnelle de la riposte dans un contexte d'environnements complexes et de priorités concurrentes.

C'est dans ce cadre que le Togo, avec l'appui des partenaires techniques et financiers notamment l'ONUSIDA, le PEPFAR et le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a initié l'élaboration de cette feuille de route pour la durabilité de la riposte au VIH.

1- Approche d'élaboration de la feuille de route

Processus d'élaboration de la feuille de route : une approche à 5 phases

Le processus d'élaboration de cette feuille de route a suivi une démarche participative, inclusive et dans un esprit de co-construction. Il a suivi les phases et étapes ci-après :

1.1 Phase 1 : Mise en marche du processus d'élaboration de la feuille de route

Etape 1 : Mise en place du Groupe technique de Travail (GTT).

Ce groupe a été mis en place par **note de service N001/2024 (Annexe 1)** du coordonnateur national du SP/CNLS-IST mettant en place le Comité de Pilotage de la Feuille de Route sur la durabilité de la riposte au VIH/sida qui fait **office de groupe de travail technique (GTT)**. Pour rappel, le SP/CNLS-IST est l'organe multisectoriel chargé de définir les orientations politiques en matière de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles dont **l'ancrage institutionnel est la présidence de la république du Togo**. La présidence de ce GTT est assurée par **le Secrétariat Général du Ministère de la Santé** en collaboration le SP/CNLS-IST qui assure le secrétariat ce qui **traduit un engagement de haut niveau pour l'élaboration de cette feuille de route**.

Répondant aux exigences d'un **processus participatif et inclusif**, ce GTT est composé des structures de coordination multisectorielle et multipartenaires qui comprend des représentants des principaux ministères et départements gouvernementaux, des réseaux de personnes vivant avec et affectées par le VIH, y compris les femmes et les jeunes, des organisations de la société civile et des partenaires du développement. Les membres de ce GTT ont été choisis (Public, PTF) ou désignés (OSC) en s'inspirant des mécanismes déjà mis en place par le pays pour le pilotage des exercices de planification notamment ceux mis en place dans le cadre de l'élaboration de la demande de financement pour le GC7 et de l'évaluation de l'état de préparation à la transition et la pérennité des financements liés au VIH/sida initié en 2022. Au regard des termes de référence (**Annexe 2 TDR du GTT**), le GTT est chargé des rôles et responsabilités suivants :

- ✓ superviser l'élaboration de la feuille de route pour la durabilité de la riposte au VIH ;
- ✓ organiser un dialogue sur la durabilité et des consultations nationales permanentes ;
- ✓ veiller à l'implication des parties prenantes ;
- ✓ veiller à la mise à jour et à la révision régulière de la feuille de route pour la durabilité de la riposte ;
- ✓ suivre les progrès accomplis dans la réalisation de la vision du pays en matière de durabilité.

Le GTT s'est réuni de façon périodique et a organisé des concertations plus larges pour élaborer également le calendrier de mise en œuvre du processus (**Annexe 3**) et valider les différents livrables du processus avec l'appui de l'équipe de consultants recrutés par le GTT en collaboration avec l'ONUSIDA.

Afin d'assurer une coordination et une communication efficace, le GTT a désigné **un point focal** en la personne du responsable de la planification, du suivi et de l'évaluation du CNLS-IST.

Etape 2 : Revue documentaire.

Le GTT avec l'appui des consultants a fait une revue des documents d'orientation de l'ONUSIDA en particulier les guides d'orientation pour l'élaboration des feuilles de route sur la durabilité de la riposte au VIH (Document sur la Durabilité de la riposte au VIH, Guide d'accompagnement de la feuille de route, Guide d'accompagnement pour réaliser l'évaluation de la durabilité de la riposte au VIH, Outil Excel d'évaluation, Présentation PPT), les ressources analytiques et les différents documents nationaux, régionaux et internationaux sur la lutte contre le VIH (**Annexe 4 liste des documents**). Les ressources analytiques produites par l'ONUSIDA (sur la base des données oubliées par le pays) qui présentent des données et des informations synthétiques de haute portée ont constitué la base de travail pour examiner le paysage de la durabilité du Togo. Ces données et informations ont été complétées par les documents normatifs du pays, études, enquêtes et évaluations dans les domaines sectoriels touchant la durabilité de la riposte au VIH/sida en particulier et des secteurs de développement du pays en général. L'analyse et la synthèse des documents rassemblés ont alimenté les discussions lors du dialogue national sur la durabilité, de l'évaluation de la durabilité de la riposte au VIH et l'élaboration de la partie A de la feuille de route.

L'analyse du financement de santé s'est appuyée d'une part des comptes nationaux de la santé et du REDES et d'autre part du rapport de « Evaluation des ressources actuellement disponibles pour le VIH dans le cadre de la Durabilité » effectué par le PROPEL Santé avec le financement de l'USAID.

La revue documentaire et les consultations avec les acteurs ont permis d'établir la cartographie des parties prenantes.

Etape 3 : Dialogue national

Le dialogue national sur la durabilité a été organisé sous forme d'atelier présentiel les 29 et 30 août 2024 à Lomé. Au cours de ces consultations, il a été enregistré un taux de participation de 93% composé d'hommes, de femmes, de jeunes et des représentants au niveau décentralisé. En effet, sur les 70 personnes invitées, 65 participants (**Annexe 5**) venant des secteurs suivants ont répondu à l'appel :

- Secteur public : Cabinet du ministère de la santé, Direction Régionale de la Santé, Prestataires de soins dans les CHU, Ministère de l'action Sociale, Ministère de l'enseignement, Primature, Assemblée Nationale ;
- Secteur Privé : Chambre de Commerce et d'industrie du Togo (CCIT), Association des grandes entreprises (AGET), Plateforme du secteur Privé de la santé ;
- Secteur de la société civile : Réseau des personnes vivant avec le VIH, Réseau des femmes vivant avec le VIH, Eglise catholique, Association de Population clé, Réseau des ONG œuvrant dans la santé, Plateforme des OSC ; l'association des jeunes vivant avec le VIH+ (REAJIR+)
- Secteur des partenaires techniques et financiers : ONUSIDA, USAID, OMS, EAWA, GIZ, PROPELSANTE.

1.2 Phase 2 : Evaluation de la durabilité de riposte au VIH au Togo

Cette phase a suivi les étapes suivantes :

Etape 2.1 : Evaluation de la durabilité avec l'outil Excel de l'ONUSIDA

A travers l'outil Excel de l'ONUSIDA, une évaluation des cinq (5) domaines de la durabilité ont été effectuées à savoir : **le Leadership Politique ; lois et politiques habilitantes, le financement durable, les services et solutions , les systèmes.**

Etape 2.2 : Validation de l'évaluation de la durabilité de la riposte au VIH

Un atelier de validation des résultats de l'évaluation de la durabilité de la riposte a été organisée le 13/09/2024. Au cours de cet atelier, l'ensemble des parties prenantes ont validé les résultats à la suite des concertations et une reclassification de certaines priorités d'éléments de programmes qui ont été effectuées par les sous-groupes.

Etape 2.3 : Élaboration des résultats de haut niveau, identification des voies de changement et l'ordonnancement des priorités identifiées en matière de durabilité

A la suite de l'étape 2, les parties prenantes ont défini de façon consensuelle les résultats de hauts niveaux et les voies de transformation.

1.3 Phase 3 : Elaboration de la partie A de la feuille route

Étape 3.1 : Affinement et finalisation de la vision sur la durabilité

Sur la base des propositions des groupes de travail lors du dialogue national, une vision partagée sur la durabilité a été définie de façon consensuelle par le GTT et validée au cours des différents ateliers.

Étape 3.2 : Résumé des progrès accomplis sur la voie de la durabilité de la riposte au VIH.

Le Togo a déjà effectué en septembre 2022 une évaluation de l'état de préparation à la transition et la pérennité des financements liés au VIH/sida avec l'appui de l'USAID. Au cours de l'élaboration de cette feuille de route, une analyse de la feuille de route de transition a été faite pour identifier les progrès réalisés et les enseignements à tirer.

Étape 3.3 : Synthèse des résultats de l'évaluation de la durabilité

Étape 3.4 : Finalisation des résultats de haut niveau

Au cours de cette étape, le groupe de travail technique a examiné les chevauchements et les synergies entre les domaines.

Étape 3.5 : Finalisation des voies de changement.

1.4 Phases 4 et 5 : Elaboration de la partie B et Mise en œuvre et suivi de la feuille de route

Ces différentes phases ne concernent pas cette étape de la mission, elles sont prises en compte dans les futurs rapports qui seront partagés ultérieurement.

2- Contexte et Riposte actuelle au VIH au Togo

2.1 Contexte économique, budgétaire et financement de la santé au Togo

2.1.1 Contexte économique et budgétaire

Avec un PIB réel passant de 5,8 % estimé à 8,341 milliards USD en 2022 à 5,6 %¹ en 2023 pour une population de 8,09 M habitants qui croît au rythme de 2,3 % par an, **le Togo appartient à la catégorie des pays à revenu faible selon la classification de la Banque mondiale** avec un PIB/hab de l'ordre de 961,69 USD en 2023.

L'activité économique du Togo demeure faible et la croissance du PIB réel est portée sous l'effet de l'évolution du secteur agricole (contribuant à hauteur de 1 point de pourcentage à la croissance du PIB), de l'industrie (2 points de pourcentage) et des services (2,6 points de pourcentage).

L'inflation a chuté de 7,6 % en 2022 à environ 5,3 % en 2023, sous l'effet de la **baisse des prix des denrées alimentaires et des subventions sur les prix des carburants et de l'électricité**. Le commerce extérieur représente **58 % du PIB** du Togo, les phosphates étant l'une des principales exportations en devises du pays.

Selon la même source, **le déficit budgétaire s'est réduit, passant de 8,3 % du PIB en 2022 à 6,9 % en 2023**, du fait de l'assainissement budgétaire et des réformes de la gestion des finances publiques. **Le solde courant** continuait de présenter un léger déficit structurel, se **creusant de 2,8 % du PIB en 2022 à 3,2 % en 2023**, en raison de la hausse des prix des biens importés. Les crédits à l'économie, notamment au secteur privé pour relancer l'activité économique, ont augmenté de 4,5% en 2023, passant 1 663 milliards de FCFA en 2022 à 1 739 milliards de FCFA en 2023. Le taux de dégradation brute des portefeuilles de crédits des banques est passé de 11 % en mars 2022 à 9 % en 2023 en raison de la reprise des créances en souffrance, ce qui a renforcé la capacité de financement du système bancaire. **De 2019 à 2023, la dette togolaise est passée de 2197,7 milliards FCFA à 3707,82 milliards**, traduisant **une augmentation de 68%** selon le bulletin statistique de la dette de l'administration centrale du Togo au 31 décembre 2023 comme le montre le tableau 1.

Tableau 2 Encours de la dette de l'Administration Centrale budgétaire, Tirages/Emissions et Service de la dette XOF, Million, Taux de change en fin de période (stocks) ou date de l'opération (flux)

	2019		2020		2021		2022		31-déc-23	
	USD	XOF	USD	XOF	USD	XOF	USD	XOF	USD	XOF
Dette Totale	3 758,02	2 197 741,99	4 778,36	2 555 446,23	5 036,87	2 912 477,22	5 426,58	3 337 356,37	6 246,03	3 707 836,27
<i>Dette Extérieure</i>	1 284,68	751 300,47	1 834,86	981 276,36	1 840,05	1 063 975,39	2 107,49	1 296 106,66	2 411,74	1 431 682,14
<i>Dette Intérieure</i>	2 473,34	1 446 441,52	2 943,50	1 574 169,87	3 196,82	1 848 501,83	3 319,10	2 041 249,70	3 834,29	2 276 154,13
Total de Tirages / Emissions	911,59	534 043,86	1 315,49	762 301,26	1 290,17	712 273,47	1 267,43	786 179,11	1 472,91	906 054,63
<i>Dette Extérieure</i>	309,44	181 960,41	468,43	272 322,91	100,19	55 581,99	222,76	138 178,11	332,20	204 350,35
<i>Dette Intérieure</i>	602,15	352 083,45	847,06	489 978,35	1 189,98	656 691,48	1 044,67	648 001,00	1 140,71	701 704,28
Total du Service de la Dette (a + b)	883,76	517 682,86	829,60	480 873,80	918,41	506 232,61	850,22	504 199,89	1 167,34	706 068,18
<i>Service de la Dette Extérieure</i>	80,36	47 237,18	57,16	33 248,83	69,40	39 054,20	172,70	107 846,75	183,47	110 973,54
<i>Service de la Dette Intérieure</i>	803,4	470 445,68	772,44	447 624,97	849,01	467 178,41	677,51	396 353,14	983,87	595 094,64
Total des remboursements de principal (a)	737,16	431 819,65	656,42	381 602,29	737,91	406 436,99	651,52	379 784,97	914,66	553 047,05
<i>Dette Extérieure</i>	65,46	38 441,26	32,83	19 352,29	42,69	24 077,43	134,61	83 995,75	143,47	86 747,34

¹ Note sur les perspectives économiques en Afrique 2024, Banque Africaine de Développement

² Bulletin statistique de la dette de l'administration centrale du Togo au 31 décembre 2023

	2019		2020		2021		2022		31-déc-23	
	USD	XOF	USD	XOF	USD	XOF	USD	XOF	USD	XOF
Dettes Intérieures	671,7	393 378,39	623,59	362 250,00	695,22	382 359,56	516,91	295 789,22	771,19	466 299,71
Total des paiements d'intérêt et commissions (b)	146,6	85 863,21	173,18	99 271,51	180,49	99 795,62	198,70	124 414,92	252,68	153 021,13
Dettes Extérieures	14,9	8 795,92	24,33	13 896,54	26,71	14 976,77	38,09	23 851,00	40,00	24 226,20
Dettes Intérieures	131,7	77 067,29	148,85	85 374,97	153,79	84 818,85	160,61	100 563,92	212,68	128 794,93

Source : DGTCP

Selon les données du ministère de l'économie et des finances sur la dette du pays à fin décembre 2023, entre 2021 et 2023, **le ratio dette/PIB est ainsi passé de 63% (2021) à 66,65% (2023).**

La **dette intérieure représente 61,4% (2276,15 Milliards FCFA) de la dette totale.** Quant à la **dette extérieure**, elle est passée de 751,3 milliards FCFA en 2019 à 1431,6 milliards FCFA en 2023, soit une **augmentation de près de 90%**. Cette dette extérieure est consacrée pour une grande partie à financer des projets d'infrastructures. L'analyse de la dette montre que le risque de surendettement est modéré en dépit de cette évolution, Il est inférieur au ratio de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA) qui est de 70 %. Ces emprunts sont souvent coûteux et exercent une pression accrue sur le service de la dette ; ce qui réduit la capacité du gouvernement à allouer des ressources aux dépenses sociales prioritaires et aux investissements qui favorisent la croissance et la création d'emploi.

De ce qui précède, des initiatives pour une remise de la dette extérieure profitant au secteur de développement et particulièrement à la santé doivent être envisagées en collaboration avec les organisations de la société civile pour donner plus de marge de manœuvre au pouvoir public.

La pauvreté et les inégalités restent élevées. Selon la dernière enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages (2018), l'incidence de la pauvreté était estimée à environ 45,5 % en 2019, contre 53,5 % en 2017. Les inégalités persistent, le coefficient de Gini passant de 0,393 en 2011 à 0,427 en 2017.

Selon la BAD, les perspectives économiques sont favorables. Bénéficiant des réformes structurelles et des principaux projets d'investissement, **le taux de croissance du PIB réel** devrait s'établir à 5,3 % en 2024 et à 6,0 % en 2025, grâce au dynamisme du secteur agricole et de l'investissement privé. La tendance à la baisse de l'inflation devrait se poursuivre pour atteindre 2,7 % en 2024 et 2,1 % en 2025, grâce au maintien des subventions aux prix de l'énergie. **Le déficit budgétaire devrait s'améliorer pour atteindre 6,6 % du PIB en 2024 et 4 % en 2025, grâce aux réformes de la gestion des finances publiques.**



Source: Les données datent de avril 2024 et proviennent des autorités nationales; données pour 2023 sont des estimations et données pour 2024 et 2025 sont des prévisions fondées sur les calculs des auteurs.

Figure 2. Perspective économique du Togo, BAD

La réforme de l'architecture financière mondiale devrait permettre d'optimiser les bénéfices des flux de capitaux internationaux, offrant au Togo un accès privilégié à des ressources concessionnelles substantielles pour répondre à ses besoins de développement croissants. **La mise en place de la feuille de route Togo 2025, qui vise la transformation structurelle et une croissance durable et inclusive doit être accélérée.**

Les principaux risques pour ces perspectives économiques sont une éventuelle **escalade de la violence terroriste, la baisse des rendements agricoles et la volatilité des cours mondiaux du phosphate.** Cependant, ces risques peuvent être atténués par une coordination efficace des politiques budgétaires, la poursuite des réformes structurelles, le dialogue politique et l'apaisement social.

2.1.2 Financement de la santé au Togo

Le Togo a élaboré une stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) pour la couverture sanitaire universelle (CSU) pour la période 2020-2024. Cette stratégie repose essentiellement sur trois sources : **1- l'État** à travers une **allocation budgétaire sur les ressources internes** ; **2- les partenaires techniques et financiers** par un appui financier aux programmes de santé et **3- le privé** constitué des ménages, des entreprises et les Institutions sans but Lucratif au service des ménages avec des **mécanismes assurantiels créant une opportunité pour le financement durable**. Parmi ces mécanismes assurantiels figurent :

- (i) **l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM)** qui couvre que 4,7% de la population (principalement les fonctionnaires et assimilés, mais de plus en plus d'autres catégories de travailleurs) et assure le risque financier lié à la maladie, aux accidents et maladies non professionnelles et à la maternité des bénéficiaires et prend en charge la consultation, l'hospitalisation, la pharmacie, les actes médicaux et paramédicaux, la chirurgie, les analyses, l'imagerie, la grossesse et l'accouchement ainsi que les appareillages. Le financement de ce régime est assuré par l'Etat employeur et les travailleurs qui participent chacun à hauteur de 3,5% de leur revenu (INAM, 2024).
- (ii) **L'Assurance Maladie Universelle (AMU)** pour les travailleurs du secteur informel et du secteur privé a été mis en place selon les dispositions suivantes : la loi N°2021-022 du 18 octobre 2021 instituant l'Assurance Maladie Universelle en République Togolaise, le Décret N°2023-097/PR confiant la gestion de l'assurance maladie universelle (AMU) à l'institut national d'assurance maladie (INAM) et à la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), le Décret N°2023-093/PR fixant le panier de soins de référence de l'assurance maladie universelle (AMU) pour les salariés du secteur public et les travailleurs du secteur privé formel et le Décret N° 2023-096/PR fixant les taux, montants et modalités de recouvrement des cotisations sociales et autres contributions dues au titre de l'assurance maladie universelle (AMU). L'AMU a commencé à offrir ses premières prestations le 1er Avril 2024. Au 20 octobre 2024, 502341 personnes sont bénéficiaires.

