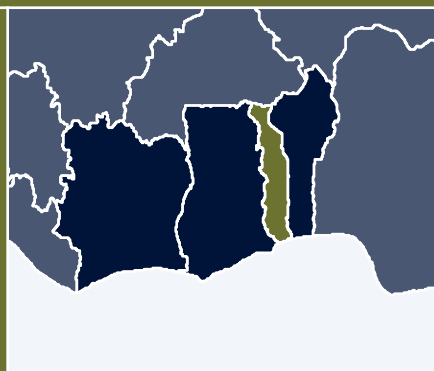


# policy

Octobre 2013

## ANALYSE DE POLITIQUES POUR LES POPULATIONS CLEFS

QUI ENCOURENT LE  
RISQUE DE CONTRACTER  
LE VIH AU TOGO



Cette publication a été préparée par S. Duvall, J. Agounke, S. Anato, A. Hodo, Y. Kugbe, G. Chaold et B. Nibogora pour HPP (Health Policy Project).

---

Citation suggérée: Duvall, S., J. Agounke, S. Anato, A. Hodo, Y. Kugbe, G. Chaold et B. Nibogora. 2013. « Analyse de politiques pour les populations clefs qui risquent de contracter le VIH au Togo ». Accra, Ghana: Futures Group, Projet de Politique Sanitaire.

Le Projet de Politique Sanitaire est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International sous l'égide de l'accord # AID-OAA-A-10-00067, qui a pris effet le 30 septembre 2010. Les activités liées au projet VIH sont subventionnées par le Plan d'Urgence du Président pour la Lutte contre le SIDA (PEPFAR). Ce projet est mis en œuvre par le Futures Group en collaboration avec le CEDPA (qui fait partie du Plan International USA), Futures Institute, Partners in Population and Development, le Bureau Régional Afrique (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), RTI International et la White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA).

---

---

# ANALYSE DE POLITIQUES POUR LES POPULATIONS CLEFS QUI ENCOURENT LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIH AU TOGO

---

**OCTOBRE 2013**

Cette publication a été préparée par S. Duvall<sup>1</sup>, J. Agounke<sup>2</sup>, S. Anato<sup>2</sup>, A. Hodo<sup>2</sup>, Y. Kugbe<sup>2</sup>, G. Chaold<sup>2</sup> et B. Nibogora<sup>3</sup> pour le Health Policy Project (HPP).

<sup>1</sup>Futures Group, <sup>2</sup>Consultant, <sup>3</sup>AMSheR

Les informations fournies dans ce document ne sont pas des informations officielles du gouvernement américain et ne représentent pas nécessairement les points de vue ou positions de l'Agence Américaine pour le Développement International.



# TABLE DES MATIERES

---

REMERCIEMENTS .....	iv
RÉSUMÉ .....	v
Informations de base .....	v
Objectifs et Méthodologie.....	v
Résultats d' Application.....	vi
Recommandations.....	x
ABBREVIATIONS.....	xii
INTRODUCTION.....	1
Le Modèle de Décision : Analyse de Politique.....	1
Méthodologie .....	2
ANALYSE DE POLITIQUES POUR LES POPULATIONS CLEFS AU TOGO.....	4
Populations Clefs et VIH au Togo .....	4
Résultats de l'Evaluation .....	5
Défis et Limitations.....	26
CONCLUSION .....	27
ANNEXE 1. CADRE POLITIQUE DU MODÈLE DE DÉCISION.....	31
ANNEXE 2. LISTE DES DOCUMENTS REVISES.....	36
ANNEXE 3. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS.....	39
RÉFÉRENCES .....	64

## REMERCIEMENTS

---

Les auteurs aimeraient remercier Sue Perez et Laurent Kapesa du Bureau Régional de la Santé pour l'Afrique de l'Ouest d'USAID d'avoir supervisé l'application du Modèle de Décision<sup>1</sup> au Togo, fourni une aide technique et de s'être engagés à sa réalisation. La mise en œuvre de ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien du Professeur Vincent Pitché, du Secrétaire Permanent du Conseil National pour la Lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS-IST) et les conseils, l'aide et la coordination précieuses du Dr. Jean-François Somé du Programme d'Appui aux Organisations de la Société Civile Impliquées dans la Riposte contre le VIH/Sida au Togo (PASCI) et la collaboration d'informateurs et de parties prenantes clés au Togo. Nous sommes également reconnaissants du soutien et de la collaboration de Virginie Traoré et du Dr. Hortense Me-Tahi du Projet Régional de Prévention et Soins pour le VIH-SIDA en Afrique de l'Ouest (PACTE-VIH).