Le taux de cotisation due par les travailleurs salariés au titre de l'AMU est fixé à 10% des rémunérations mensuelles soumises à cotisation à raison de 5% au moins, soit la moitié du taux de cotisation à la charge de l'employeur et le reste à la charge du travailleur salarié.

- (iii) **les mutuelles de santé communautaires (MUSA) et les compagnies d'assurance privées** parmi lesquelles on dénombre 26 fonctionnelles avec un nombre total de 160 000 soit 1,66% de la population togolaise (Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2020) qui fonctionnent selon une adhésion volontaire et ciblant principalement le secteur informel et agricole afin de permettre l'accès aux soins de santé à TOUS et particulièrement les groupes de personnes spécifiques tels que les enfants, les femmes, les personnes vivant avec un handicap, les indigents, les personnes souffrant de pathologies particulières (VIH/Sida, tuberculose, paludisme, etc.).

D'une manière Globale le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2023-2027) prévoit d'augmenter la proportion de la population couverte par le régime unique d'assurance maladie de 5,37% en 2021 à 60% d'ici 2027.

Selon les comptes Nationaux de la santé de 2020-2021, le volume de financement de la santé est passé de **255 699,7 Millions de F CFA en 2017 à 314 053,2 Millions en 2021** soit une **augmentation de 18.5% sur la même période**. Ainsi, le Togo consacre 5.6% de son PIB aux dépenses courante de santé. L'analyse des sources de financement montre que **14.8% proviennent de l'Etat, 75.7% du privé** (dont les dépenses des ménages qui constituent 65,9% des dépenses courantes de santé sous forme de paiement direct). Il ressort du rapport que **les dépenses courantes de santé sont essentiellement supportées par les ménages ce qui constitue un risque financier d'accès aux services de santé**. Ce

risque est accentué avec la hausse de l'indice des prix harmonisé à la consommation (INHPC) qui réduit les marges de manœuvre des ménages aux dépenses de santé.

La figure 2 présente l'évolution des différentes sources et leur évolution.

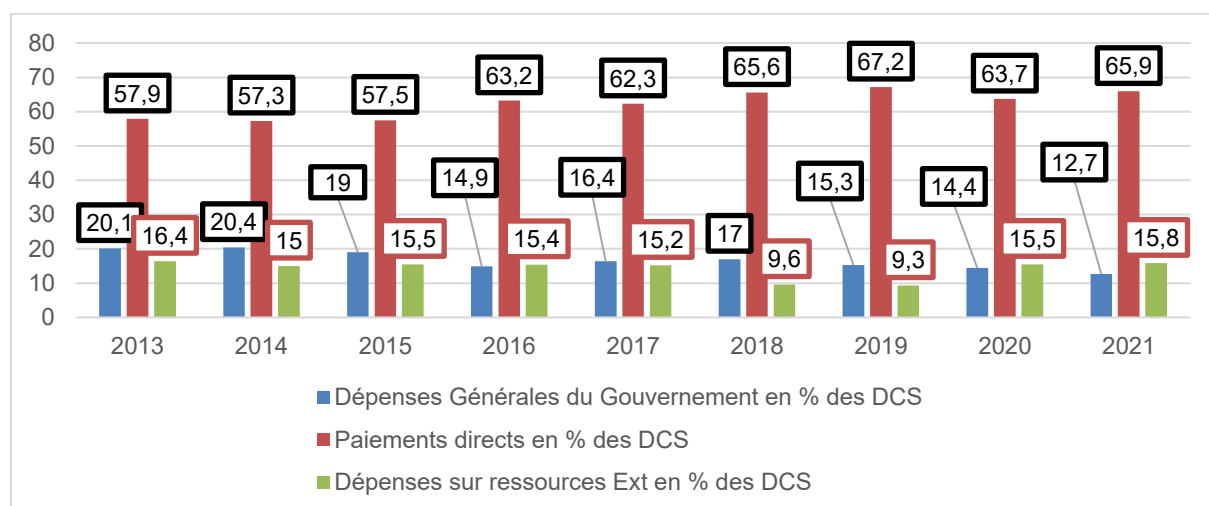


Figure 3 : Sources de financement de la santé
Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

Bien que le budget de l'État consacré à la santé ait évolué progressivement en termes nominaux, **son rythme de croissance est inférieur à celui du budget général de l'État**. Cela se traduit par une variation en dents de scie du budget de la santé : il a diminué entre 2001 et 2010 (passant de 7,28 % à 3,54 %), est resté stable entre 2010 et 2015 (de 3,74 % à 3,73 %), puis a augmenté entre 2016 et 2022 (de 5,14 % à 5,15 %), atteignant un pic notable de 8,3 % en 2020. **Cependant, ce budget est resté en dessous des objectifs d'Abuja auxquels les pays ouest-africains se sont engagés (15%).**

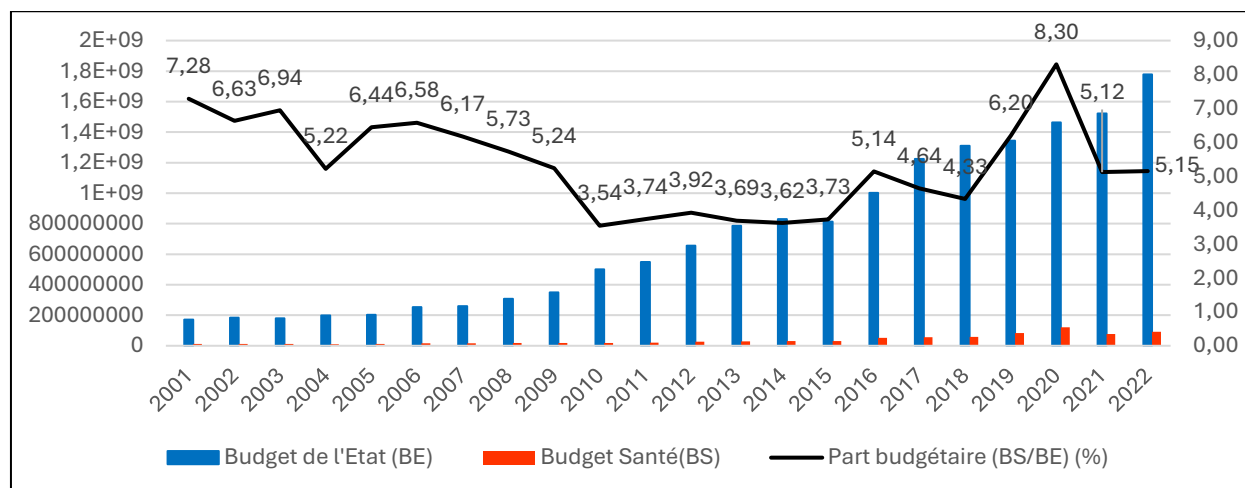


Figure 4 : Evolution du budget de l'état consacré à la santé
Source : Rapport d'évaluation PNDS 2017-2022

L'annexe 6 présente l'évolution des principaux indicateurs de santé de 2017 à 2021. L'analyse tendancielle des indicateurs des dépenses de santé révèle que la part des dépenses courantes de santé par rapport au PIB a connu un repli entre 2017 et 2021 passant respectivement de 6,5 % à 5,6%. Quant aux dépenses courantes de santé par habitant, elle est passée de 33 194 FCFA à 33 294 sur la même période. La figure ci-dessous illustre l'évolution de ces deux indicateurs entre 2000 et 2021.

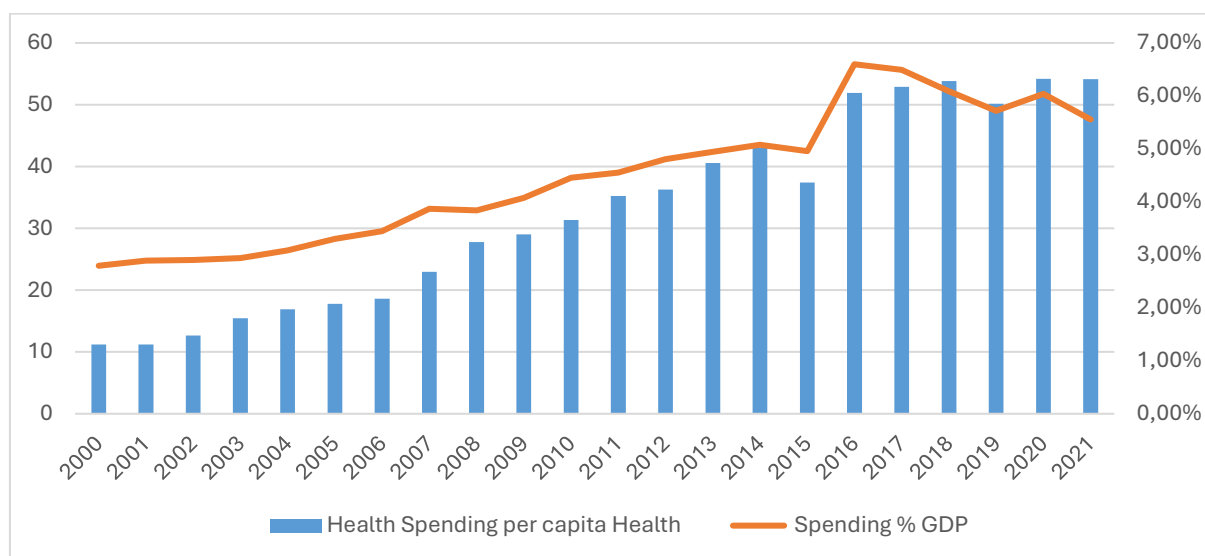


Figure 5: Evolution des dépenses courantes en proportion du PIB et dépenses courantes par tête
Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

Dans la figure ci-dessus, on constate que depuis 2011, les dépenses gouvernementales ont diminué, tandis que les contributions extérieures ont continué à croître et semblent y avoir un effet de substitution, où les ressources publiques sont progressivement remplacées par celles des partenaires externes ce qui constitue un risque élevé pour la durabilité.

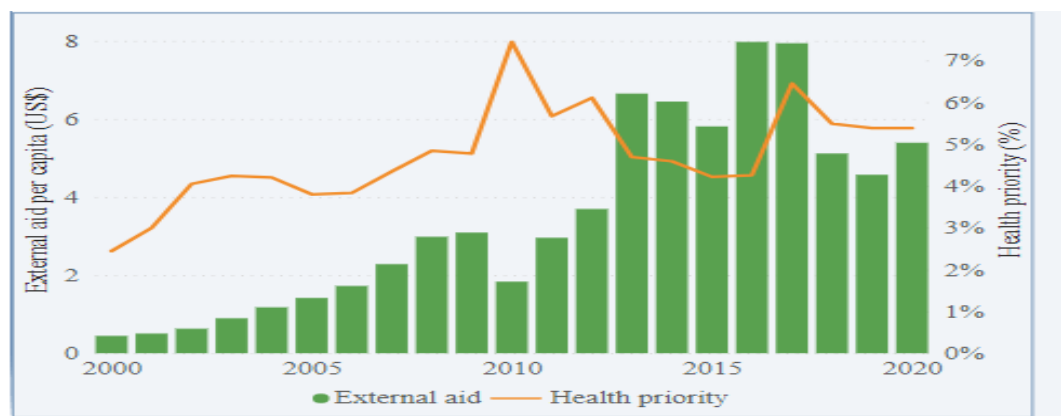


Figure 6 : Evolution des dépenses du gouvernement et celles provenant de l'extérieur
Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

Par ailleurs, la diminution des contributions du gouvernement se traduit également par l'augmentation des paiements directs des ménages comme l'illustre le graphique ci-dessous.



Figure 7 : Dépenses du gouvernement et paiement direct en proportion des dépenses courantes de santé
Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

Selon les régimes de financement, les paiements directs occupent la proportion la plus élevée, suivi du régime dépenses du Gouvernement et régime obligatoire d'assurance maladie, puis du régime des contributions volontaires. La figure ci-dessous présente le poids de chacun de ces régimes.

A partir de 2017, on note une baisse des dépenses du Gouvernement et régime obligatoire d'assurance maladie, ce qui se traduit par une augmentation des paiements directs.

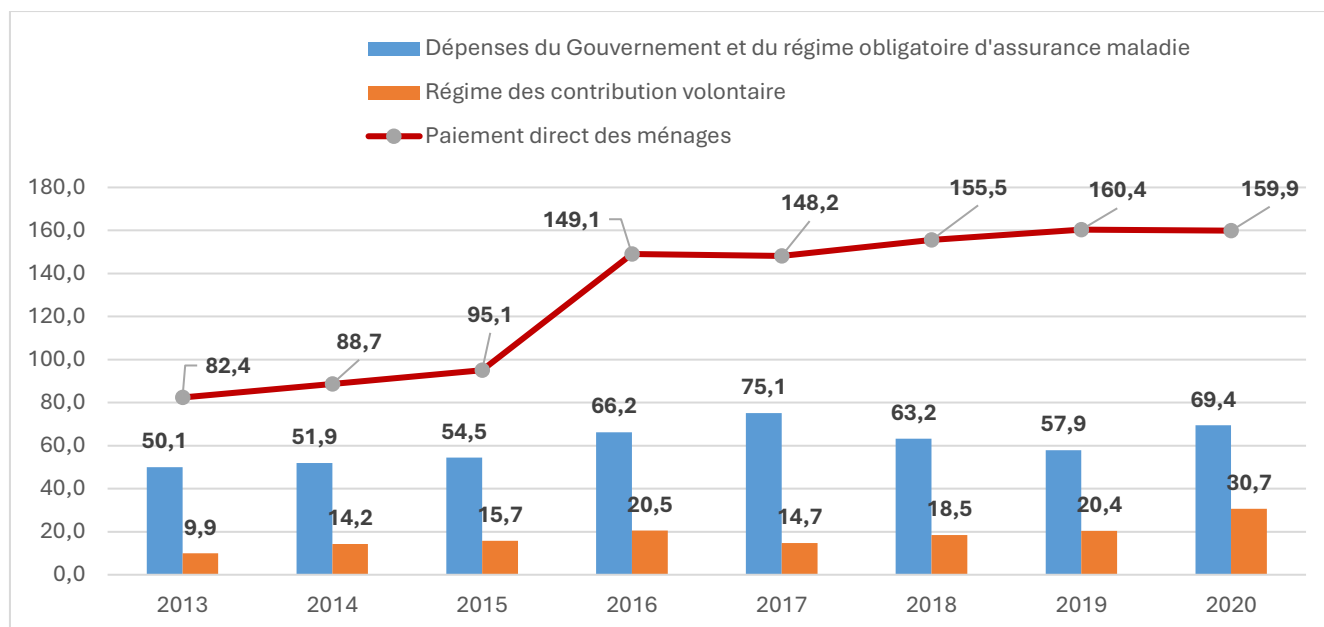


Figure 8: Dépenses de santé par régime de financement de la santé
Source : Comptes de la santé et Global Health Expenditure Database

De l'analyse des indicateurs on note que les dépenses de santé sont encore trop faibles pour garantir un accès équitable aux interventions et services essentiels de base.

2.2 Contexte épidémiologique et riposte nationale au VIH au Togo

La riposte au VIH/sida au Togo a enregistré ces dernières années des résultats très encourageants et place le pays sur la bonne voie du contrôle et de l'élimination du sida. En effet, l'épidémie est de type généralisé mais en déclin depuis plusieurs années. Les nouvelles infections sont en baisse de 65% entre 2010 et 2023. Le net recul des nouvelles infections ces dernières années est à mettre au crédit d'une stratégie tester et traiter et de la prévention biomédicale. Quant aux décès, ils ont connu une baisse de 63% sur la même période.

Partant de la **définition de la durabilité à long terme** mentionné dans le guide d'accompagnement de l'ONUSIDA et endossé par le pays à savoir : (i) **Prévoir, prévenir, détecter et répondre aux nouvelles infections** (ii) **Maintenir la suppression de la charge virale, en atteignant les objectifs de 95-95-95 et la suppression virale au niveau de la population parmi les personnes vivant avec le VIH, de plus de 86 % dans tous les groupes d'âge et les sexes, ainsi que dans les populations clés** (iii) **Atteindre les objectifs 10-10-10, en mettant fin ou en réduisant les inégalités qui alimentent l'épidémie du VIH, une accélération des efforts est indispensable pour être au rendez-vous de 2025 et 2030 mais aussi au-delà.** De l'analyse des données quantitatives, il se dégage les points d'attention suivants pour la durabilité de la riposte au VIH/sida :

- La prévalence de l'infection à VIH est de 1.61% selon le Spectrum 2023 mais avec des **disparités préoccupantes au sein des populations clés**. Les enquêtes de séro surveillance réalisées en 2021 montrent que la prévalence chez les **HSH est de 8.7% (Vs 21,98% en 2017)** chez les **PS est de 5,8% (Vs 13,2% en 2017)**, chez les **UD 4.8%** et chez les **détenus 3.7%**. Ces données montrent qu'il y a une grande progression dans la réduction du taux de prévalence entre les différentes enquêtes de séro surveillance mais **reste toujours élevé** et présage une part importante des nouvelles infections chez ces populations à risques.
- Les progrès par rapport aux objectifs de l'ONUSIDA 95-95-95 sont les suivants : sur les 105 000 PVVIH estimées en 2023 par Spectrum , **89%** connaissent leur statut sérologique, **99,9%** d'entre elles sont sous ARV et **90,35%** ont eu une charge virale supprimée. L'analyse de la cascade des 95-95-95 montre que **16 348 PVVIH ne sont pas dépistés** ce qui traduit un retard dans le diagnostic des PVVIH (6 points de pourcentage des objectifs de 2025) et constitue un facteur facilitant à l'augmentation des nouvelles infections. L'analyse géographique montre que **84% des PVVIH qui manquent à l'appel sont localisées dans les régions de Grand Lomé, Maritime et des Plateaux**. Dans ces différentes régions, **61% des PVVIH qui ne sont pas encore dépistées et enrôlées dans les structures de soins sont des hommes et localisées dans les préfectures suivantes : Golfe ; Agoe Nyive ; Lacs ; Vo ; Yoto ; Zio ; Agou ; Haho ; Kloté ; Ogou** (<https://naomi-spectrum.unaids.org/>).

La cascade des 95-95-95 montre également des **disparités entre les adultes et les enfants** mais également entre **les hommes et femmes** qui ont une couverture faible par rapport aux femmes (76% vs 92%). En effet, seulement **67%** des enfants séropositifs sont inscrits dans les structures de soins contre **89%** chez les adultes.