Modibo Maiga, Directeur Régional pour l'Afrique de l'Ouest et Cyriaque Ako de l'organisation Hommes Africains pour la Santé sexuelle et les Droits (AMSHeR) ont rejoint l'équipe à Lomé pour rencontrer les parties prenantes et organiser un atelier pour elles. Nous les remercions de leur soutien et feedback essentiels. Le conseiller technique régional du Projet de Politique Sanitaire (HPP) Moukaila Tchagafou a posé les bases de l'engagement des parties prenantes et de la collecte de données au Togo et a fourni un soutien continu durant toute la collecte de données.

L'équipe voudrait aussi remercier le personnel du HPP à Washington, DC de leurs suggestions et leur travail en coulisses, en particulier Lori Merritt qui a fourni un travail d'édition méticuleux et des suggestions pour le rapport final.

---

<sup>1</sup> Ce modèle intitulé « *Modèle de Décision concernant l'Analyse des Politiques et le Plaidoyer en faveur des Services liés au VIH: les Hommes ayant des Relations Sexuelles avec des Hommes, les Personnes Transsexuelles et les Travailleurs du Sexe* », a été conçu par le HPP et AMSHeR et est disponible en ligne à [www.healthpolicyproject.com/t/HIVPolicyModels.cfm](http://www.healthpolicyproject.com/t/HIVPolicyModels.cfm).

# RÉSUMÉ

---

## Informations de base

Bien que le Togo connaisse une épidémie généralisée avec un taux de prévalence de 2,9 % (ONUSIDA, 2012) et que les taux de SIDA au sein de la population générale aient baissé de 57% pour cent de 2001 à 2011 (ONUSIDA, 2012), les taux de VIH parmi les professionnels du sexe (PS), les Hommes ayant des Relations Sexuelles avec des Hommes (HSH), et les prisonniers sont nettement plus élevés, les estimations respectives étant de 13,1 % (PNLS, 2011a), 19,6% (PNLS, 2011b), et 4,3 % (PNLS, 2011c). Bien que les PS, les HSH et les prisonniers soient affectés de façon disproportionnée par le VIH au Togo, les données concernant ces populations sont limitées. De plus, il n'existe aucune donnée ni information pour les personnes transgenres (TG) qui sont aussi considérées comme une population clef.

La rentabilité et l'impact mondial positif de l'allocation de fonds à la prévention du VIH parmi les populations clefs, au sein desquelles la majorité des nouvelles infections vont probablement se produire (Case et al., 2012; Banque Mondiale, 2012; Beryer et al., 2011; Banque Mondiale, 2011; ONUSIDA/Banque Mondiale, 2010) sont largement attestées. La disponibilité et l'accessibilité des services de prévention, de soins et de traitement pour ces populations sont affectées par les politiques, y compris les lois, codes, directives et procédures opérationnelles. Bien que les politiques au Togo soient en train d'évoluer de façon positive en ce qui concerne les populations clefs et qu'on puisse tirer des leçons pour d'autres pays de la région, certaines politiques font encore défaut et des barrières demeurent pour l'accès aux services des populations clefs.

## Objectifs et Méthodologie

De 2010 à 2012, le Projet de Politique Sanitaire (HPP) financé par USAID, en partenariat avec les Hommes Africains pour la Santé Sexuelle et les Droits (AMSHer), a mis sur pied *Le Modèle de Décision pour l'Analyse des Politiques et le Plaidoyer en faveur des services liés au VIH : Les Hommes ayant des Relations Sexuelles avec des Hommes, les Personnes Transgenres, et les Professionnels du Sexe* (Beardsley et al., 2013, ci-après Modèle de Décision). Il fournit aux parties prenantes du pays tels que des défenseurs décideurs et prestataires de services des moyens d'inventorier, d'évaluer et de plaider en faveur de politiques qui affectent l'accès et la durabilité de services clefs pour les HSH, les TG et les PS. Ce modèle

- identifie l'existence de politiques restrictives, inadaptées ou absentes<sup>2</sup> concernant la santé sexuelle et reproductive, les droits afférant et les programmes liés aux infections VIH transmises par voie sexuelle.
- dresse une liste des cadres internationaux des droits de l'homme spécifiques aux services pour identifier les besoins et opportunités de plaider en faveur des politiques qui peuvent aider à améliorer l'accès aux services.
- fournit aux parties prenantes et défenseurs locaux un tableau pour élaborer une approche adaptée et ciblée du plaidoyer qui correspond aux besoins et à l'environnement de chaque juridiction.