- Concernant les nouvelles infections, selon les données de Spectrum de 2023, sur les 2293 nouvelles infections à VIH, **27% (608/2293) concernent les nouvelles infections (0-4 ans) pédiatriques faisant de la PTME une priorité absolue** malgré que le Togo occupe une place de choix au niveau régional.

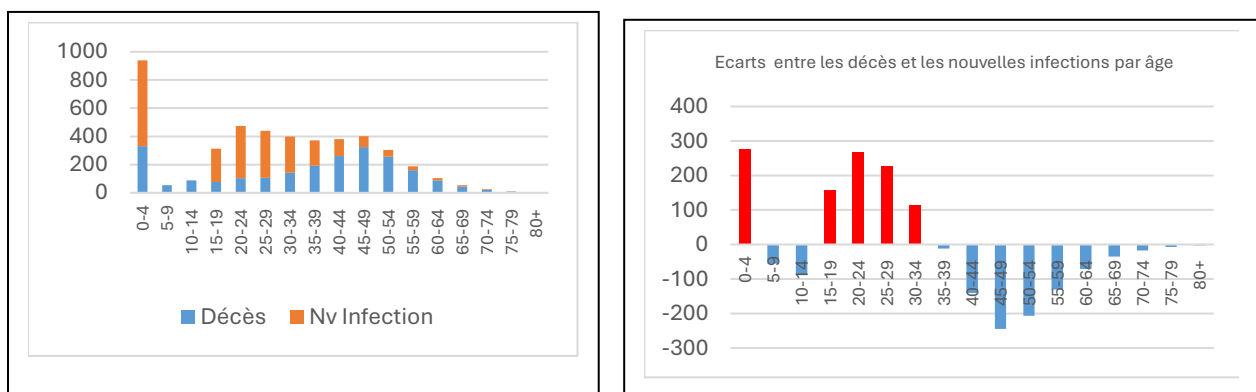


Figure 9 Nouvelles infections et décès par tranche d'âge

Quant aux **nouvelles infections chez les adolescent.e.s et les jeunes, elles sont estimées à 57% chez les 15- 34 ans**. La distribution régionale montre que 83,4% des nouvelles infections sont enregistrées à Lomé (46,4%), Maritime (23,4%) et Plateaux (12,7%) (<https://naomi-spectrum.unaids.org/>).

Bien qu'à l'échelle nationale, le Togo soit sur la bonne voie pour atteindre le contrôle de l'épidémie, il existe des différences significatives dans les résultats entre les adultes et les enfants, les hommes et les femmes ainsi qu'entre les régions, qui doivent être prises en compte pour parvenir à un contrôle complet de l'épidémie dans le pays. **Une accélération des interventions ciblées est nécessaire pour réduire les gaps persistants et atteindre pleinement les objectifs et parvenir à contrôler durablement à l'épidémie en vue de son élimination à l'horizon 2030.**

2.3 Evaluation de l'état actuel de la durabilité

2.3.1 Travaux antérieurs sur la durabilité et progrès dans la mise en œuvre des recommandations

2.3.1.1 Travaux antérieurs sur la durabilité

Le Togo avec l'appui des partenaires techniques et financiers a mis en œuvre plusieurs initiatives pour poser des jalons de la durabilité des réponses pour la santé en général et le VIH en particulier. Parmi ces initiatives figurent :

-Planification de la transition et de la pérennité des financements : Dans le cadre du processus de la planification de la transition et de la pérennité des financements, le ministère de la santé du Togo, avec l'appui de l'USAID a entrepris en 2022, une évaluation de la préparation de la transition des financements internationaux vers les financements nationaux pour la riposte contre le VIH. Ce travail s'était inscrit dans une réflexion plus large pour augmenter les ressources financières nationales dans le but d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle. A travers cette réflexion, un ensemble de **quatre domaines de risques ont été identifiés** en cas de transition non réussie **i) les risques liés à la prestation de services, ii) les risques programmatiques, iii) les risques financiers et iv) les risques liés aux organisations de la société civile.**

Pour mitiger ces risques, les parties prenantes ont élaboré, au cours d'un atelier de cocréation en aout 2022 une feuille de route proposée au gouvernement. La vision de cette feuille de route est **d'augmenter de 40% le financement national actuel de la lutte contre le VIH SIDA d'ici 2030.**

La feuille de route contenait entre autres des stratégies pour un renforcement de l'intégration des prestations du VIH dans le paquet de bénéfice de l'AMU, l'amélioration de la participation des collectivités locales au financement de la riposte contre le VIH, le développement de stratégies d'autonomisation des OSC, le renforcement du partenariat entre OSC, l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources avec une adoption de normes de qualité des services et un dispositif de gestion robuste, la mise en place d'une stratégie nationale de mobilisation inclusive de fonds et la valorisation des compétences locales pour réduire les coûts des travailleurs internationaux. Pour accompagner la mise en œuvre du plan de transition, les recommandations suivantes ont été formulées :

Réaliser un scénario des besoins financiers en fonction des ressources disponibles dans les programmes VIH/SIDA pour le jumelage Plan de transition-PSN.
Estimer avec les différents PTF notamment le FM, les coûts des activités qu'ils pourraient continuer de subventionner durant cette phase de transition ;
Définir et étudier les services qui pourraient entrer dans le paquet d'activités de soins de la CSU ;
Estimer le coût de ces paquets de prestations VIH surtout les prestations liées aux activités de dépistage, de recherche active des perdus de vue, de sensibilisation ;
Faciliter la mise en place de contrats sociaux Gouvernement-OSC.

Un comité de suivi devrait être créé par le MSHPAUS en coordination avec le CCM et le CNLS. Ce comité ou groupe de travail chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de préparation à la transition et de veiller au respect de l'exécution de la feuille de route n'a pas été mis en place de façon officielle.

2.3.1.2 Progrès dans la mise en œuvre des exercices antérieurs de durabilité et des recommandations

Les recommandations n'ont pas été mises en œuvre et les activités menées sont marginales pour induire les changements escomptés notamment l'augmentation de 40% du financement national de la riposte. Toutefois, pour la mise en œuvre du plan de transition, l'USAID, à travers le projet #EAWA accompagne le pays pour la mise en œuvre du plan de pérennisation des financements. Dans le cadre de la CSU le projet ExpandPF et #EAWA font l'effort de l'intégration des services sur leur sites de convergence

Mais il faut souligner qu'en 2024, le pays a augmenté de 400 Millions sa subvention pour les interventions VIH à travers une ligne budgétaire pour le PNL et des jalons de durabilité sont posés à travers : prise en charge des bilans de biochimies qui sont intégrés à l'AMU, la prise en charge des PVVIH dans la politique de protection sociale pour atténuer les risques financiers à l'accès aux soins à travers un arrêté interministériel.

2.3.2 Etat actuel de la durabilité de la riposte au VIH au Togo

En sus des analyses quantitatives effectuées à travers les ressources analytiques et les revues documentaires, une évaluation qualitative effectuée à travers l'outil d'évaluation EXCEL de l'ONUSIDA sur les **cinq domaines, 21 sous domaines et 125 éléments de programmes a permis de compléter l'évaluation de la durabilité de la riposte au VIH au Togo**. Cette évaluation qualitative a été réalisée à travers les orientations définies par l'ONUSIDA dans le guide d'accompagnement de la durabilité qui décrit cinq domaines d'analyse (**Leadership politique ; Lois et politiques habilitantes ; Financement durable, Services et solutions, Systèmes**) dans le cadre de la durabilité de la riposte au VIH/sida qui vise à mettre fin au sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030.

Les notes obtenues par domaine varient entre **1,9 et 2,93 sur une échelle de 3** ce qui montre des priorités absolues à modérées. Les résultats de l'évaluation ont permis d'avoir une représentation visuelle, le « diagramme en toile d'araignée » qui fournit une représentation de haut niveau de l'évaluation de l'état du pays dans les cinq domaines (Figure 9). **La classification des priorités en matière de durabilité est définie à travers l'analyse de l'écart entre la situation actuelle de l'élément de programme et les ambitions du Togo pour une réponse durable.**

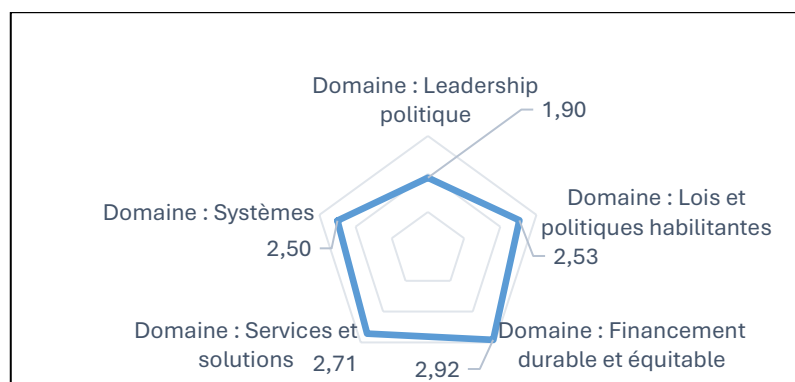


Figure 10. Résultats de l'évaluation selon les domaines.

Il ressort de cette évaluation les constats spécifiques suivants :

2.3.2.1 Leadership politique (Niveau de priorité 1,90)

Au regard des résultats de l'évaluation validés par les parties prenantes, **il a été affirmé l'existence d'un leadership politique au plus haut niveau pour la gouvernance de la riposte au VIH**. Ce leadership politique s'est traduit par la mise en place du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) par décret n° 2001-173/PR portant création du CNLS/IST avec un secrétariat permanent qui traduit la vision du CNLS en orientations politiques et plans stratégiques dont l'ancrage institutionnel est la présidence de la république du Togo. A côté du CNLS, il existe le programme national de lutte contre le sida qui est le bras technique des orientations stratégiques de la riposte. Ainsi, depuis 23 ans, le Togo dispose d'une structure de gouvernance de la riposte au VIH. Le CNLS et le PNLS sont financés par les subventions de l'état, les contributions des organisations internationales et les ressources diverses. Des résultats de l'évaluation, à l'unanimité, il est déclaré que la riposte de la lutte contre le VIH/sida dispose d'un système de gouvernance claire qui permet de prendre les décisions et d'orienter la lutte contre le VIH. Cette volonté politique s'est traduite par une ligne budgétaire dédiée au VIH qui a connu une augmentation en 2024 de plus de 400 Millions pour l'achat des ARV et autres intrants pour les interventions VIH à travers la ligne budgétaire du PNLS. Pour garantir la pérennité du programme, des efforts sont faits pour renforcer les capacités des acteurs nationaux, y compris les organisations de la société civile et les structures de santé, à planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer des programmes de lutte contre la maladie. Dans ce cadre un CLM est mis en place et opérationnel.

Dans le cadre des « three Ones » la lutte contre le VIH/sida au Togo dispose :

- Un seul cadre de coordination qui est le CNLS ;
- Un seul cadre de Suivi Evaluation ;
- Un seul cadre de mise en œuvre matérialisé par le PSN.

Malgré l'existence du Three ones, les mécanismes de mise en commun des fonds pour la mise en œuvre de la riposte au VIH sont faibles.

Par ailleurs, le Togo fait l'effort d'intégrer les organisations de la société civile y compris les populations clés dans les instances de gouvernance de la riposte du VIH. Elles sont représentées/présentes au CCM, au CNLS et font partie des membres des différents groupes techniques de travail.

Dans le Plan Stratégique de la lutte contre le Sida, la coordination des interventions de la société civile a été confiée à la Plateforme des OSC VIH et UONGTO. Ainsi, depuis 2022, la subvention que le CNLS accorde à la société civile est passée de 20 millions à 25 millions.

La Plateforme des OSC VIH et UONGTO sont également sous bénéficiaires du Fonds mondial et sont impliqués dans la mise en œuvre des interventions VIH au niveau National.

Malgré le cadre institutionnel et organisationnel mis en place, on note **des insuffisances dans la tenue des réunions statutaires du CNLS (dernière réunion date de 2009)** et des cadres de concertation entre les ministres de la Santé et celui des Finances en dehors du processus budgétaire pour discuter du financement de la santé.

Actuellement, il est important de renforcer le cadre de concertation entre les différents acteurs qui financent la lutte contre le Sida au Togo notamment entre le Fonds mondial, le PEPFAR, le système des Nations Unies (SNU) et le secteur privé, etc. Par ailleurs, il faut noter les efforts du gouvernement pour améliorer le **partenariat public-privé à travers le cadre annuel de concertation entre le Ministère de la santé et les acteurs du secteur privé de santé.**

Dans le **nouveau dispositif gouvernemental** il a été mis en place un **Ministère de l'Accès Universel aux Soins et de la Couverture Sanitaire**. Cette nouvelle création confirme l'intérêt que le gouvernement accorde à la couverture sanitaire universelle (CSU).

2.3.2.2 Lois et Politiques habilitantes (Niveau de priorité 2,53)

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution qui dispose en son article 34 que « l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir ». **Par ailleurs, la Togo a adhéré à la majorité des instruments fondamentaux aux droits de l'homme.** Ainsi, le Togo s'est engagé à promouvoir et à protéger **le droit à la santé pour TOUS** comme réaffirmé dans la vision et les valeurs du PNDS 2023-2027 et s'est efforcée à le garantir par le biais des politiques nationales de lutte contre le VIH/sida. Cette volonté politique pour le respect des droits humains s'est traduite également par la mise en place dans le dispositif gouvernemental d'un **ministre en charge des droits de l'Homme.**

Malgré les efforts dans la mise en œuvre de lois et de politique, certaines dispositions réglementaires ne permettent pas à la riposte au VIH de fonctionner efficacement. **Il s'agit des dispositions réglementaires telles que la loi fixant l'âge minimum pour le test VIH (15 ans), la loi sur le VIH (Faible prise en compte des personnes handicapées dans la loi VIH et les diverses politiques en matière de VIH) et la loi sur les délits sexuels qui entravent la capacité du programme à atteindre les groupes les plus à risques des nouvelles infections et des décès liés au VIH à l'origine de l'épidémie.**

Les obstacles juridiques au dépistage, à la prévention et au traitement du VIH augmentent non seulement le risque de transmission individuelle, mais également la probabilité que les populations à risque propagent le virus.

La stigmatisation et la discrimination sont toujours présentes en milieu de soins et dans la communauté et constituent **un obstacle pour l'atteinte du 1^{er} 95**. Des résultats de **l'index stigma 2.0** de 2021 montre des expériences de stigmatisation et de discrimination pour d'autres motifs que le statut sérologique. Il s'agit de l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la pratique du commerce du sexe, l'usage de drogues injectables. Selon le même rapport, **la stigmatisation pour tous les services de santé est estimée à 10.5%, pour les soins de santé liés au service VIH à 10.5% et pour les services de santé non liés au VIH à 12,5%.** La stigmatisation et la discrimination restent des facteurs importants du faible recours au dépistage et constituent des facteurs de dissuasion pour le traitement.

De façon plus récente, le rapport de **l'Observatoire des Droits Humains (ODH)** de 2023, sur les 313 cas de stigmatisation et de discrimination, le référencement des personnes stigmatisées et discriminées pour une prise en charge a concerné 254 victimes soit 81.15%. Cette prise en charge a plus concerné le service psychologique avec 175 cas, suivi des plaintes au niveau des forces de l'ordre avec 25 cas. On a noté que 15 cas ont été suivis par les leaders communautaires et **10 cas ont fait l'objet de poursuites judiciaires.** L'un des points faibles reste **l'accompagnement judiciaire en cas de stigmatisation et de violation des droits des malades et des populations cibles de la riposte nationale.**

Situation des 10-10-10

1^{er} 10 : Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes de stigmatisation et de discrimination

L'enquête index stigma 2.0 de 2020 a montré que la stigmatisation et la discrimination associée au VIH ne régressent pas pour autant. Tous les domaines de la vie sociale sont touchés par le phénomène. Les rapports annuels de l'Observatoire des Droits Humains et VIH confirment cette situation. On trouve des comportements néfastes à l'endroit des PVVIH et des populations clés, au travail, dans la famille et plus grave encore dans les formations sanitaires.

2^{ème} 10 : Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH, des femmes et des filles, et des populations clés sont victimes d'inégalités et de violences reposant sur le genre.

Pour être efficaces, il faut que les ripostes à la pandémie du sida visent les causes profondes du risque et de la vulnérabilité au VIH, y compris les normes socioculturelles relatives au comportement sexuel des hommes et des femmes, mais aussi la question de l'accès à l'éducation, à l'information sur les services de prévention et de santé, ainsi qu'aux possibilités de travail décent. À ce titre, il est nécessaire d'adopter une approche intégrant la perspective de genre si l'on veut répondre véritablement aux besoins des femmes et des hommes, des filles et des garçons dans la riposte au VIH. C'est dans ce sens **qu'une feuille de route 2020-2025 du Gouvernement (Togo 2025), dont le 1^{er} axe vise à « Renforcer l'inclusion et l'harmonie sociales et consolider la paix », il est mis en œuvre de deux programmes importants pour la protection sociale : la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et celle du Registre Social Unique (RSU) afin de réduire les inégalités croisées qui ralentissent les progrès vers la fin du sida et l'amélioration du bien-être, de la dignité humaine et de la productivité des ménages touchés par les maladies.** A cela s'ajoute la mise en place d'une politique nationale de protection sociale (PNPS) et un plan d'action Genre et VIH couvrant la période 2022-2025 pour réduire les inégalités.

D'après le dernier rapport de la Banque mondiale "Women, Business and the Law", le pays est également classé comme le premier réformateur africain en matière de lois pour la défense des droits des femmes.

Malgré ce dispositif important, les inégalités persistent dans les domaines de l'accès aux opportunités économiques, à l'éducation et à la santé notamment chez les femmes et sont exacerbées par les différentes crises sanitaire, sécuritaire, économique, financière et climatique mondiales.

3^{ème} 10 : Moins de 10 % des pays ont des lois et des règles punitives

Au Togo, l'environnement juridique est favorable au PVVIH mais il l'est moins pour les Populations Clés. Le Code pénal criminalise les pratiques homosexuelles. Ceci n'offre pas de garantie aux HSH qui, par peur, se taisent et ne bénéficient pas de soins appropriés. Bien que la profession de sexe ne soit pas pénalisée au Togo, il y a un aspect de la pratique en l'occurrence le racolage qui est puni par la loi.