Cette approche modulable, approfondie et standardisée permettra de renforcer les capacités d'identifier des opportunités incrémentielles, réalisables et à court terme d'améliorer l'environnement

---

<sup>2</sup> Les politiques restrictives sont des déclarations dans les documents politiques qui interdisent ou excluent spécifiquement les services dont la validité est scientifiquement prouvée (par exemple une politique qui interdit expressément la distribution de préservatifs dans les prisons). Les politiques inadéquates sont celles qui ne sont pas claires ou ne correspondent pas aux lignes directrices couramment acceptées, aux connaissances scientifiques actuelles ou aux meilleures pratiques internationales. L'absence de stipulations explicites dans les politiques peut affecter l'application et la durabilité des services.

légal et donc la qualité de et l'accès aux services pour le VIH et liés au VIH pour les HSH, les TG et les PS pendant l'application à long terme de stratégies de respect des droits de l'homme.

Cette évaluation menée au Togo est la seconde application au niveau national du Modèle de Décision. En 2011, l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) par le biais du projet Action pour l'Afrique de l'Ouest II (AWARE II) a financé une évaluation régionale pour mettre à jour des défis politiques qui peuvent faire obstacle à la prévention, aux soins et au traitement de haute qualité pour les populations clefs (Dutta and Maiga, 2011). Sur la base de ces résultats, en 2012, le projet a mené une application pilote du Modèle de Décision au Burkina Faso pour les PS, les HSH et les personnes incarcérées (Duvall et al., 2012).

En utilisant la même technologie, le HPP et l'AMSHeR ont appliqué le Modèle de Décision pour mettre à jour des lacunes dans les politiques et des défis pratiques à l'application des politiques au Togo. A compter de juin 2013, le principal enquêteur du HPP, un expert légal d'AMSHeR et une équipe de consultants locaux ont mené cette analyse de documents et cette évaluation. L'équipe a dressé un inventaire de 116 documents sources de politiques, programmes, recherches programmatiques et politiques précédentes liées aux populations clefs et/ou au VIH. L'équipe d'évaluation a aussi mené 21 entretiens d'informateurs-clefs pour examiner l'environnement politique<sup>3</sup> et évaluer la dissémination et l'application des politiques actuelles, et identifier en particulier des lacunes qui font obstacle à l'accès aux services pour des populations clefs.

## Résultats d'Application

L'analyse des politiques et les entretiens avec des informateurs clefs ont confirmé que des changements positifs concernant la prévention, les soins et le traitement du VIH, y compris ceux liés aux populations clefs, sont en cours au Togo. On a engagé des étapes initiales pour concevoir des politiques de gestion qui reconnaissent les populations clefs et visent à améliorer leur accès aux services. Il existe aussi des opportunités réelles de faire de plus amples progrès, y compris par le biais du Projet Régional financé par USAID pour la Prévention et les Soins pour le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest (PACTE-VIH), les séries 4 et 8 sous l'égide du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme qui inclut pour la première fois une focalisation sur les HSH et des déclarations de soutien du Président du Togo et du Secrétaire Permanent du Conseil National pour la Riposte au SIDA et aux IST (SP/CNSL-IST). De plus, un certain nombre de politiques actuelles s'alignent sur les meilleures pratiques internationales. Cependant, il demeure des lacunes importants ; les politiques de soutien visant directement ces populations clefs sont limitées et les politiques générales qui influent sur ces populations clefs ne sont pas toujours efficacement et régulièrement appliquées.

Parmi les principales lacunes et **obstacles par rapport** aux politiques et leur application au Togo figurent les éléments suivants :

- Peu de stratégies pour répondre au défi du VIH parmi les populations clefs hormis le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH et les IST 2012–2015 (SP/CNLS-IST, 2012a) et un nouveau cadre politique pour les populations clefs (Guiard-Schmid, à paraître)
- Les lois qui pénalisent les relations sexuelles entre personnes adultes consentante de même sexe (les caractérisant comme étant des « actes contre-nature ») et le racolage des PS
- Un manque de mécanismes détaillés, tels que des lignes directrices ou des normes opérationnelles, pour soutenir l'application des politiques
- Un manque d'inclusion des populations clefs dans les comités et organes consultatifs clefs, bien que des discussions soient en cours pour inclure des représentants dans le Groupe de

---

<sup>3</sup> L'environnement politique inclut les cadres légaux et réglementaires ainsi que le niveau de soutien politique.