En effet, l'article 392 du code pénal en vigueur au Togo, condamne l'homosexualité qui est passible d'un à trois ans de prison ferme, assortie d'une amende d'un à trois millions de francs CFA. Aussi, l'article 398 du code pénal condamne à une amende entre cent mille (100 000) et trois cent mille (300 000) francs CFA toute « personne qui se livre publiquement au racolage en vue de se prostituer », peine pouvant aller jusqu'à une amende de cinq cent mille (500 000) francs CFA et entre dix et trente (10-30) journées de travail d'intérêt général, en cas de récidive. Ces dispositions pénales peuvent menacer la continuation des programmes destinés aux populations clés si les organisations mettant en œuvre les programmes de santé à l'endroit des populations clés ne reçoivent plus de financement pour lever les barrières à l'accès aux soins de ces populations clés.

2.3.2.3 Financement durable et équitable (Niveau de priorité 2,92)

Sur une échelle de 3, la priorité de durabilité des financements nationaux est évaluée à 3 (élevée) et celle des internationaux à 2,75. En effet, selon les différents rapports, la riposte au VIH/sida est financée de trois sources principales : d'une part le budget de l'Etat et d'autre part la subvention du Fonds Mondial et de l'USAID. Depuis 2019, les fonds internationaux sont dominés par les ressources du Fonds Mondial et de l'USAID à travers le PEPFAR. Le système des Nations Unies accorde des financements qui sont moindres. Mais il apporte surtout une assistance technique incontournable au pays.

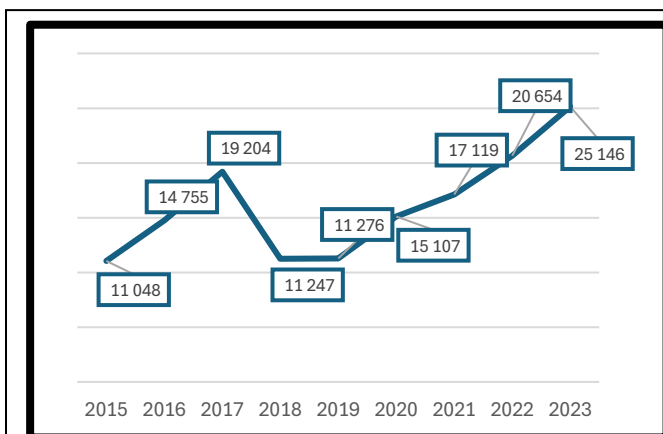


Figure 12. Evolution des dépenses de lutte contre le VIH

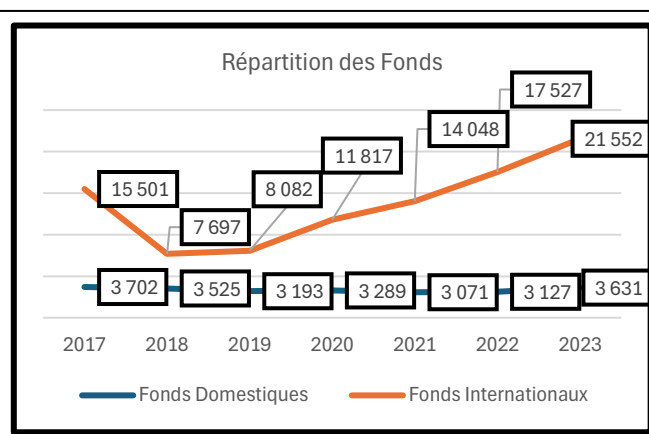


Figure 11. Evolution des dépenses de lutte contre le VIH

Selon les résultats des REDES, l'analyse de la tendance des dépenses de la lutte contre le sida au Togo montre que depuis 2015 le pays dépense **en moyenne 15 milliards de FCFA chaque année**. Mais à partir de 2021, les montants mobilisés sont passés de 17 milliards FCFA en 2021 pour atteindre **25 milliards F CFA** en 2023 grâce au financement du Fonds mondial et de l'USAID à travers le projet PEPFAR. **Cela représente un risque élevé pour la viabilité financière de la riposte au VIH dans le pays.**

Par exemple pour l'année 2023, l'évaluation montre que les dépenses consacrées à la lutte contre le sida en 2023 sont **estimées à 25 184 643 343 F CFA**, soit un taux de mobilisation de **99%** par rapport au budget prévu pour l'année dans le plan Opérationnel de 2023 (**25 447 078 989 FCFA**) et de **95%** par rapport à l'année 2023 du PSN 2023-2026 (**26 427 936 002 F CFA**). De ces dépenses, **85,58% proviennent des financements extérieurs répartis comme suit** : Fond mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour un montant de **13 887 628 233 FCFA** et le gouvernement américain à travers le programme PEPFFAR/USAID pour des dépenses de **5 471 996 092 FCFA**. Concernant les fonds domestiques qui représentent **14,42%** ils sont **estimés à 2 212 281 636 FCFA pour le public et 1 419 585 608 CFA pour le secteur privé**. Ainsi, **les ménages contribuent à hauteur de 39% des dépenses domestiques pour la riposte** alors que selon l'OMS, la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé doit être inférieure à 20%. **En 2021, les dépenses de santé des ménages par paiement direct en % de la Dépense courante de santé (DCS) étaient à 66%**. Les dépenses d'accès aux services de lutte contre le VIH sont prises en charge pour une grande partie par les utilisateurs (patients) **ce qui crée un risque financier lié au paiement des services de santé et contribue aux inégalités d'accès**. Ainsi, le risque des dépenses catastrophiques de santé reste encore très élevé au Togo. Les coûts élevés des bilans pré thérapeutiques constitue également un facteur bloquant à l'accès aux soins.

Pour juguler les risques financiers, le Togo a mis en place des **mécanismes assurantiels et de protections sociales** qu'il faudra élargir pour couvrir une proportion importante des populations qui en ont le plus besoin car seulement 23% de la population du Togo est couverte par au moins une prestation en matière de protection sociale. **La CMU mise en place par le pays et l'arrêté interministériel 006/23/PR fixant les critères de vulnérabilité** monétaire et de vulnérabilité non monétaire des personnes et des ménages de la république togolaise **offre des possibilités aux cibles vulnérables du programme VIH un plus grand accès aux services sociaux** (éducation, santé, emploi, logement, services de base et un appui aux risques liés à l'environnement, aux catastrophes naturelles et à l'insécurité.

A travers l'analyse **des dépenses à travers les interventions**, Il ressort une prédominance des soins et traitements et de la gestion de programme et renforcement du système. Par exemple en 2023, les dépenses par interventions sont les suivantes : les soins et traitements (**41,80% avec une contribution de 4,7% pour les ressources publiques dont 800 millions pour l'achat des ARV**), la gestion de programme et renforcement des systèmes (**29.68% avec une contribution de 1,5% pour les ressources publiques**), la prévention (**14.84% avec une contribution de 0,5% pour les ressources publiques**) et le conseil dépistage (**7.94% avec une contribution de 2% pour les ressources publiques**).

Les fonds publics sont mis en œuvre par les structures étatiques à hauteur de 95 % ; par contre les fonds privés (ressources des entreprises, fonds de ménages et des fonds propres des ONG) sont gérés à presque 100% par les organisations de la société civile et 72% des fonds internationaux ont transité par les structures étatiques, 17% par les Organisations de la société civile et le secteur privé. Les actions de prévention au profit des populations clés, majoritairement menées par les Organisations de la Société Civile (OSC), restent largement tributaires du financement du FM et de PEPFAR. **Cette situation met en évidence la nécessité de mettre en place les contrats sociaux pour la viabilité de la riposte. Cependant, le désengagement des partenaires financiers externes et le non-respect des engagements pour un financement domestique aurait pour conséquence une recrudescence de l'épidémie, des menaces pour la viabilité financière des OSC travaillant dans le domaine et une tension sociale à cause de l'accès réduit aux soins. Cela exige une transition responsable qui se veut réussie.**

L'accent mis sur le traitement a cependant orienté la riposte contre la lutte contre le VIH/sida qui se concentre sur les objectifs de traitement (95-95-95), plutôt que sur la réduction de l'incidence du VIH. Du dialogue national, il est ressorti que **les actions de prévention se sont concentrées plus sur les approches biomédicales au détriment de la prévention primaire** à l'endroit des populations clés et vulnérable qui est sous financée.

Par ailleurs, une étude « **dénommée Optimiser les investissements pour une réponse VIH durable et efficiente au Togo** » réalisée en 2021 avec l'appui de PEPFAR avait conclu que le budget était attribué de manière quasi optimale, avec des gains limités à réaliser à partir de la réallocation entre les différentes interventions et les groupes de population. Afin de réduire l'incidence et les décès, les ressources devraient être transférées des programmes de prévention ciblant la population générale à faible risque, **vers les programmes à destination des populations clés hors traitement, au traitement et à la PTME.**

Le contrôle de l'épidémie à long terme nécessitera une baisse accélérée des nouvelles infections par le VIH, ce qui pourrait s'avérer difficile dans un environnement où la prévention n'est pas prioritaire.

La forte dépendance de la mise en œuvre de la riposte au VIH au financement extérieur montre des défis importants à relever pour inciter les gouvernements à augmenter les ressources publiques de la lutte contre le VIH/SIDA. **Dans le cadre du GC7, l'Etat togolais s'engage à cofinancer les dépenses de lutte contre le VIH à hauteur de 13 720 412 € sur la période 2024-2026.** Ce cofinancement inclus entre autres l'achat des ARV et des intrants.

Financement du FM : Le tableau ci-dessous présente les subventions signées avec le FM pour la lutte contre le VIH qui se chiffre approximativement à 200,05 millions USD de 2015 à maintenant.

Tableau 3 Appui du FM de 2015-à maintenant

	NFM1	NFM2	NFM3	GC7
Période	01 octobre 2015 au 31 Déc 2020	01 janvier 2018 au 31 Déc 2020	1 ^{er} Janv.2021 au 31 déc. 2023	1 ^{er} Janvier 2024 au 31-Dec 2026
Budget Signé	37, 77millions USD	33,40 USD millions USD	84,36 millions USD	44, 52 millions USD
Décaissé	37,76 millions USD	33,09 millions USD	66,23 millions USD	15,65 millions au 26/09/24
% de décaissement	100%	99%	95%	34%

Source : <https://data.theglobalfund.org/grant/TGO-H-PMT/3/overview>

Financement de PEPFAR : Depuis 2019, le Togo bénéficie du programme PEPFAR pour accélérer les progrès dans l'atteinte des objectifs 95-95-95. **De 2019 à 2023**, près de **50 millions de dollars** américains ont été investis par le gouvernement américain pour soutenir le gouvernement du Togo dans sa riposte au VIH/sida.

Le programme PEPFAR est mis en œuvre au Togo dans quatre régions sanitaires et sur **30 sites représentant 55% de la file active nationale** des personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral.

Le financement du programme PEPFAR couvre les composantes suivantes: (i) l'offre de services VIH suivant la cascade de prévention, de soins et de traitement à l'endroit de la population générale et des populations clés; (ii) le système d'informations sanitaires, le système de laboratoire; (iii) la chaîne d'approvisionnement; et (iv) le suivi dirigé par la communauté.

Le financement du PEPFAR pour l'année fiscale 2024 est de 11,380,000 de dollars US et 11,880,000 de dollars US pour l'année fiscale 2025.

2.3.2.4 Services et solutions (Niveau de priorité 2,71)

- **Prévention du VIH :** La prévention chez les populations clés est financée par les ressources extérieures notamment celles du Fonds Mondial et l'USAID à travers le PEPFAR avec une prédominance de l'approche de prévention basée sur les ARV (Élimination de la transmission verticale plus (EMTCT+), Prophylaxie pré-exposition et Prophylaxie post-exposition (PPE), (hors EMTCT+)). **Le peu d'actions de prévention primaire est mené par les organisations de la société avec peu de ressources et dans un environnement où il existe des lois punitives à l'endroit des populations et des pratiques de stigmatisation et de discrimination réduisant ainsi leur capacité opérationnelle.** En 2023, la couverture de la prévention combinée par rapport à la taille des populations clés est à **55,18% (8712/15789) chez les HSH, 45,91% (14037/30578) chez les PS et 63,16% (1286/2036) chez les Utilisateur de Drogues (UD).**

Bien que le pays compte plus de 50 Services Adaptés aux Populations clés, ces services ne sont pas toujours fonctionnels du fait :

- d'un manque de mobilisation sociale autour de ces sites ;
- de la discrimination et stigmatisation en milieu de soins.

En ce qui concerne les UD, un seul centre intervient dans la prise en charge des UD au Togo et c'est seulement à Lomé ce qui pose une question d'inégalité.

Les investissements limités dans l'approche de la prévention primaire au fil du temps peuvent également avoir contribué à une proportion importante des nouvelles infections chez les adolescent.e.s et jeunes y compris chez les jeunes populations clés mettant en péril la durabilité. **Ainsi, un équilibre approprié entre les approches biomédicales, comportementales et structurelles constitue une priorité pour le contrôle et l'élimination de l'épidémie tout en promouvant le financement public des services de prévention dirigés par les communautés par le biais de contrats sociaux et de mécanismes similaires.**

Chez les femmes enceintes, la transmission verticale est très élevée (estimée à 14,22% Spectrum 2023). Elle constitue une préoccupation de 1^{er} plan pour la diminution des nouvelles infections (27% des nouvelles infections chez les 0-4 ans). Les consultations et les **accouchements des femmes enceintes dans le secteur privé** représentent une proportion non négligeable de l'avis des participants du processus d'élaboration de la feuille de route. Par ailleurs, **les accouchements à domicile effectués par des accoucheuses traditionnelles** sont aussi fréquents de l'avis des participants du dialogue national et des consultations avec les parties prenantes. De ce qui précède, **une collaboration plus soutenue et stratégique avec le secteur privé de santé et le secteur communautaire dans le cadre de la PTME communautaire constitue une priorité pour la diminution des nouvelles infections pédiatriques.**

Atteindre et maintenir le contrôle du VIH à long terme nécessitera une baisse accélérée des nouvelles infections par le VIH, ce qui pourrait s'avérer difficile dans un environnement où la prévention primaire n'est pas suffisamment financée. **La prévention primaire doit être élevée au rang des priorités pour le contrôle de l'épidémie.**

- **Dépistage** : Plusieurs modalités de dépistage sont mises en place pour assurer la durabilité : il s'agit de l'index testing, EPOA, dépistage de la fratrie, l'utilisation des autotests, le dépistage communautaire et démedicalisé. Malgré l'opérationnalisation de ces différentes approches, on note des gaps pour le 1^{er} 95. **Ce gap de dépistage est plus flagrant chez les hommes et les enfants.** Pour combler les gaps du dépistage, une approche plus ciblée devrait être mise en place ainsi que **l'accélération de la promotion de l'autodépistage du VIH au niveau communautaire et dans le privé ainsi que la distribution secondaire ciblant les populations clés et les groupes vulnérables.** Par ailleurs, la mise en place de stratégies de **tests multiplexes** devrait être explorée pour un dépistage et une prise en charge intégrée du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis notamment chez les femmes enceintes et les populations clés.
- **Traitement ARV** : la suppression de la charge virale constitue également une préoccupation pour le contrôle de l'épidémie. En effet, si l'observance du TAR n'augmente pas et que la charge virale n'est pas mesurée en temps opportun et de manière exhaustive, moins de patients atteindront ainsi une suppression virale, ce qui conduira à l'échec de l'atteinte du troisième 95. Cela nécessitera une **accélération de la décentralisation et de la délégation des tâches** ainsi que l'amélioration de la qualité de la prise en charge. **Cette délégation des tâches doit être encadrée par le cadre réglementaire ou des politiques habilitantes formelles afin de protéger les prestataires à d'éventuelle poursuites judiciaires.**

Sur la file active de 2023, on note que 96,1% (86799/90229) des PVVIH sont sur la 1^{ère} ligne, 3,8% (3350/90229) sur la 2^{ème} ligne et 0,1% sur la 3^{ème} ligne (80/90229). **La distribution multi mois des ARV dont 95% de la file active en bénéficient avec comme conséquence l'amélioration de l'observance et la réduction du transport des PVVIH pour la prise en charge constituent des initiatives à maintenir pour la durabilité.** La mise en place du E-Tracker sur 115 sites dans le cadre du GC7 contribue également au suivi individualisé des patients qui milite pour la durabilité de la riposte au VIH.

Concernant la transition au TLD, elle est complète au Togo. Une étude sur la résistance du VIH aux ARV chez les PVVIH initiant un premier traitement antirétroviral au Togo, réalisée en 2023, montre que la prévalence des résistances transmises reste faible pour les inhibiteurs de protéase 0,3%, de la transcriptase inverse 0,6% et de l'intégrase 0%.

- **Intégration des services** : Malgré les efforts déployés pour l'intégration des services et la mise en place des prestations de services différenciées (PSD), de l'avis des participants du dialogue national et du GTT, **l'état futur des services intégrés pour la durabilité de la riposte est celui d'un système de soins primaires entièrement intégré incluant les soins du VIH/sida.** Cela doit se faire **avec prudence et de façon graduelle à travers une intégration sélective** avec les services de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale, de prévention et de prise en charge de la violence sexuelle et sexiste, de traitement de la toxicomanie, de prévention et de prise en charge de l'hépatite B et C, de lutte contre la tuberculose, de santé en milieu carcéral, de lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l'hypertension artérielle au regard d'une file active dont **32% (25353/78987) des PVVIH ont plus de 50 ans** dans les sites disposant de E-Tracker.

Cette intégration doit être également envisagé dans **le transport mutualisé des échantillons** dont un début de solutions est en cours avec l'appui des partenaires techniques et financiers mais aussi la mise en commun des entités financées par les partenaires pour tirer profit du mutualisme. Par exemple les investissements de la SR/PF pourraient bénéficier au VIH.

2.3.2.5 Systèmes (Niveau de priorité 2,5)

Le système constitue un fort domaine de priorité de durabilité dans les différents sous domaines.

- **Ressources Humaines en Santé** : Le ministère de la Santé est garant de la prise en charge des PVVIH. Dans les différents REDES, il est difficile d'évaluer l'ensemble des ressources humaines dans toutes les formations sanitaires qui interviennent dans la lutte contre le VIH du fait de l'absence d'un mécanisme approprié pour imputer les interventions des prestataires au VIH. En effet, au niveau des formations Sanitaires, les responsables se partagent les activités entre les différents programmes de santé.

Ainsi, les REDES montrent que les Ressources humaines en santé affectés à la lutte contre le VIH (Dédiées exclusivement) sont prises en charge par plus de la moitié par les partenaires. Les projections des effectifs des RHS requis sur la base de l’outil *One Health* montrent que le système de santé du Togo aura globalement besoins de 10 126 agents de santé additionnels en rapport avec le scénario accéléré retenu pour l’atteinte des résultats du PNDS. Ainsi, il existe **une forte dépendance des ressources humaines des financements des donateurs.** À tous les niveaux des services, les agents de santé sont en situation de sous-effectif, ce qui a des **conséquences sur le volume et la qualité des services de lutte contre le VIH, en particulier, sur le nombre de sites accessibles, l’effectivité des services et le burnout.** La **disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité suffisante payées de façon descente par les ressources publiques est identifiée comme un défi pour la durabilité de la riposte au VIH/sida au Togo.**

Selon le PNDS, sur la période 2023-2027, il faudra que l’Etat recrute annuellement, en moyenne de 2025 agents de toutes catégories confondues pour prétendre atteindre les résultats escomptés. Pour les personnels traceurs, ces données montrent qu’il faudra recruter en moyenne par an 81 médecins généralistes, 76 médecins spécialistes, 11 pharmaciens, 244 infirmiers auxiliaires, 309 infirmiers diplômés d’Etat, 166 accoucheuses auxiliaires et 157 sage-femmes selon le PNDS. **En 2024, le concours de la santé a permis de recruter plus de 2000 Agents de santé ce qui traduit une volonté politique.** Hormis la problématique de l’effectif, l’absence d’équité dans la répartition du personnel qualifié à travers le territoire national se pose.

Le Togo utilise une approche communautaire dans l’offre de service. Selon le plan stratégique national des interventions à base communautaire (PSN IBC 2021-2025) le ratio est d’un ASC pour 60 à 80 ménages par villages situés à plus de 5 km d’une unité de soins périphériques (USP). Dans le domaine du VIH, les pairs éducateurs, les médiateurs/Conseillers psychosociaux et les Agents de Santé Communautaires sont utilisés dans la prévention et l’offre de service différencié aux PVVIH. La continuité des prestations de service de proximité de qualité à l’endroit des communautés effectuées par les agents de santé communautaire (ASC) constitue un risque pour la viabilité de la riposte au regard de leur prise en charge (motivation). Selon le document sur la politique nationale des interventions à base communautaire (PN IBC) qui date de 2009, la motivation des ASC est définie comme suit :

- un ASC qui consacre une partie de son temps aux activités communautaires, sa motivation consistera en une prime mensuelle de 14 000 FCFA plus 3000 FCFA/mois pour l’assurance-maladie.
- un ASC à temps plein, c’est-à-dire un ASC qui consacre l’essentiel de son temps aux activités communautaires dans le cadre des projets spécifiques, la rémunération mensuelle sera de 28 000 plus 6000 FCFA pour l’assurance maladie.
- Pour les interventions ponctuelles, en plus des ASC à temps partiel et à temps plein, d’autres volontaires seront recrutés selon les besoins et tous seront rémunérés à raison de 3000 FCFA par jour.

Selon les acteurs communautaires, la pratique sur le terrain est autre et constitue un facteur essentiel pour la qualité des services et la rétention du personnel communautaire. **Ainsi, l’une des contraintes majeures pour la durabilité des interventions du système communautaire est le système de motivation qui n’est pas aussi attractif (5000 F/mois) et le manque d’harmonisation du système de motivation entre les différents partenaires.** Ceci conduit à un turnover important qui engendre des pertes sur les investissements déjà consentis à leur endroit (Formation, supervision, encadrement). D’une manière générale, on constate une déperdition des ressources humaines hautement qualifiées du ministère de la santé au profit d’autres projet de santé ou même l’expatriation de ces RHS fragilisant ainsi la continuité des services.

- **Systèmes communautaires :** Le système communautaire est l’un des piliers de la stratégie nationale de développement sanitaire. A travers l’agenda 2025 du gouvernement togolais et son ambition stratégique afférente à la mise en place de la CSU, un plan stratégique national des interventions à base communautaire (PSN IBC) 2021-2025 a été élaboré. Ceci traduit la volonté politique de mettre au cœur du dispositif de la lutte contre les maladies le secteur communautaire. Ils sont également présents dans les instances de planification, de gestion de coordination et de suivi évaluation de la réponse au VIH.

Le CLM est mis en place et produit de façon régulière des rapports. **Du dialogue national, il est ressorti des lenteurs dans la délivrance des récépissés de reconnaissance des organisations de la société civile du fait du contexte géopolitique marqué par le terrorisme.**

L'engagement et l'implication communautaires dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH/sida notamment pour les populations clés et vulnérables à travers les agents de santé communautaire (ASC, pairs éducateurs, animateurs et médiateurs) ont été décisifs pour changer la trajectoire de l'épidémie mais la couverture des services de prévention reste faible au regard de l'estimation de la taille des populations clés. Cette situation s'explique en partie par leur **faible capacité opérationnelle (Technique, humaines, matérielle et financière)**. **Bien que bénéficiant de l'appui de l'Etat très modeste, le secteur communautaire est complètement dépendant de l'extérieur. Cela représente un risque élevé pour la durabilité de la riposte du VIH/sida à l'endroit des populations clés et vulnérables.** il est attendu que les programmes et les interventions des OSC en direction des populations clés et vulnérables soient contractualisés et pérennisés grâce à **des financements domestiques à travers des contrats sociaux.**

En l'absence des financements, les OSC n'ont pas la capacité de mobiliser les ressources et de mettre en œuvre les activités destinées aux populations en générale et aux populations clés et vulnérables en particulier. Ainsi, le renforcement des capacités opérationnelles des organisations de la société civile intervenant dans un environnement où la sûreté et la sécurité sont garanties constitue une priorité pour la durabilité.

- **Informations stratégiques :**

Le Togo a mis en place des canaux formels de surveillance de la maladie par lesquels le ministère de la Santé et les organisations internationales d'assistance technique effectuent des analyses annuelles complètes de performances. Pour les données de routine, **le DHIS2** est mis en place sur toutes les formations sanitaires et le **E-Tracker** permettant un suivi individualisé des patients est disponible sur près de 115 sites à haut volume de file active embrassant ainsi plus de 95% des patients suivis.

Cependant, dans le cadre de la durabilité de la riposte, en sus des **informations stratégiques produites actuellement certaines données sur les populations clés doivent être améliorées pour un meilleur ciblage des interventions.** Il s'agit notamment : de la proportion des nouvelles infections chez les différentes catégories de populations clés ; les données pour la cascade des populations clés ; les données sur la maladie à un stade avancé et les causes des décès des PVVIH. **Par ailleurs, la surveillance du VIH devrait être considérée comme une intervention prioritaire afin de prévenir toute réintroduction dans le contexte où le Togo a atteint la phase d'élimination. Lorsque l'on vise le contrôle et l'élimination du sida,** il devient essentiel de passer des approches standard de S&E aux approches de surveillance qui permettront de capturer le minimum d'informations essentielles (y compris comportementales) dans l'espace et dans le temps afin de lancer rapidement les réponses de santé publique et individuelle appropriées.

- **Achat et chaîne d'approvisionnement et livraison**

Si le système de livraison est en partie contrôlé par le gouvernement sur les sites de prestation de service, **le système d'approvisionnement est dans la majorité financé et contrôlé par les partenaires techniques et financiers.** La majorité des acquisitions est effectuée à travers le Wambo. **L'approvisionnement des petites quantités d'ARV de 2^{ème} et de 3^{ème} ligne** constitue un obstacle pour la prise en charge et engendre des coûts élevés. Des mécanismes de **mutualisation à travers des achats groupés par l'intermédiaire de l'OOAS devraient être explorés.** Par ailleurs la **mise en place d'achat centralisé** dans un contexte plus large pourrait générer des gains d'efficacité et procurer au système de santé d'autres opportunités d'investissements.

- **Laboratoire :** Depuis 2021, des efforts considérables sont faits pour l'offre de service de la CV grâce à l'appui du FM et de PEPFAR avec l'amélioration du plateau technique pour l'achat des nouveaux équipements et la formation des ingénieurs et techniciens de laboratoire. Aussi, le pays a mis en contribution les plateformes GenXpert pour le diagnostic précoce et la charge virale au niveau des districts sanitaires. L'un des défis reste le maintien de la qualité de la chaîne d'approvisionnement notamment **la disponibilité des intrants médicaux et l'acheminement des prélèvements** pour la réalisation de la charge virale dans les laboratoires accrédités et le rendu des résultats dans les délais. Toutefois, **la stimulation de la demande** devrait être renforcée pour une mesure systématique de la charge virale des PVVIH éligibles.

2.3.3 Risques, obstacles et opportunités

Dans le cadre de l'évaluation de la durabilité de la riposte au VIH, de nouveaux risques ont été identifiés à travers chaque composante. Le tableau 3 présente les risques, obstacles et opportunités identifiés par les parties prenantes à travers les cinq domaines de durabilité.

Tableau 4. Risques, obstacles et opportunités de la durabilité de la riposte au VIH/sida

Domaines	Risques identifiés lors de l'élaboration du plan de transition en 2022	Risques actuels	Obstacles	Opportunités
Leadership Politique	Chevauchement dans les interventions Mauvaise coordination des activités Difficulté dans la mise en œuvre des activités Mauvais ciblage des groupes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Non effectivité de la décentralisation des organes de gouvernance au niveau des régions et des préfectures en alignement au décret N°2001-173/PR portant création du CNLS/IST. Cela pourrait entraîner la non prise en compte des contextes locaux pour la riposte et un faible leadership local. -Faible prise en compte de la préparation aux urgences sanitaires et aux flambés régionales du VIH - Efficacité allocative (dépenses liées au VIH ne sont pas allouées de manière stratégiquement ciblée ; Avoir de l'argent ne signifie pas qu'il sera dépense de manière appropriée). 	<ul style="list-style-type: none"> - La non-fonctionnalité du CNLS au regard de la tenue régulière des assemblées plénières. - Non alignement de certains partenaires sur les besoins nationaux notamment le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH - Engagement limité du secteur privé de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - L'engagement du gouvernement pour une mise en œuvre réussie de la politique nationale de la lutte contre le VIH et la volonté politique de plus en plus affichée pour la couverture santé universelle avec la création d'un ministère dédié dans le nouveau gouvernement - L'implication active des OSC dans la lutte contre le VIH/sida à travers les services fournis à l'égard des populations clés et vulnérables -La cartographie des acteurs de mise en œuvre
Lois et politiques habilitantes		<ul style="list-style-type: none"> - Persistance d'un environnement social et juridique contraignants pour les populations clés et la persistance de la stigmatisation et de la discrimination en communauté et en milieu de soins. Ce qui impliquera un accès limité aux services et va compromettre l'atteinte des 95-95-95. En effet, la stigmatisation et la discrimination en milieu de soins et dans les communautés constituent un facteur important pour le dépistage et le continuum de soins des 16 349 PVVIH qui manquent à l'appel. 	<ul style="list-style-type: none"> -L'existence de lois pénales à l'encontre des populations clés -La sureté et la sécurité des organisations intervenant au profit des populations clés - les paramètres structurelles (violences sexistes, les inégalités, les VBG) favorisant la 	<ul style="list-style-type: none"> -La prise en compte du genre dans le budget programme avec l'élaboration d'un document budgétaire sensible au genre et les programmes de Pop. clé dans le budget, qu'ils soient fournis par les OSC ou les soins de santé primaires. - Existence d'une masse critique de documents normatifs qui promeut les

Domaines	Risques identifiés lors de l'élaboration du plan de transition en 2022	Risques actuels	Obstacles	Opportunités
		A cela s'ajoutent les lois punitives notamment l'article 392 du code pénal en vigueur au Togo, condamne l'homosexualité qui est passible d'un à trois ans de prison ferme, assortie d'une amende d'un à trois millions de francs CFA. Aussi, l'article 398 du code pénal qui condamne toute « personne qui se livre publiquement au racolage en vue de se prostituer ».	propagation des nouvelles infections	droits humains et le droit à la santé pour TOUS. -La délégation des tâches qui offrent aux paramédicaux et aux système communautaire la possibilité d'élargir l'offre de service
Financement durable	Non-respect des engagements pour un financement domestique Mauvaise gestion des financements domestiques Alignement des salaires sur la grille actuelle de l'Etat Baisse de la qualité des services et produits	<ul style="list-style-type: none"> - Forte dépendance de la riposte contre le VIH aux financements extérieurs (85%) -La faible contribution des financements publics à la riposte au VIH - Augmentation du déficit budgétaire et de la dette publique laissant peu de marge de manœuvre au gouvernement pour le financement de la santé - L'orientation des financements publics vers des interventions à faible impact (Non efficacité allocative) telles que les supervisions, les formations, les interventions destinées à la populations générale non ciblées, la gestion des programmes - Les organisations de la société civile (OSC) sont fortement financées par les donateurs et fournissent une part importante des services aux populations clés, aux PVVIH et populations vulnérables. Le retrait du financement des donateurs sans des financements domestiques institutionnalisés mettrait en péril les gains actuels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de financement substantiel et croissant national de la riposte au VIH/sida. - Faible part des dépenses de santé dans les dépenses publiques (5,15%). - Non-respect des engagements pour un financement domestique. - Barrières au financement des interventions que la société traditionnelle et conservatrice n'accepte pas d'appuyer notamment celles à l'endroit des populations clés - Besoins augmentent à un rythme plus rapide que les financements et plus spécifiquement la couverture thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> -L'assurance maladie universelle -L'engagement des entreprises privés à contribuer au financement de la santé dans le cadre de la RSE. -L'étude en cours sur les couts unitaires des interventions communautaires permettra d'obtenir des données factuelles pour une meilleure estimation des budgets et obtenir des gains d'efficience dans l'élaboration des budgets -Engagement des collectivités territoriales pour le financement des interventions en santé -Plan de mobilisation des ressources financières pour la santé
Services et solutions	Arrêt de la gratuité des ARV Arrêt des programmes tels que PTME	-Les résultats sous optimaux de la PTME avec des nouvelles infections pédiatriques de 27%.	-Faible contribution des ressources domestiques dans	-Les subventions du FM et de l'USAID pour la mise en œuvre du plan stratégique

Domaines	Risques identifiés lors de l'élaboration du plan de transition en 2022	Risques actuels	Obstacles	Opportunités
	<p>Arrêt de la quantification de la charge virale</p> <p>Arrêt du dépistage</p> <p>Fermeture des services adaptés</p> <p>Arrêt des activités de mobilisation communautaire</p> <p>Dysfonctionnement du programme</p>	<p>-Faible prise en compte de la prévention primaire dans les stratégies pour la réduction des nouvelles infections</p> <p>-La qualité de la prise en charge impactant l'atteinte du 3^{ème} 95 et augmentant les décès et la transmission du VIH.</p> <p>-La faible intégration du VIH dans le système de soins primaire</p>	<p>l'acquisition des ARV, kits de test, préservatifs, réactifs de laboratoire et produits associés à la lutte contre le VIH</p> <p>-Verticalité des programmes de santé sexuelle et reproductive</p> <p>-Les coûts de transport constituent un obstacle à l'accès au traitement</p> <p>- Inobservance au traitement</p> <p>- Livraison des services auprès des populations clés</p>	<p>-La Banque mondiale appuie le Gouvernement togolais avec un investissement de 70 millions de dollars à travers le Projet services de santé essentiels de qualité pour une couverture sanitaire universelle (SSEQCU) afin d'améliorer l'accès des populations vulnérables aux soins de santé de qualité</p> <p>-Existence d'OSC engagées pour la lutte contre le VIH et disposant d'une longue expérience et fournissent des services pour les populations clés et vulnérables</p>
Systèmes	<p>Faible mobilisation des ressources humaines</p> <p>Ralentissement des activités</p> <p>Baisse de la qualité de la prestation</p> <p>Perte de l'expertise</p> <p>Perte de crédibilité et de notoriété des OSC Arrêts des activités des OSC</p>	<p>-Proportion importante du financement des ressources humaines pour la santé et des programmes assurée par les PTF</p> <p>-Les prestations du système communautaire financées exclusivement par les partenaires extérieurs.</p> <p>-Les faibles capacités opérationnelles des organisations de la société civile impactant la couverture des cibles au regard de l'estimation de la taille</p> <p>- Absence d'un personnel de santé en quantité et en qualité suffisante constitue un goulot pour évoluer vers l'atteinte des résultats de la durabilité de La riposte au VIH.</p> <p>-Les disparités dans le traitement des ASC et le manque d'alignement avec la politique nationale des interventions à base communautaire</p>	<p>-Utilisation optimisée du personnel de santé pour permettre le volume et la qualité des services de lutte contre le VIH/sida nécessaires à un contrôle durable de l'épidémie du VIH</p> <p>- Achat des ARV de 2^{ème} et de 3^{ème} ligne en petite quantité (3430 patients)</p> <p>- La répartition du personnel de santé entre les régions ne reflète pas les besoins</p>	<p>- La Banque a approuvé en 2023 une opération de 5 ans au Togo pour un montant de 62,5 millions de dollars, le Projet d'autonomisation des femmes et le dividende démographique en Afrique subsaharienne</p> <p>- Mise en œuvre du Suivi Individualisé</p>

2.3.4 Défis de la durabilité de la riposte au VIH au Togo

Bien qu'à l'échelle nationale, le Togo soit sur la bonne voie pour l'atteinte des objectifs des 95-95-95, il existe des différences significatives dans les résultats entre les adultes et les enfants, les hommes et les femmes ainsi qu'entre les régions, qui doivent être prises en compte pour parvenir à un contrôle de l'épidémie et arriver à l'élimination du sida à l'horizon 2030. L'évaluation de la durabilité montre des défis interconnectés qu'il faudra relever pour un contrôle durable du VIH. Une compréhension commune de la définition d'une riposte durable au VIH a été retenue lors de l'atelier du dialogue national. Il s'agit de la définition mentionnée dans le guide d'accompagnement de l'ONUSIDA pour le processus d'élaboration de la feuille de route.

Définition de la durabilité

(i) Prévoir, prévenir, détecter et répondre aux nouvelles infections (ii) Maintenir la suppression de la charge virale, en atteignant les objectifs de 95-95-95 et la suppression virale au niveau de la population parmi les personnes vivant avec le VIH, de plus de 86 % dans tous les groupes d'âge et les sexes, ainsi que dans les populations clés (iii) Atteindre les objectifs 10-10-10, en mettant fin ou en réduisant les inégalités qui alimentent l'épidémie du VIH, une accélération des efforts est indispensable pour être au rendez-vous de 2025 et 2030 mais aussi au-delà.

Partant de cette définition, les défis par domaines de durabilité ont été identifiés lors des consultations avec les parties prenantes.