Travail Technique d'Intervention Ciblée contre les IST du Programme National de Lutte contre le VIH et les IST (PNLS) qui se focalise sur les populations clefs

- Un manque de sensibilisation aux protections légales et d'acceptation de celles-ci pour les groupes vulnérables et des codes de conduite professionnels parmi les groupes de parties prenantes clefs y compris les prestataires de soins de santé et personnes chargées de l'application des lois
- Une dissémination insuffisante de plusieurs politiques et documents politiques

Veillez trouver ci-dessous un résumé des obstacles et des politiques manquantes spécifiques qui ont été identifiés, classés selon le Modèle de Décision en quatre composantes politiques (cadre, partenariat de la communauté, environnement légal et conception de l'intervention, de l'accès et de l'application).

### **Cadre**

**La coordination et l'intégration** : Les politiques programmatiques et ministérielles pour la riposte multisectorielle et décentralisée au SIDA ne sont pas toujours alignées sur le PSN 2012–2015 (SP/CNLS, 2012a). Un certain nombre de ministères n'ont pas produit de politiques ou manquent de stratégies d'application. Hormis les documents du SP/CNLS et du PNL, les politiques, y compris les stratégies de développement national et les plans d'action ministériels, passent généralement sous silence les questions liées aux PS, aux HSH et aux TG. Pour les prisonniers, il existe des politiques adéquates pour le VIH et les IST mais le manque de politique carcérale et l'interprétation erronée du code pénal ont conduit au refus des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et dans de nombreux cas, de services pour le VIH et les IST en milieu carcéral. La coordination entre les agences et l'alignement des politiques pour le VIH et les IST est limitée.

**Planification et préparation des budgets basées sur les données** : les politiques liées aux HSH et aux TG et l'application de collecte de données les concernant sont en cours d'amélioration mais les données restent insuffisantes, en particulier pour les prisonniers, les clients des PS et les TG. Il n'existe aucune politique concernant l'obligation de collecte de données en matière de violence sexuelle dans les prisons. Le budget pour le VIH est insuffisant et dépend largement du financement des bailleurs.

### **Le Partenariat Communautaire**

**L'engagement et la participation de la communauté** : Bien que les politiques soutiennent la création d'organisations communautaires pour les PS et les HSH, elles ne mentionnent pas d'organisations non-gouvernementales incluant des PS, des TG ni des HSH. Les organisations à but non lucratif reconnues d'HSH ne peuvent demander un statut officiel à cause de la pénalisation des rapports sexuels entre personnes adultes consentantes de même sexe et de la discrimination. Les politiques ne requièrent pas la participation des PS, des TG ni des HSH à la prise de décisions concernant le VIH, les IST ou la SSR, à la conception de politique ni à l'évaluation de l'application des politiques. Les lois pénalisant certaines conduites font obstacle à leur participation.

### **Environnement Légal**

**Autorisation** : Les agents de santé publics assurent le contrôle et la coordination des programmes de prévention du VIH et d'autres services pour les PS et les HSH. Toutefois, certaines lois ne sont pas toujours largement connues ni comprises par les personnes chargées de leur application. L'accès des prisonniers aux services de VIH, IST et SSR est limité par le manque de politique carcérale et les fonds insuffisants, constituant aussi des obstacles à l'application d'une politique pour le VIH.

**Consentement** : Les politiques pour le VIH garantissent le consentement libre et informé de tous les citoyens adultes, mais la loi sur la santé publique n'est pas alignée.<sup>4</sup> Elle impose que toute personne ayant une IST se fasse examiner et traiter et soumet les PS à une supervision médicale obligatoire. Les politiques permettent aux prestataires de soins de traiter des patients malgré leur refus dans les cas où la vie du patient est en danger. Des politiques mal alignées concernant le consentement parental pour les mineurs en matière de conseils et dépistage du VIH (CDV) et d'accès aux services médicaux représentent des obstacles potentiels pour des jeunes PS, TG et HSH.

**Privauté et confidentialité** : Il existe des politiques strictes sur la privauté et la confidentialité mais leur application reste aléatoire. Il arrive que la confidentialité ne soit pas respectée en particulier en milieu carcéral. La divulgation de données médicales concernant un mineur aux parents/tuteurs est autorisée par la loi au Togo et peut ne pas respecter les intérêts de l'enfant.

**Stigmatisation et discrimination** : La stigmatisation et la discrimination des populations clefs au Togo présentent un obstacle majeur pour la riposte au VIH. Bien que de solides politiques existent pour interdire la discrimination sur la base du statut VIH, qu'elles protègent la confidentialité des patients et garantissent les droits égaux pour les personnes vivant avec ou affectées par le VIH, il n'est fait aucune mention spécifique de l'orientation sexuelle ni du travail du sexe. Les croyances religieuses et coutumières et les lois contribuent à un environnement très stigmatisant pour les PS et les HSH.

**Pénalisation** : Les rapports sexuels entre personnes de même sexe (« actes contre-nature »), le racolage dans les rues et le proxénétisme sont illégaux au Togo, bien que le travail du sexe ne le soit pas. Les HSH n'ont pas été arrêtés ni poursuivis en justice pour « actes contre nature » mais il existe des cas de harcèlement et d'arrestation sur de faux prétextes, y compris le racolage. Les PS offrant leurs services dans des bordels sont souvent victimes d'une interprétation erronée de ces textes.

**La violence basée sur le genre (VBG)** : Les professionnels du sexe sont souvent victimes de violence sexuelle, y compris aux mains de personnes chargées de l'application des lois. La violence réduit la capacité des professionnels du sexe de négocier l'utilisation des préservatifs et l'accès aux soins de santé adéquats et accroît le risque de transmission du VIH. Bien que les politiques n'interdisent pas aux PS d'intenter des poursuites en justice pour viol ou abus sexuel, de nombreux PS ne connaissent pas leurs droits et ont peur de rapporter de tels cas auprès de police. Les HSH au Togo sont aussi confrontés à la VBG. Les incidences de VBG contre les PS et les HSH sont le plus souvent passées sous silence. De nouvelles politiques identifient des activités de prévention et de traitement de la VBG focalisées sur les PS. Les politiques ne garantissent pas une prophylaxie post-exposition pour les victimes de viol.

**Suivi et application des lois sur les droits de l'homme** : Le Togo a ratifié les principales conventions internationales concernant les droits de l'homme et la constitution garantit ces droits pour tous les citoyens. Toutefois, ceux-ci ne sont pas spécifiques pour les PS, les HSH et les prisonniers et sont souvent limités dans leur application. Des informateurs clefs ont signalé des cas de harcèlement policier des PS et des HSH.

### ***Conception de l'Intervention, Accès et Application***

**Acquisition et gestion des produits** : Les ruptures de stock de préservatifs, de lubrifiants et de médicaments – en particulier les antirétroviraux et les kits pour IST – présentent des obstacles majeurs pour les populations clefs et sont attribuables à divers facteurs : 1) le manque de fonds durant les interruptions de financement des bailleurs, 2) une inégale application de la politique au niveau des centres de santé et des districts sanitaires, et 3) des données non fiables pour prévoir les kits pour les IST. De récents changements dans la politique d'approvisionnement ont causé des ruptures de stock de médicaments dans les prisons. Enfin, la politique ne prévoit pas de mécanismes pour permettre aux PS, aux TG et aux HSH de participer à la sélection des produits ou toute autre prise de décision.

---

<sup>4</sup> Dans tout ce document, les termes "mal aligné" et "manque d'alignement" réfèrent à deux politiques ou plus qui se contredisent et /ou ont des définitions conflictuelles ou encore des procédures qui peuvent prêter à confusion concernant l'application de la politique.

**Conception globale des services** : Les services pour le VIH et les IST tendent à être centralisés dans les centres urbains, la plupart des services pour les PS et les HSH étant basés à Lomé. La politique pour la SSR inclut des protocoles pour évaluer les risques de VBG, ce qui n'est pas le cas pour les politiques pour les IST et le VIH. Il n'existe aucun mécanisme défini pour inclure les HSH, les PS, les TG et les prisonniers dans la conception, l'élaboration et l'évaluation des programmes. Les politiques actuelles ne répondent pas aux besoins de formation pour les personnes chargées de l'application des lois et les prestataires de soins qui aideraient à améliorer l'accès des populations clefs aux services.