Domaines	Défis
Leadership Politique	<ul style="list-style-type: none">- Maintien du leadership politique au plus haut niveau et de la volonté politique affichée pour mettre fin au sida comme problème de santé publique dans un contexte d'environnement complexe et des priorités concurrentes dans le pays.- intégration des besoins spécifiques des cibles de la riposte au VIH aux systèmes nationaux autres que la santé en accordant l'attention nécessaire aux réformes et modifications pour l'accès aux services de santé des populations clés et vulnérables.-Matérialisation effective des three ones pour une optimisation et une rationalisation des interventions afin de gérer plus efficacement l'appui des différents acteurs du développement pour plus d'impact.-Participation plus effective des régions, des préfectures et des collectivités territoriales dans la décentralisation de la gouvernance de la réponse telle que définie par le décret n° 2001-173/PR portant création du CNLS/IST.-Existence d'institutions et d'organisations communautaires fortes, autonomes et compétentes défendant le droit à la santé pour TOUS afin d'atteindre et de maintenir l'éradication du sida en tant que menace de santé publique d'ici 2030 et au-delà- Existence de capacité d'anticipation et de réponse aux épidémies des pouvoirs publics afin d'assurer la continuité des services dans le contexte des urgences sanitaires-Interconnexion avec les structures de santé privée à but lucratif et la médecine traditionnelle (Accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens, etc.) et les leaders religieux pour la prévention, la promotion de la santé et le référencement.
Lois et politiques habilitantes	<ul style="list-style-type: none">-Révision de la loi sur le VIH et le cadre réglementaire qui entrave l'accès aux services de santé des populations clés et vulnérables-Accès aux services juridiques des populations clés et vulnérables dans les situations de stigmatisation, de discrimination, de violence basée sur le genre et des pesanteurs socioculturelles.

Domaines	Défis
	-Réduction des inégalités d'accès aux services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins au VIH en mettant le focus sur les inégalités multidimensionnelles
Financement durable	<ul style="list-style-type: none"> -Accroissement soutenu des ressources publiques pour la santé afin d'atteindre l'engagement d'Abuja (15% du budget national) - Orientation des ressources publiques vers des investissements stratégiques à haut impact et adaptable selon la dynamique de l'épidémie. - Maintien d'un financement à minima des partenaires extérieurs dans le contexte du contrôle et de l'élimination du sida pour l'appui des interventions clés pour les populations à risques et la surveillance du VIH pour empêcher la réintroduction de l'épidémie. -Allègement du fardeau des dépenses directes de santé supportées par les ménages (paiements excessifs à la charge du patient contribuant aux inégalités d'accès) - disponibilité d'un espace budgétaire avec l'endettement extérieur donnant les pouvoirs publics plus de marges de manœuvre
Services et solutions	-Diminution du nombre annuel de nouvelles infections au VIH a moins de 690 PVVIH et qui reste en dessous du nombre de décès dus au sida. Les opportunités manquées de prévention et de traitement du VIH doivent être considérées comme des urgences de santé publique pour la riposte au VIH/sida afin de parvenir à un contrôle de l'épidémie
Systèmes	<ul style="list-style-type: none"> - Transition des ressources humaines pour la santé pris en charge par les partenaires techniques et financiers - Réduction de la part importante des dépenses sur les médicaments - Renforcement du système communautaire pour l'élargissement de l'offre de service dans la durabilité et leur autonomisation -Mise en place d'un système de surveillance du VIH performant

2.4 Résumé de l'état futur

2.4.1 Vision du Togo en matière de durabilité de la riposte au VIH

Un Togo émergent, où chaque citoyen, sans distinction de genre et d'orientation sexuelle, d'âge ou de statut socio-économique, est libéré du fardeau du VIH, grâce à un système de santé performant, résilient qui garantit un accès universel, équitable, inclusif et durable à des services de prévention, de traitement et de soutien de qualité intégrés et centrés sur la personne, avec une pleine participation et un engagement de l'ensemble des acteurs y compris les acteurs communautaires pour une réponse efficace, pérenne, soutenue par des financements domestiques et qui aspire à un avenir où le VIH est éradiqué comme menace de santé publique à l'horizon 2030 et au-delà.

2.4.2 Principes directeurs

Les principes directeurs de cette feuille de route sont ceux définis dans le PSN et qui s'alignent avec le PNDS.

- 1 Tous les Togolais sont égaux devant la loi sans distinction de sexe, de religion, de conviction et de statut sérologique.
- 2 Les personnes à haut risque d'infection à VIH doivent bénéficier des programmes de prévention du VIH/sida adaptés.
- 3 Les personnes vulnérables constituent les cibles prioritaires des programmes de prévention et de prise en charge.
- 4 La prise en charge du VIH/sida doit être basée sur une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services VIH dans l'ensemble de la cascade des soins, en vue de mieux satisfaire les besoins des PVVIH et de réduire les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé.
- 5 La dimension genre et droits humains doit être systématiquement prise en considération dans l'élaboration et la mise en œuvre de tous les projets et programmes de lutte contre le sida au Togo.
- 6 La mise en œuvre des interventions du VIH rentre dans le cadre de la couverture sanitaire universelle adoptée par le pays à travers des investissements stratégiques fondés sur des preuves et axés sur les résultats.
- 7 Les produits de santé fournis dans le cadre de la mise en œuvre doivent respecter les normes internationales et nationales de qualité.
- 8 La responsabilisation, la décentralisation, la délégation des tâches pour étendre l'offre de prévention et de soins.
- 9 L'Innovation, l'efficacité et l'efficacité de la réponse multisectorielle avec une approche intégrée pour les maladies transmissibles et non transmissibles
- 10 L'engagement des acteurs communautaires

2.4.3 Objectifs

Au regard de l'état actuel de la durabilité de la riposte au VIH au Togo et des ambitions du pays à s'engager sur la voie d'une accélération de la riposte au VIH/sida afin de parvenir à un contrôle de l'épidémie en atteignant les objectifs mondiaux de 2025 et 2030 et de les maintenir au-delà, la feuille de route sur la durabilité de la riposte au VIH au Togo s'est fixée cinq objectifs.

OB1 : Accélérer la réduction annuelle des nouvelles infections par le VIH chez les adultes, adolescent(e)s, enfants et populations clés dans toutes les zones géographiques du pays pour qu'elle soit concomitamment en dessous de 690 nouvelles infections et des décès annuels et la maintenir à l'horizon 2030 et tout au long de la riposte au VIH grâce à une contribution des ressources domestiques à plus de 50% des dépenses de prévention du VIH.

Description OB1 :

L'atteinte de cet objectif passe par la diminution des nouvelles infections pédiatrique (0-4 ans) qui représente 27% (608/2293) avec une transmission verticale de 14,22% ainsi que chez les adolescent.e.s et les jeunes qui sont estimées à 57% chez les 15- 34 ans des nouvelles infections en 2023 selon les données de Spectrum. Sur les 1700 nouvelles infections chez les 15 ans et +, 64% concernent les femmes (1100/1700). Par ailleurs, l'analyse de la cascade des 95-95-95 montre que **16 348 PVVIH** ne sont pas dépistées ce qui traduit un retard dans le diagnostic des PVVIH (1^{er} 95 est à 89% soit à 6 points de % des objectifs) et constitue un moteur de propagation du VIH. L'analyse géographique montre que 84% des PVVIH qui manquent à l'appel sont

localisées dans les régions de **Grand Lomé, Maritime et des Plateaux**. Dans ces différentes régions, **61% des PVVIH qui ne sont pas encore dépistées et enrôlées** dans les structures de soins sont **des hommes**. Les interventions dans ces régions cibleront en priorité les préfectures suivantes : *Golfe ; Agoe Nyive ; Lacs ; Vo ; Yoto ; Zio ; Agou ; Haho ; Kloto ; Ogou qui polarisent la majorité des personnes absentes*. La cascade chez les enfants constitue également une priorité pour mettre fin à l'épidémie du sida au Togo. Les données actuelles du pays ne permettent pas d'apprécier les nouvelles infections chez les populations clés, cependant les prévalences baissières restent élevées. En effet, elles dépassent **3,6 (PS) à 5,4 (HSH)** fois la prévalence nationale ; ce qui présage une part importante des nouvelles infections chez ces populations clés. Ainsi à travers cet objectif il s'agira d'accélérer les interventions ciblées pour maintenir la suppression de la charge virale, en atteignant les objectifs de 95-95-95 parmi toutes les personnes vivant avec le VIH et de plus de 86 % dans tous les groupes d'âge et les sexes, ainsi que dans les populations clés. Ainsi, un équilibre approprié entre les approches biomédicales, comportementales et structurelles constitue une priorité pour le contrôle et l'élimination de l'épidémie tout en promouvant le financement domestique des services de prévention dirigés par la communauté.

Les interventions qui seront accélérées visant la réduction des nouvelles infections sont : (i) la prévention de la transmission mère enfant en étroite collaboration avec les structures en charge de la SRMNIA et de la nutrition, le secteur privé de la santé et les organisations communautaires avec l'opérationnalisation de la PTME communautaire et l'implication des accoucheuses traditionnelles en mettant en place des modèles innovants pour des prestations de services différenciés avec un appui accru aux jeunes mères enceintes et allaitantes ainsi que l'opérationnalisation de l'intégration du VIH dans les centres de récupération nutritionnelle, le programme élargie de vaccination et les services de pédiatrie (ii) la prévention primaire chez les adolescent.es et les jeunes au moyen de programmes de prévention tenant compte du genre et basée sur des évidences scientifiques (iii) la prévention combinée ciblée à l'endroit des populations clés en ciblant les jeunes populations clés dans les hot spots tout en accélérant la mise en œuvre de la PrEP avec l'introduction de la PrEP Injectable et un focus chez les PS ou les résultats sont en dessous des résultats escomptés tout en consolidant les acquis chez les HSH (iv) l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale pour une suppression virale durable de toutes les PVVIH sous ARV.

OB2 : Réduire la mortalité annuelle liée au sida en dessous de 700 et la maintenir à l'horizon 2030 et tout au long de la riposte

Description OB2 :

Les personnes atteintes d'une maladie à VIH à un stade avancé courent un risque accru de complications graves et de décès. A travers cet objectif, il s'agira de consolider les acquis et d'accélérer les interventions suivantes : i) le développement de stratégie pour le recours précoce aux soins en vue de supprimer le diagnostic du VIH à un stade avancé (ii) le renforcement de la qualité de la prise en charge en vue d'obtenir une suppression virale durable pour l'ensemble des PVVIH sous ARV avec un focus dans les trois régions prioritaires et chez les enfants (0-4ans) et chez les 35-54 ans (iii) la prise en charge optimale des coïnfections et des comorbidités (Diabète et hypertension artérielle).

OB3 : Réduire les obstacles à l'accès aux services de lutte contre le VIH à travers la réduction significative de la stigmatisation, de la discrimination, des obstacles juridiques pour les populations clés et vulnérables, ainsi que des inégalités entre les sexes et de la violence fondée sur le genre.

Description OB3 :

Le VIH ne peut être combattu efficacement sans tenir compte des facteurs sociaux de la santé. La stigmatisation, la discrimination, les lois punitives pour les populations clés et les pesanteurs socio-culturelles entravent l'accès aux soins aux populations à risques vecteurs des nouvelles infections. A travers cet objectif, il est envisagé de lever les barrières à l'accès aux services de santé en agissant sur les catalyseurs sociétaux, politiques, économiques et structurels notamment par la promotion de l'égalité des genres, de l'autonomisation des femmes, de promouvoir le respect des droits humains et en plaidant pour une levée des barrières à l'accès aux services de promotion, de prévention et de soins des populations à risques afin de faire du droit à la santé pour TOUS tel que mentionné dans le PNDS une réalité. L'atteinte de cet objectif exige de travailler directement avec les communautés afin que celle-ci puissent être moteur du changement.

OB4 : Renforcer l'engagement politique pour un accroissement des financements domestiques avec une investissement stratégique dans une optique d'efficacité allocative et de mise en place de contrats sociaux à l'endroit des organisations communautaires et au profit des populations clés et vulnérables

Description OB4 :

L'augmentation des ressources domestiques et l'efficacité allocative constituent l'un des plus grands risques de la durabilité de la riposte au regard de l'évaluation. A travers cet objectif il s'agira de mener un plaidoyer au sein du gouvernement notamment au niveau du ministère des finances, du ministère de la santé, du parlement, de certains ministères sectoriels dans le cadre de l'approche multisectorielle de la riposte et du secteur privé afin de mobiliser davantage de ressources nationales durables pour la riposte au VIH et dans une perspective de renforcement du système de santé.

Plusieurs stratégies seront mises en œuvre : **(i)** plaidoyer à travers une argumentaire développé et porté par les leaders d'opinion y compris le secteur communautaire à l'endroit du gouvernement, du secteur privé et des ONGs locales pour une augmentation des dépenses liées à la riposte au VIH. Le plaidoyer à l'endroit des pouvoirs publics inclura les problèmes de soutenabilité de la dette et des recettes fiscales. **(ii)** l'implication du GTT à travers la préparation des budgets de l'Etat afin de porter le plaidoyer au sein du parlement pour une prise en compte lors des débats d'orientation budgétaire des priorités de la riposte au VIH **(iii)** revue régulière de l'allocation des ressources en fonction des changements épidémiologiques, des besoins de santé et des innovations en matière d'interventions de prévention et de traitement du VIH **(iv)** assurer l'effectivité et l'élargissement progressif des systèmes nationaux de protection sociale avec une attention particulière au financement des services destinés aux populations qui sont laissées pour compte et des systèmes assurantiels **(v)** de mettre en place des partenariats public-privé à travers la mise en place de contrats sociaux **(vi)** mener un plaidoyer à l'endroit des détenteurs de la dette extérieure du Togo pour l'allégement.

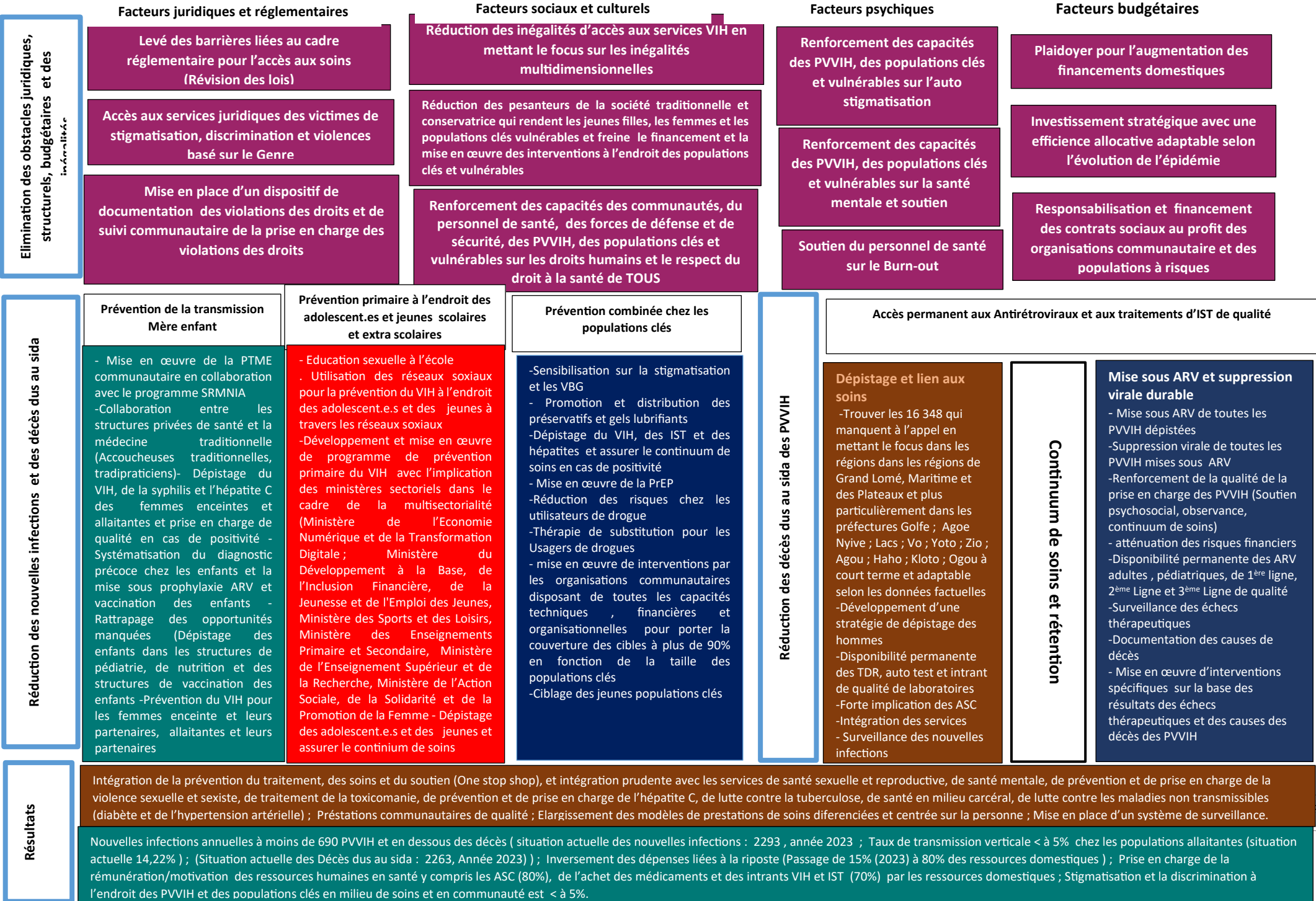
OB5 : Renforcer le système de santé et communautaire pour des prestations de services intégrées et centrées sur la personne et durable pour soutenir la riposte**Description OB5 :**

Les évaluations menées dans le cadre des exercices de planification ont montré les défis du système de santé et communautaire au rang des quels figurent (i) une prise en charge importante des ressources humaines pour la santé par les financements extérieurs et un déficit de personnels de santé (ii) des lacunes dans le transport des échantillons et le rendu des résultats de la charge virale (iii) des difficultés dans l'approvisionnement des ARV de 2^{ème} ligne (3300) et de 3^{ème} ligne (80) au regard du nombre de patients (iv) les capacités opérationnelles limitées des organisations de la société civile. De ce qui précède, cet objectif vise à apporter des solutions structurelles durables pour la pérennité de la riposte au VIH.

2.4.4 Conditions favorables au contrôle et à l'élimination du sida

Les services et les instruments nécessaires pour le contrôle et l'élimination sont pour l'essentiel disponibles au Togo. En outre, de l'existence de la quasi-totalité des documents normatifs alignés aux standards internationaux, le Togo dispose d'un soutien politique de haut niveau, l'accompagnement des partenaires techniques et financiers, d'un système de santé capable de fournir des services de santé pour la lutte contre le VIH (même si par ailleurs des défis existent) ainsi qu'un fort engagement communautaire pour le contrôle et l'élimination du sida. Cependant, l'environnement juridique et social peu favorable aux populations à risques, les inégalités multidimensionnelles, l'accessibilité aux soins du fait des risques financiers et la faible contribution des financements domestiques aux dépenses liées au VIH constituent des freins pour une accélération du contrôle et de l'élimination du sida au Togo.

2.4.5 Cadre de la durabilité de la riposte au VIH au Togo



2.5 Priorités de durabilité

A l'issue d'une large consultation avec les parties prenantes lors du dialogue national et des consultations avec les parties prenantes tout au long du processus, le GTT a retenu **6 priorités** qui trace la voie à suivre pour orienter les investissements de façon ciblée et accélérer les actions afin de lever les obstacles et atteindre un ensemble ambitieux d'objectifs de durabilité de la riposte au VIH. L'approche des cinq composantes de la durabilité de la riposte au VIH, l'alignement sur les priorités nationales en matière de développement en général et sanitaire du Togo en particulier, la stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) et les exigences en matière de durabilité de la riposte au VIH au Togo ont permis d'affiner les priorités.

Priorité 1 : Intensification des approches de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et le développement équilibré des approches de prévention biomédicales, comportementales et structurelles à travers des ressources domestiques durables et des services de **prévention primaire dirigés par la communauté par le biais de contrats sociaux et de mécanismes similaires** ciblant les adolescent.e.s et jeunes (15-25 ans) y compris les populations clés dans cette tranche d'âge afin de baisser significativement les nouvelles infections chez cette cible prioritaire pour la durabilité (**Situation actuelle 53% ; (1215/2293) dont 608/2293 soit 27% chez les 0-4ans et 607/2293 chez les 15-24 ans soit 25%)** afin de baisser significativement les nouvelles infections et les décès pédiatriques **tout en maintenant les acquis**

Priorité 2 : Accélération de la recherche des PVVIH pour **trouver les 16 348 qui manquent à l'appel** notamment chez les populations clés en mettant le focus dans les régions de Grand Lomé, Maritime et des Plateaux **qui polarisent 84% des personnes qui ne sont pas encore dépistées** et assurer la **suppression virale durable pour l'ensembles des PVVIH sous ARV.**

Priorité 3 : Renforcement de la responsabilisation et de l'autonomisation des organisations de la société civile y compris leurs capacités opérationnelles pour une pérennisation de leurs actions à l'endroit des communautés pour la couverture sanitaire universelle avec un large soutien politique et multisectoriel à travers des contrats sociaux.

Priorité 4 : Elimination des inégalités de genre et toutes les formes de violence, stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et vulnérables qui entravent l'accès aux services de santé

Priorité 5 : Mise en place de système de santé durables avec des financements endogènes à travers un engagement du gouvernement à consacrer plus de fonds aux dépenses de santé pour assurer la prise en charge des ressources humaines pour la santé y compris communautaire et leur rétention, la disponibilité permanente des médicaments et intrants de qualité pour le VIH, la prévention et la promotion de la santé, l'intégration du VIH dans le système de soins primaires avec prudence et de façon graduelle à travers une intégration sélective et à l'élargissement des mécanismes de protection sociale afin de soutenir l'accès à des soins de santé de qualité pour TOUS.

Priorité 6 : Mise en place de systèmes équitables de financement tenant compte des spécificités régionales et populationnelles et adaptable à l'évolution de l'épidémie

3- Résultats de haut niveau et voies de changement

3.1 Résultats de haut niveau et voies de changement

Pour mitiger les risques sur la durabilité de la riposte au VIH, les parties prenantes, en prenant en compte les lacunes, défis, blocages et obstacles identifiés lors de l'évaluation, ont élaboré au cours d'un atelier de cocréation, cette feuille de route sur la durabilité. Au terme des échanges, le Togo a identifié sept (07) résultats de haut niveau (RHN) qui reflètent les transformations susceptibles d'accélérer les progrès vers un impact durable de la riposte au VIH d'ici 2030 et au-delà.

La hiérarchisation et l'ordonnement des résultats de haut niveau ont été effectués à travers la matrice des priorités ci-après.

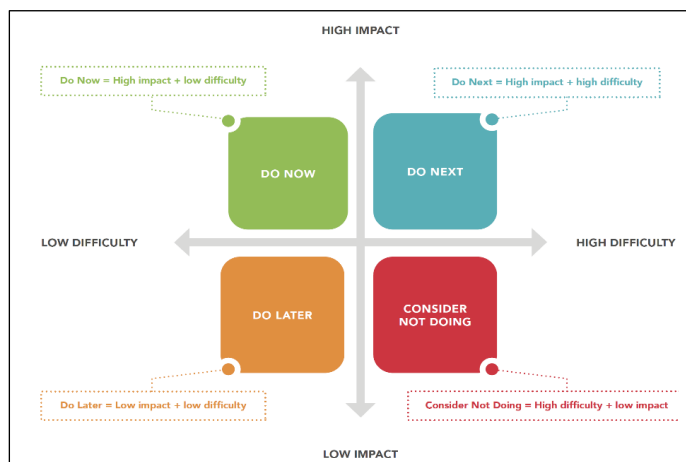


Figure 13. Matrice de priorisation des résultats de haut niveau

Les sept résultats de haut niveau (RHN) sont les suivants :

RHN 1 Le nombre de nouvelles infections au VIH est diminué chaque année à moins de 690 et reste en dessous du nombre de décès dus au sida parmi les PVVIH

Voies de changement

Ce résultat de haut niveau vise à réduire le nombre de nouvelles infections au VIH de 2300 à moins de 690 par an. L'atteinte de ce résultat passe par le **maintien des acquis et l'accélération de l'élimination des nouvelles infections pédiatriques, chez les populations clés (HSH, PS, UD, TG et personnes en privation de liberté), les adolescent.e.s et les jeunes de la tranche d'âge 15-24 ans et les jeune adultes de 25-35 ans dans la régions de Lomé, Maritime et Plateau et plus particulièrement dans les préfectures suivantes : Golfe ; Agoe Nyive ; Lacs ; Vo ; Yoto ; Zio ; Agou ; Haho ; Kloto ; Ogou.**

Cela se traduit par un focus sur (i) le repositionnement de la prévention primaire avec une responsabilisation des organisations de la société civile, l'utilisation des TIC et la mise en œuvre des interventions d'éducation sexuelle complète à l'endroit des adolescent.e.s et jeunes scolarisés et non scolarisés en collaboration avec les ministères sectoriels en agissant sur les facteurs de basculement des jeunes filles dans la prostitution et les prises de risque (ii) le dépistage, le lien et la rétention aux soins des 16 349 PVVIH qui manquent à l'appel avec la mise en place de stratégie innovante ciblant les hommes en plus du dépistage des cas index (iii) l'engagement des acteurs communautaires (Accoucheuses traditionnelles, tradipraticien, Leaders religieux à travers la PTME communautaire), du secteur privé/confessionnel de santé et une mise à contribution plus efficace des structures en charge de la SRMNIA, de la nutrition, de la vaccination et de pédiatrie avec l'introduction des tests multiplexes à travers la mise en œuvre du processus de certification de l'eTME d'ici fin 2030 tout en rendant effectif la mise en œuvre des différents piliers de la PTME (iv) la prévention combinée pour les populations clés(HSH, PS, UD, TG) y compris la PrEP avec l'introduction de la PrEP injectable pour les populations clés et les couples sérodiscordants tout en favorisant la gratuité des bilans pour la PrEP ainsi qu'une mise à l'échelle du programme de réduction des risques chez les UD (v) la distribution de préservatifs, gels lubrifiants et la promotion de l'usage systématique des préservatifs lors des rapports sexuels à risque.

Voies de changement

Malgré des résultats importants réalisés dans l'atteinte des 95-95-95, des efforts sont nécessaires pour maintenir les acquis et les élargir pour l'atteinte des cibles de 2025 au-delà. Il s'agira à travers ce résultat de haut niveau : (i) de trouver au moins les 6% des PVVIH qui permettent d'attendre le 1^{er} 95 en intensifiant les stratégies en cours (Dépistage de la fratrie, Index testing, EPOA, dépistage communautaire) en y associant des campagnes de rattrapage du dépistage précoce des enfants avec l'implication des associations des personnes vivant avec le VIH, le ciblage des hommes à travers la mise œuvre d'une stratégie spécifique et d'assurer leur lien aux soins, leur prise en charge holistique de qualité y compris les coinfections (TB et hépatites) et les comorbidités (Diabète et Hypertension artérielle) et leur rétention pour une suppression virale durable (ii) d'assurer la mesure et la suppression de la charge virale chez toutes les PVVIH sous ARV en s'attaquant aux déterminants des échecs virologiques et thérapeutiques (Facteurs liés aux virus, Facteurs liés aux médicaments, Facteurs liés à un défaut d'observance, Facteurs liés aux dispositifs de soins) par une détection précoce et une prise en charge rapide à travers l'utilisation au mieux des résultats de la charge virale afin d'améliorer la prise en charge des patients à travers l'adressage des causes de l'échec virologique (iii) d'intensifier les séances d'éducation thérapeutique, le soutien psychosocial des PVVIH, la recherche des perdus de vue, le recours précoce aux soins et la stimulation de demande précoce aux soins y compris la demande de la charge virale avec la mise à contribution des patients Experts (iv) d'accompagner individuellement les patients qui changent de ligne thérapeutique avec l'implication des acteurs communautaires (v) d'intégrer les services avec la promotion du One stop shop et des prestations de soins différenciés en tirant profit du projet services de santé essentiels de qualité pour une couverture sanitaire universelle (SSEQCU) financé par la Banque Mondiale pour une transition programmatique d'une réponse d'urgence à une approche intégrée à long terme (vi) – l'orientation des investissements du VIH pour le renforcement du système de santé en contribuant à la mise en place de plateformes polyvalentes adaptables aux flambées et aux urgences épidémiques tout prenant en compte d'autres priorités en matière de santé qui ont une incidence sur les PVVIH (vii) l'opérationnalisation du transport mutualisé des échantillons (viii) d'assurer la disponibilité permanente des médicaments, des équipements et intrants laboratoires grâce à une participation majoritaire des ressources domestiques sur ces éléments de coûts en mettant en place une stratégie d'achat groupé pour réaliser des économies.

RHN 3 : Les transformations de l'environnement juridique, politique et des normes sociales en faveur de l'équité, de la non-discrimination et de la non stigmatisation pour l'accès et l'utilisation continue des services VIH pour les PVVIH, les populations vulnérables et les populations clés sont effectuées et maintenues sur toute la période de la riposte.

Voies de changement

L'accès universel à la santé implique que toutes les personnes et communautés aient accès, sans aucune forme de discrimination à des services de santé complets et de qualité. Ainsi, le respect et la protection du droit à la santé constituent un principe intangible pour lever les obstacles à l'accès aux services essentiels pour les populations et plus particulièrement celles qui sont les plus vulnérables notamment les PVVIH, les HSH, les PS, le UD, TG et les personnes en privation de liberté. Les voies de changement pour l'atteinte de ce résultat de haut niveau sont les suivantes : (i) le développement d'un argumentaire de plaidoyer pour la protection des droits des PVVIH, des populations clés et vulnérables (ii) l'organisation d'actions structurées de plaidoyer menées par des leaders d'opinions, communautaires, religieux et politiques pour supprimer les lois, politiques ou normes sociales entravant l'accès aux services de lutte contre le VIH des PVVIH, des populations clés et des personnes vulnérables à la transmission du VIH (iii) la mise en place d'un programme de renforcement des capacités sur les droits humains et l'accès aux services juridiques et judiciaires des PVVIH, des

populations clés et vulnérables du VIH, des acteurs judiciaires et des forces de défense et de sécurité à travers l'approche LILO en s'appuyant sur les investissements du FM dans ce domaine pour le GC7 (iv) l'intégration de l'approche genre dans les politiques nationales et lutter contre les VBG (v) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan quinquennal droits humains et VIH (vi) la formation des PVVIH, des populations clés et vulnérables sur les droits humains (vii) la saisie des opportunités des politiques de réductions des inégalités sensibles au VIH tout en tirant profit du projet d'autonomisation des femmes et le dividende démographique en Afrique subsaharienne financé par la Banque mondiale (viii) Réviser les lois et règlements punitifs et œuvrer à la décriminalisation des comportements des populations clés », comme le recommande l'OMS dans son document de référence: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>. (ix) la vulgarisation des textes légaux.

RHN 4 : Le financement des interventions clés (Prévention pour les populations clés, Élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, Services de dépistage différenciés du VIH, Traitement, prise en charge et soutien Réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose) de la lutte contre le VIH/sida sont assurés à 50% par les ressources publiques avec une contribution substantielle des systèmes assurantiels et complété les financements extérieurs à travers un mécanisme de mise en commun des fonds et orienté vers l'impact pour la durabilité.

Voies de changement

Cette ambition de faire passer les dépenses publiques liées au VIH de 15% à 50% exige une approche multisectorielle et une appropriation/décision au plus haut niveau. L'atteinte de ce résultat passera par : (i) l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation des ressources domestiques en identifiant clairement les sources tout en faisant de telle sorte que les dépenses courantes de santé des ménages n'atteignent pas 20% afin d'atténuer le risque financier (ii) la mobilisation des ressources du secteur privé national à travers les efforts philanthropiques et dans le cadre de la RSE à travers un panier commun et la mutualisation des ressources (iii) la mise à contribution des collectivités territoriales pour le financement de la riposte OSC (iv) la réorientation allocative en finançant les interventions à haut impact et selon la dynamique de l'épidémie avec un financement prioritaire pour l'achat des ARV, des intrants de laboratoire, les ressources humaines pour la santé dans le cadre du plan de transition des ressources humaines, les contrats sociaux pour les prestations des organisations de la société civile en augmentant progressivement le financement pour remplacer le financement des partenaires extérieurs pour les OSC (v) l'identification des synergies avec d'autres investissements de la santé et du développement en général ainsi que l'utilisation de l'étude des coûts des prestations du secteur communautaire afin de trouver des gains d'efficience et d'augmenter les capacités de financement (vi) le plaidoyer pour l'allègement de la dette pour l'investissement dans le secteur sanitaire (vii) l'élargissement des systèmes assurantiels et de protection sociale au bénéfice des cibles du plan stratégique de lutte contre le VIH/IST (viii) la mise en place d'un panier commun des financements pour une optimisation de interventions. (ix) le plaidoyer pour la participation financière des collectivités territoriales sur le financement de la riposte au VIH en institutionnalisant les lignes budgétaires et le financement des plans sectoriels par les budgets des ministères autres que la santé.

RHN 5 : Le personnel de santé y compris les agents de santé communautaire soutenus par les donateurs et nécessaire pour pérenniser la riposte au VIH/sida est financé de façon efficace et durable par le budget de l'Etat.

Voies de changement

La prise en charge de plus de la moitié des ressources humaines pour la santé y compris communautaire intervenant pour la lutte contre le VIH/sida par les financements extérieurs constitue un risque majeur pour la durabilité de la riposte au VIH. Ainsi, à travers ce résultat il s'agira en collaboration avec le ministère de la santé et celui des finances : (i) d'effectuer un inventaire exhaustif des ressources humaines pour la santé y compris communautaire prises en charge par les financements extérieurs (ii) d'actualiser le référentiel des profils et des nombres requis en fonction des types de structures qui date de 2013 (iii) d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de transition des ressources humaines pour la santé y compris communautaire (Reversement du personnel prises en

charge par les financements extérieurs dans la fonction publique) en alignement du plan national de développement des ressources humaines pour la santé tout en développant des mécanismes contribuant à la rétention (iv) de suivre et rendre compte annuellement à l'issue de l'assemblée plénière du CNLS du niveau de mise en œuvre du plan de transition.

RHN 6 : Adoption, financement et mise en œuvre élargie des contrats sociaux entre les institutions publiques et les OSC pour une pérennisation de leurs interventions en directions des communautés

Voies de changement

L'un des risques évoqués lors du dialogue national et de l'évaluation de la durabilité est le financement des OSC qui est essentiellement assuré par les partenaires extérieurs et leur capacité opérationnelle pour une couverture adéquate des actions de prévention combinée à l'endroit des populations clés et vulnérables. Si ces obstacles ne sont pas levés, les services délivrés par les OSC à l'endroit des populations clés et vulnérables seraient limités et pourraient avoir comme conséquence une recrudescence de l'épidémie dans le contexte de l'élimination et une menace pour la viabilité de la riposte au VIH. Les voies de changement pour atteindre ce résultat de haut niveau sont : (i) l'augmentation des capacités opérationnelles des OSC et des prestataires de services locaux (techniques, institutionnelles, humaines, matérielles et financières) au profit des interventions à l'endroit des populations clés (ii) la mise en place de mécanismes de contrats sociaux (iii) la généralisation et le respect du système de motivation des agents de santé communautaire (ASC, pairs éducateurs, animateurs et médiateurs) telle que définie par la politique nationale des interventions à base communautaire (iii) le développement de l'autonomisation des OSC pour une pérennisation des interventions.

RHN 7 : Le VIH est intégré dans les soins de santé primaire de façon graduelle et un système de surveillance des cas de VIH est mis en place

Voies de changement

L'état futur des services intégrés pour la durabilité de la riposte est celui d'un système de soins primaires entièrement intégré incluant les soins du VIH/sida. Par ailleurs, la surveillance du VIH devrait être considérée comme une intervention prioritaire afin d'atteindre les objectifs de contrôle, d'élimination du sida et de prévenir toute réintroduction. Les voies de changement ci-après vont permettre d'atteindre ce RHN : (i) l'intégration graduelle du VIH avec les services de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale, de prévention et de prise en charge de la violence sexuelle et sexiste, de traitement de la toxicomanie, de prévention et de prise en charge de l'hépatite B et C, de lutte contre la tuberculose, de santé en milieu carcéral, de lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l'hypertension artérielle) ; (ii) la production des informations stratégiques complémentaires suivantes : les nouvelles infections par type de population clé ; l'estimation du nombre de PVVIH au sein des populations clés pour générer les cascades, la répartition des causes des nouvelles infections pédiatriques ; (iii)-la mise en place d'un système de surveillance des cas de VIH en alignement aux lignes directrices de l'OMS tout en tirant profit du Projet régional de renforcement du système de surveillance des maladies financé par la Banque Mondiale (iv) la mise en œuvre de l'approche adaptative pour le contrôle et l'élimination du sida (v) l'utilisation des modélisations prédictive de l'épidémie pour le processus de prise de décision (vi) l'accomplissement de la maturité du DHS2.

3.2 Intrants clés pour le plan de transformation

Le tableau ci-après présente les résultats de haut niveau séquencés. Les détails de l'ordonnancement avec les jalons figurent dans la partie B de la feuille de route.