**Les conseils et le dépistage du VIH** : Les politiques n'identifient pas de mécanismes impliquant les HSH, les PS et les TG dans la conception de protocoles CDV ou de suivi de l'évaluation, bien qu'elles identifient les HSH, les PS et les TG comme étant des groupes vulnérables auxquels les prestataires devraient offrir des CDV. Des CDV gratuits sont garantis pour tous les citoyens mais les PS, les HSH, les TG et les prisonniers ne font pas l'objet d'une mention spécifique. La fourniture de CDV gratuits en milieu carcéral au Togo est confrontée à d'importants obstacles. La stigmatisation et la discrimination sont des obstacles majeurs pour la fourniture de CDV aux populations clefs à cause de la crainte de divulgation involontaire du statut VIH.

**Traitement antirétroviral (TAR)** : L'objectif politique d'accès universel au TAR est confronté à des obstacles majeurs. Des services afférant ou requis pour l'accès au TAR tels que la numération du compte de CD4, les services fournis par les prestataires et les médicaments pour les infections opportunistes ne sont généralement pas gratuits et peuvent être d'un coût élevé. La décentralisation des services de numération de CD4 et de fourniture de TAR est limitée ; il existe actuellement seulement 25 appareils de numération des CD4 dans tout le pays. Les ruptures de stock de TAR présentent des obstacles supplémentaires.

**Infections sexuellement transmissibles** : Bien que les politiques ne garantissent pas le traitement gratuit des IST pour les HSH ni les TG, d'autres politiques pour les IST suivent en général les meilleures pratiques. L'application des politiques est confrontée à de fréquentes ruptures de stock de kits IST et à un manque de services spécialisés pour les populations clefs, en particulier hors Lomé. D'autres obstacles à l'approvisionnement de services IST et au traitement incluent le coût pour les HSH qui ne bénéficient pas des droits au traitement gratuit et pour les PS durant les ruptures de stock, ainsi que le manque de transport vers les centres, le manque d'équipement pour les unités mobiles de dépistage des IST et la peur de la stigmatisation et la discrimination.

**Préservatifs et lubrifiants (P/L)** : Les politiques au Togo ne garantissent pas de services gratuits de P/L pour les PS, les TG ni les HSH. Les politiques actuelles ne couvrent ni l'approvisionnement ni la distribution de lubrifiants ; elles ne fournissent pas non plus de mécanismes pour les PS, les TG ni les HSH leur permettant de participer à la sélection de préservatifs ou de lubrifiants pour les programmes de prévention du VIH. Il n'existe aucune politique concernant les prisons, pourtant, les autorités carcérales n'autorisent pas les services de P/L pour les prisonniers. Les ruptures de stock de préservatifs et de lubrifiants signalées présentent un obstacle majeur pour la prévention efficace du VIH parmi les populations clefs.

**Information, éducation et communication (IEC)** : Bien que les politiques de VIH incluent des stratégies IEC pour les HSH et les PS, les politiques de santé publique ne garantissent pas le financement des programmes d'IEC. Seules des organisations non-gouvernementales offrent des IEC spécifiques aux HSH.

**Sensibilisation** : De récentes politiques de sensibilisation au Togo suivent les meilleures pratiques internationales. La stigmatisation et la discrimination sont, selon les rapports, les obstacles les plus importants à la sensibilisation des populations clefs au Togo. Toutefois, des politiques insuffisantes de dissémination, la pénalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe et du racolage, la coordination inadéquate avec les forces de l'ordre et les ruptures de stock de lubrifiants font aussi obstacles à la sensibilisation.

**Réduction des méfaits de l'abus d'alcool et de drogue :** L'accès aux programmes de réduction des méfaits de l'alcool et des drogues pour les populations clefs est essentiel pour les efforts de prévention du VIH. Les politiques pour le VIH au Togo incluent la programmation pour les personnes qui utilisent des drogues intraveineuses mais ne répondent pas directement aux besoins des personnes ayant une consommation abusive d'alcool et de drogues. Une politique en cours de validation inclut la distribution gratuite de seringues et recommande des programmes, des IEC et une sensibilisation liés à la réduction de la consommation d'alcool mais n'incluent pas de programmes de réduction des méfaits de l'abus d'alcool et de drogues ni de mécanismes d'application.