Tableau 5. Résultats de hauts niveau séquencés

Composantes/Jalons	Année 2025	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030
Leadership politique	RHN 4 : La participation au cycle de vie des programmes de lutte contre le VIH (Coordination, planification, mise en œuvre et suivi-évaluation) des organisations de la société civile et leur autonomisation sont assurées grâce à un renforcement de leurs capacités opérationnelles (institutionnelles, organisationnelles, humaines, Techniques, matérielles et financière) pour une pérennisation de leurs actions à l'endroit des communautés dans une optique de couverture sanitaire universelle avec un large soutien politique et multisectoriel dans la mise en œuvre des interventions à travers des contrats sociaux et maintenue sur toute la période de la riposte.				Maintenu sur toute la période de la riposte	
Jalon	Renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles de XX OSC	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions	Signature de X contrats sociaux pour les OSC pour un montant de xx millions
Lois et politiques habilitantes	RHN 3 : L'environnement social et juridique est favorable à l'accès et à l'utilisation continue des services VIH pour les PVVIH, les populations vulnérables et les populations clés et maintenu sur toute la période de la riposte			Maintenu sur toute la période de la riposte		
Jalons	Les propositions pour modifier les articles qui entravent l'accès aux services de santé des populations clés et des adolescents sont proposées		Les lois qui entravent l'accès aux soins sont modifiées, adoptées et promulguées	La stigmatisation et la discrimination sont réduites à moins de 5% dans la communauté et en milieu de soins	La stigmatisation et la discrimination sont réduites à moins de 5% dans la communauté et en milieu de soins	La stigmatisation et la discrimination sont réduites à moins de 5% dans la communauté et en milieu de soins
Financement durable	RHN 5 : Le financement des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida sont assurés à 50% par les ressources publiques avec une contribution substantielle des systèmes assurantiels et complété les financements extérieurs et maintenu sur toute la période de la riposte				Maintenu au moins sur la période de la	
Jalons	Le financement des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida par les ressources publiques représente au moins 20% des dépenses de la riposte	Le financement des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida par les ressources publiques représente au moins 30% des dépenses de la riposte	Le financement des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida par les ressources publiques représente au moins 40% des dépenses de la riposte	Le financement des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida par les ressources publiques représente au moins 50% des dépenses de la riposte	Le financement des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida par les ressources publiques représente au moins 50% des dépenses de la riposte	Le financement des interventions clés de la lutte contre le VIH/sida par les ressources publiques représente au moins 50% des dépenses de la riposte
Services et solutions	RHN 1 : Le nombre de nouvelles infections au VIH est diminué chaque année à moins de 690 et reste en dessous du nombre de décès dus au sida parmi les PVVIH					
	RHN 2 : La fourniture et le soutien au traitement sont mis en œuvre conformément aux besoins des patients et aux meilleures pratiques mondiales afin de minimiser les abandons de traitement et garantir une suppression virale durable à plus 95% des PVVIH sur traitement dans toutes les sous-populations, tous les groupes d'âge y compris les enfants vivant avec le VIH et dans toutes les zones géographiques et maintenus sur toute la période de la riposte			Maintenu sur toute la période de la riposte		
Jalons	Atteinte du 1 ^{er} 95 Dépassement du 2 ^{ème} 95	Atteinte du 1 ^{er} 95 Dépassement du 2 ^{ème} 95	Atteinte du 1 ^{er} 95 Dépassement du 2 ^{ème} 95 Atteinte du 3 ^{ème} 95	Nombre de nouvelles infections et les décès < 690	Nombre de nouvelles infections et les décès < 690	Nombre de nouvelles infections et les décès < 690

Composantes/Jalons	Année 2025	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030
	Nombre de nouvelles infections et les décès < 1892	Nombre de nouvelles infections et les décès < 1492	Nombre de nouvelles infections et les décès < 1091			
Systèmes	RHN 6 : La transition ciblée du personnel de santé y compris les agents de santé communautaire soutenu par les donateurs et nécessaire pour pérenniser la riposte au VIH/sida est assurée de façon efficace et durable par les ressources publiques			<div>Maintenu sur toute la période de la riposte</div>		
	RHN 7 : Le VIH est intégré dans les soins de santé primaire de façon graduelle et un système de surveillance des cas de VIH est mis en place, aligné sur les directives de l’OMS et fonctionnel afin de capturer le minimum d’informations essentielles (y compris comportementales) pour la prise de décision rapide en santé publique et individuelle					
Jalon	30% du personnel de santé y compris communautaires qui étaient pris en charge par les ressources extérieures sont assurés par les ressources publiques Le VIH est intégré aux services de santé sexuelle et reproductive, aux services de pédiatrie, aux services de nutrition, aux services de vaccination, à la santé en milieu carcéral et à la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l’hypertension artérielle)	60% du personnel de santé y compris communautaires qui étaient pris en charge par les ressources extérieures sont assurés par les ressources publiques Le VIH est intégré à la prévention et à la prise en charge de l’hépatite B et C et à la lutte contre la tuberculose	80% du personnel de santé y compris communautaires qui étaient pris en charge par les ressources extérieures sont assurés par les ressources publiques et maintenus sur toute la période de la riposte Le VIH est intégré à la santé mentale, à la prise en charge de la violence sexuelle et sexiste et au traitement de la toxicomanie	Le VIH est intégré aux services de santé sexuelle et reproductive, aux services de pédiatrie, aux services de nutrition, aux services de vaccination à la santé en milieu carcéral et à la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l’hypertension artérielle), à la prévention et à la prise en charge de l’hépatite B et C et à la lutte contre la tuberculose, à la santé mentale, à la prise en charge de la violence sexuelle et sexiste et au traitement de la toxicomanie	Le VIH est intégré aux services de santé sexuelle et reproductive, aux services de pédiatrie, aux services de nutrition, aux services de vaccination à la santé en milieu carcéral et à la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l’hypertension artérielle), à la prévention et à la prise en charge de l’hépatite B et C et à la lutte contre la tuberculose, à la santé mentale, à la prise en charge de la violence sexuelle et sexiste et au traitement de la toxicomanie	Le VIH est intégré aux services de santé sexuelle et reproductive, aux services de pédiatrie, aux services de nutrition, aux services de vaccination à la santé en milieu carcéral et à la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète et de l’hypertension artérielle), à la prévention et à la prise en charge de l’hépatite B et C et à la lutte contre la tuberculose, à la santé mentale, à la prise en charge de la violence sexuelle et sexiste et au traitement de la toxicomanie

Annexes

Annexe 1	Note de service de mise en place du GTT
Annexe 2	Termes de référence du GTT
Annexe 3	Calendrier de mise en œuvre du processus
Annexe 4	Liste des documents consultés (Voir fichier attaché)
Annexe 5	listes de présence
Annexe 6	Principaux indicateurs des dépenses de santé de 2017-2021

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

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



Secrétariat Permanent

Réf. 0369 SP / CNLS-IST / 2024



REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail - Liberté - Patrie

Lomé, le

04 JUIN 2024

Date : 04/06/24

N°	Action	Obs/Com/Sugg.	A Class.
UCD			
CIS			
AA			
AUTRES			

NOTE DE SERVICE N° 001 /2024/SP/CNLS-IST

Mettant en place le Comité de Pilotage de la Rédaction de la feuille de route dans le cadre du processus d'élaboration du plan national de durabilité (ou pérennité) des interventions VIH et Sida au Togo

Dans le souci d'assurer une meilleure coordination du processus de rédaction de la feuille de route relative à l'élaboration du plan de durabilité des interventions VIH et Sida au Togo, il est mis sur pied un Comité de Pilotage.

A. Mission

Le Comité de Pilotage aura pour missions :

- Encadrer le processus de l'élaboration de la feuille de route
- Valider la feuille de route

B. Composition

- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé
- La Directrice Générale des Etudes, de la Planification et de l'Information Sanitaire
- L'Economiste de la santé du ministère de l'accès universel aux soins
- Le Directeur pays ONUSIDA

- Le Coordonnateur National du SP/CNLS-IST
- Le Coordonnateur du PNLS-HV-IST
- Le Coordonnateur du SP/CCM
- Le Conseiller VIH/USAID
- Le Chargé de Programme VIH de l'OMS
- Le Président de la Plateforme des OSC-VIH
- Le Président RAS+Togo
- Le Directeur Exécutif de l'UONGTO

Fait à Lomé, le 04 JUIN 2024

Le Coordonnateur National du SP/CNLS-IST



Professeur Palokinam PITCHÉ

Annexe 2 : TDR Groupe Technique de Travail (GTT)

TDRs du Groupe de travail technique (GTT) sur la durabilité

1- Contexte

A travers le monde, des millions de personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement salvateur et devraient mener une vie saine et productive pendant des décennies au-delà de 2030. L'accès à ce traitement a permis d'obtenir les résultats suivants :

- ✓ Réduction de 60% de la mortalité due au Sida entre 2010 et 2022
- ✓ Baisse de la prévalence de 4% en 2002 à 1.7% en 2022
- ✓ 81% des PVVIH sous Traitement
- ✓ 76% des femmes enceintes attendues ont reçu le traitement en 2022 pour prévenir la transmission du VIH de la mère à la l'enfant

Au vu de ces résultats, il est prouvé que les objectifs de mettre fin au sida comme problème de santé publique sont réalisables. Mais, il faut souligné que ces progrès réalisés dans la lutte contre le VIH resteront fragiles et devront être protégés et maintenus au-delà de 2030.

Dans le monde par exemple, la réalisation des objectifs de 2025 peut permettre d'éviter 5 millions de nouvelles infections par le VIH et de sauver 1,8 million de vies supplémentaires d'ici à 2030. Étant donné que la garantie d'un traitement à vie contre le VIH pour les personnes qui en ont besoin représente une obligation multigénérationnelle importante, l'excès de nouvelles infections par le VIH augmentera considérablement la charge fiscale à long terme pour les pays et renforcera encore le défi de la durabilité. Outre les conséquences sur la santé et la vie des personnes, l'incapacité à atteindre les objectifs fixés nuira aux perspectives économiques de nombreux pays.

Les contraintes de financements au niveau mondial (ralentissement des économies suite la pandémie à COVID-19, les problèmes de sécurités, les enjeux environnementaux et les problèmes d'inflation) vont affecter les économies des principaux pays donateurs dans la lutte contre le VIH et la santé.

Partant de ces constats et du risque d'une baisse significative des financements internationaux à moyens termes, une réflexion a été menée par les acteurs du secteur de la santé (ministère en charge de la santé et celui de l'accès universel aux soins, société civile) avec l'appui de l'USAID. Cette réflexion a permis d'avoir une première étude de préparation de la transition des financements internationaux vers les financements nationaux.

Ainsi, un appel urgent à l'action est nécessaire pour maintenir l'élan requis pour suivre la voie de l'éradication de la pandémie de sida à travers l'élaboration de la feuille de route sur la durabilité du VIH adaptée au contexte togolais, afin de guider et d'aider le pays et les partenaires à atteindre l'objectif de 2030 et à obtenir des résultats viables à long terme.

C'est dans ce cadre que le Togo, avec l'appui des partenaires techniques et financiers notamment l'ONUSIDA, le PEPFAR et le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a initié l'élaboration de cette feuille de route pour la durabilité de la riposte au VIH.

Ainsi, le processus d'élaboration et de mise à jour de la feuille de route est piloté par le groupe technique de travail sur la durabilité mis en place par le niveau stratégique de la riposte au VIH.

2- Composition du groupe de travail technique

Le GTT est composé :

- 1 Secrétaire Général du Ministère
- 2 La Directrice Générale des Etudes, de la Planification et de l'information sanitaire
- 3 L'économiste de la santé du ministère de l'accès universel aux soins
- 4 Le Directeur Pays de l'ONUSIDA
- 5 Le coordonnateur national du SE/CNLS-IST
- 6 Le coordonnateur du PNLS- HV-IST

- 7 Le coordonnateur du SP/CCM
- 8 Le conseiller VIH/USAID
- 9 Le chargé de programme VIH/OMS
- 10 Le Président de la plateforme OSC-VIH
- 11 Le Président RAS+ Togo
- 12 Le Directeur Exécutif UONGTO

3- Responsabilités du groupe de travail technique sur la durabilité

- Engager une communication claire avec toutes les parties prenantes de la lutte contre le VIH sur la feuille de route de la durabilité de la riposte au VIH
- Étudier la possibilité de mettre en place une équipe de mise en œuvre technique à laquelle pourrait être déléguée la responsabilité de développer les travaux techniques nécessaires au processus d'élaboration de la feuille de route pour la durabilité.
- Réfléchissez aux sous-groupes de travail (le cas échéant) qui seront créés et à la manière dont ils seront liés au groupe plus large.
- Superviser les activités du processus d'élaboration de la feuille de route sur la durabilité de la riposte au VIH et rassembler la documentation qui servira de base de travail
- Organiser un dialogue sur la durabilité et des consultations nationales permanentes
- Veiller à ce que les parties prenantes soient impliquées de manière appropriée dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évaluation.
- Veiller à ce que la feuille de route en matière de durabilité soit revue et mise à jour régulièrement.
- Suivre dans le temps les progrès accomplis dans la réalisation de la vision du pays en matière de durabilité

Annexe 3 Calendrier de mise en œuvre

Nom de la tâche	Durée	Début	Fin
CHRONOGRAMME PROVISOIRE DE LA MISSION	60 jours	Lun 12/08/24	Ven 01/11/24
Phase 1	10 jours	Lun 12/08/24	Ven 30/08/24
Rédaction de la méthodologie de travail (début), Analyse documentaire, Réunion prise de contact Rapport de démarrage: validation de la méthodologie	4 jours	Lun 12/08/24	Lun 15/08/24
Validation de la méthodologie	1 jour	Jeudi 22/08/24	Jeudi 22/08/24
Voyage du consultant Lead sur Lomé	0 jour	Dim 25/08/24	Dim 25/08/24
Préparation et tenue du dialogue	3 jours	Lun 26/08/24	Mer 28/08/24
Rédaction des actes du dialogue et présentation du rapport au comité technique	2 jours	Jeu 29/08/24	Ven 30/08/24
Phase 2	8 jours	Lun 02/09/24	Mer 11/09/24
Préparation + Evaluation	6 jours	Lun 02/09/24	Lun 09/09/24
Rapport d'évaluation +validation avec GTT	2 jours	Mar 10/09/24	Mer 11/09/24
Phase 3	12 jours	Jeu 12/09/24	Ven 27/09/24
Elaboration de la feuille de route nationale Présentation du premier draft au GTT	6 jours	Jeu 12/09/24	Jeu 19/09/24
Prise en compte des observations et présentation du deuxième draft au GTT et au Comité de pilotage	4 jours	Ven 20/09/24	Mer 25/09/24
Atelier de validation de la feuille de route partie A (préparation, animation et finalisation des différents documents)	2 jours	Jeu 26/09/24	Ven 27/09/24
Voyage du consultant Lead sur Dakar	0 jour	Sam 28/09/24	Sam 28/09/24
Phase 4*	10 jours	Lun 21/10/24	Ven 01/11/24
Elaboration du plan de transformation	10 jours	Lun 21/10/24	Ven 01/11/24
Elaboration du plan de suivi et évaluation	10 jours	Lun 21/10/24	Ven 01/11/24
Elaboration du Plan de gestion de la qualité	10 jours	Lun 21/10/24	Ven 01/11/24
Elaboration du Plan d'atténuation des risques	10 jours	Lun 21/10/24	Ven 01/11/24
Elaboration du Calendrier de mise en œuvre détaillé	10 jours	Lun 21/10/24	Ven 01/11/24
* Dates indicatives			

Annexe 5 : Liste de présence (Voir Fichier joint)

Annexe 6 : Indicateurs des dépenses en santé de 2017-2021

Nom de l'indicateur	2017	2018	2019	2020	2021
Dépense courante de santé (DCS) en % de la Dépense totale de santé (DTS)	94,3	92,9	93,9	84,2	84,4
Dépense courante de santé (DCS) en % du Produit intérieur brut (PIB)	6,5	6,2	5,9	6,1	5,6
Dépenses de santé en capital (HK) en % du Produit Intérieur Brut (PIB) Domestic Product (GDP)	0,4	0,5	0,4	1,1	1,0
Dépense totale de santé (DTS) en % du Produit intérieur brut (PIB)	6,9	6,7	6,3	7,3	6,7
Dépense totale de santé (DTS) par habitant	35196,1	34817,3	33877,5	39624,6	39450,4
Dépense de santé (DCS) par habitant	33194,3	32330,7	31803,5	33360,9	33292,0
Dépense totale de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat Exécuté	31,5	35,1	38,5	31,4	32,2
Dépenses des régimes de financement obligatoire (RegObl) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	31,1	26,3	23,9	30,2	28,8
Dépenses des Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé en % de la Dépense courante de santé	68,9	73,7	76,1	69,9	71,3
Dépenses de santé des ménages par paiement direct en % de la Dépense courante de santé (DCS)	62,0	65,3	66,2	63,7	66,0
Dépenses de soins préventifs (DepSP) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	13,1	10,3	10,5	13,1	17,3
Dépenses de soins curatifs (DepSC) en % de la Dépense courante de santé (DCS)	26,9	29,7	31,0	28,2	26,6
Dépenses de santé externe transitant par le gouvernement (EXT-G) en % des Dépenses de santé externes (EXT)	99,9	100,0	96,9	96,9	96,8
Dépenses de salaires payés par l'Etat au personnel de santé en % des Dépenses de santé publique domestique	50,2	54,9	47,7	61,4	60,3
Dépenses de santé provenant des sources externes (EXT) en % des Dépenses courantes de santé (DCS)	15,0	9,5	9,1	15,5	15,8
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	20,6	22,5	18,9	12,1	10,7
Dépenses publiques de santé en % des dépenses courantes de santé	21,9	24,3	20,2	14,4	12,7
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	58,5	60,6	62,7	53,6	55,7
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	12,3	9,5	9,8	11,0	14,6
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	25,3	27,5	29,1	23,8	22,5
Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	54,1	58,0	56,9	49,8	46,2
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	14,7	9,3	10,0	13,1	13,4
Dépense des salaires payés par l'Etat au personnel de santé en % des dépenses totales de santé de l'Etat	7,6	8,5	6,7	7,7	6,9
Dépenses assurance maladie en % dépense totale de santé	6,3	7,9	9,1	6,5	6,8
Dépenses assurance maladie en % dépense courante de santé	6,7	8,5	9,7	7,7	8,1
Dépenses assurance maladie en % dépense de santé des ménages	10,8	13,1	14,5	12,1	12,2
Dépenses gouvernement par habitant	7253,4	7842,8	6411,9	4813,7	4225,9

Nom de l'indicateur	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses ménages par habitant	20589,0	21115,1	21252,7	21242,6	21960,2
Dépenses gouvernement en pourcentage du PIB	1,4	1,5	1,2	0,9	0,7
Dépense de recherche en santé en % de DCS	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2
Dépenses de formation brute de capital en % de dépense totale de santé	5,7	7,1	6,1	15,8	15,6

Sources : Comptes nationaux de la santé 2020-2021