**Santé sexuelle et reproductive :** Les politiques garantissent les droits de la reproduction de tous les citoyens sous quelque condition que ce soit mais des approches spécifiques aux PS, HSH et TG ne sont pas identifiées. Les prisonniers n'ont pas droit à ces services. L'intégration de services dans les politiques pour le VIH et les IST n'est pas entièrement harmonisée dans la politique de SSR.

## Recommandations

Bien qu'un certain nombre de politiques continuent à faire défaut, et que la dissémination et l'application des politiques restent difficiles, le Togo connaît des changements politiques encourageants qui, s'ils sont financés et appliqués, vont améliorer sensiblement la riposte au VIH et faciliter l'accès aux services pour les populations clefs. Le niveau actuel de soutien du gouvernement et des bailleurs présente de nouvelles opportunités de combler des lacunes politiques et de concevoir des mécanismes efficaces pour soutenir l'application et le respect des politiques liées au VIH. Les recommandations suivantes peuvent aider à répondre au manque de politiques et à surmonter les obstacles à l'application :

- Renforcer la coordination entre le PNLs, le SP/CNLS, et les ministères et les agences du gouvernement, en particulier en concevant et disséminant des politiques qui répondent aux besoins des PS, des HSH, des TG et des clients des PS ainsi que des prisonniers.
- Harmoniser les politiques mal alignées, en particulier celles pour la SSR, le VIH et les IST.
- Intégrer complètement les services pour les IST et le VIH dans les programmes de SSR pour s'assurer que plus de HSH, PS et TG, qui évitent parfois les cliniques pour le VIH et les IST à cause de la stigmatisation et la discrimination, en profitent.
- Disséminer à grande échelle le nouveau cadre politique pour les populations clefs (Guiard-Schmid, à paraître) et allouer des ressources adéquates pour son application.
- Soutenir de récentes politiques pour le VIH qui exigent la collecte de données pour le VIH, les IST et les populations clefs, établissent des mécanismes d'application clairs, avec des méthodes de collecte de données standardisées afin de permettre une planification et une prévision exactes.
- Améliorer l'approvisionnement, la coordination, la prévision, la préparation des budgets et la distribution de préservatifs et de lubrifiants compatible avec le préservatif, de kits IST et d'antirétroviraux, la priorité étant de fournir des kits gratuits de P/L et d'IST pour les TS, les HSH et les TG.
- Etablir des mécanismes formels pour engager les représentants des populations clefs dans le cadre nationaux de prise de décisions les concernant, la conception de politiques et programmes, la conception d'IEC adaptée à la culture locale et le suivi et l'évaluation de services pour le VIH et liés au VIH.
- Harmoniser les lois de consentement parental, en particulier pour s'assurer de la protection des intérêts de l'enfant et renforcer l'application adéquate des lois concernant le consentement et la confidentialité par le biais d'une formation accrue et de la responsabilisation des prestataires de services et agents de sensibilisation.

- Bien qu'il soit nécessaire à long terme de changer les lois criminalisant les relations sexuelles entre personnes adultes consentante de même sexe et le racolage par les professionnels, il faut d'abord poser des bases en répondant à la stigmatisation et la discrimination (S&D) et en soutenant les politiques qui se prêtent à une application ou modification plus discrètes sans provoquer de levée de boucliers.
- Concevoir une politique carcérale qui inclut l'accès des prisonniers à tous les services pour le VIH.
- Encourager un accès plus important aux services pour le VIH en augmentant le nombre de sites offrant des services gratuits ou subventionnés avec des médiateurs de santé ouverts au dialogue dans les centres de santé.
- Concevoir des politiques pour la S&D qui incluent activement des stratégies permettant de mesurer la S&D et d'y répondre, et qui offrent une formation complète pour sensibiliser les prestataires de services de santé, les forces de l'ordre, les juges et les éducateurs.
- Par le biais de politiques, fournir des remèdes légaux aux lois, aux enseignements ou pratiques coutumiers qui affectent négativement le statut et le traitement des PS, des TG ou des HSH.
- Etablir des programmes / lancer des campagnes de sensibilisation pour la réduction des méfaits de l'abus d'alcool et de drogues qui peuvent dans le même temps, aider à soutenir la prévention du VIH parmi les PS, les HSH, les TG, les clients de PS et les utilisateurs de drogues intraveineuses ainsi qu'au sein de la population dans son ensemble.

## ABBREVIATIONS

---

AMShER	Hommes Africains pour la Santé Sexuelle et les Droits
ARV	Antirétroviral
AWARE II	Action pour la Région d’Afrique de l’Ouest II
CAMEG	Centrale d’Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables Médicaux
CDV	Conseils et Dépistage du VIH
CD4	Groupe de différenciation 4 (numération de cellules)
CHALN	Réseau Légal Canadien pour le VIH/SIDA
FMLSTP	Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
GdT	Gouvernement du Togo
HPP	Projet de Politique Sanitaire
HSH	Hommes ayant des Rapports Sexuels avec des Hommes
IEC	Information, Education et Communication
IST	Infection Sexuellement Transmise
MASPF	Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion de la Femme
MCN	Mécanisme de Coordination National
MdJ	Ministère de la Justice
MdS	Ministère de la Santé
OBC	Organisation à Base Communautaire
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONU	Organisation de Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA	Programme Conjoint des Nations Unies pour le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
P/L	Préservatifs et Lubrifiants
PACTE-VIH	USAID/Projet Régional d’Afrique de l’Ouest de Prévention et de Prise en Charge du VIH/Sida en Afrique de l’Ouest
PASCI	Programme d’Appui aux Organisations de la Société Civile Impliquées dans la Riposte contre le VIH/Sida
PF	Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA et les ITS
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PS	Professionnel du Sexe
PSI	Population Services International
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA et les IST
PTME VIH	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l’Enfant
PUDI DM	Personne (s) qui Utilisent des Drogues Intraveineuses — Modèle de Décision
PVVIH	Personne(s) Vivant avec le VIH
R2P	De la Recherche à la Prévention
S&D	Stigmatisation et Discrimination
SCADD	Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable
SIDA	Syndrome de l’Immunodéficient Acquis
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent du Conseil National pour la Lutte contre le SIDA et les IST
SR	Santé Reproductive
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TAR	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
TG	Transgenre
TPP	Traitement Périodique Présomptif (utilisé pour gérer les IST)

UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
VBG	Violence Basée sur le Genre
VHA	Vaccin contre l'Hépatite A
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine





# INTRODUCTION

---

## Le Modèle de Décision : Analyse de Politique

Les politiques, y compris les lois, codes, directives et procédures opérationnelles, affectent la disponibilité et l'accessibilité des services de prévention, soins et traitement pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les professionnels du sexe (PS), les transgenres (TG) et les prisonniers. Les politiques efficaces peuvent créer un cadre qui soutient les objectifs pour le VIH et répond aux besoins des populations clefs mais elles peuvent aussi affecter l'accès aux services pour ces populations. Les politiques déterminent les droits légaux et les recours, affectent le financement et autorisent ou interdisent les services de santé publique. Les lois et politiques gouvernementales dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest pénalisent les rapports sexuels entre personnes de même sexe et le travail du sexe, ce qui rend l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH plus difficile pour les HSH et les PS. Même dans les pays qui n'ont pas formellement pénalisé les rapports sexuels entre personnes de même sexe ou le travail du sexe, les autorités sanitaires publiques et les décideurs ont le plus souvent ignoré les besoins des HSH, des PS, des TG et des prisonniers. Le « silence politique » peut certes être nécessaire dans les premières phases de l'évolution politique d'un pays afin d'éviter la codification d'une approche punitive ou criminelle mais elle présente aussi des obstacles pour la durabilité et le passage à l'échelle des services de prévention, soins et traitement de haute qualité.

Entre 2010 et 2012, le Projet de Politique Sanitaire (HPP) financé par USAID, en partenariat avec Les Hommes Africains pour la Santé Sexuelle et les Droits (AMSHeR), a conçu le *Modèle de Décision pour l'Analyse des Politiques et le Plaidoyer en faveur des Services liés au VIH : les Hommes ayant des Rapports Sexuels avec des hommes, les Transgenres et les professionnels du Sexe* (Beardsley et al., 2013, ci-après cité sous le terme Modèle de Décision).<sup>5</sup> Il fournit aux parties prenantes de chaque pays, tels que les défenseurs, les décideurs et les prestataires de service, les outils pour inventorier, accéder à et plaider en faveur de politiques qui affectent l'accès et la durabilité de services clefs pour les HSH, les TG et les TS. Ce modèle

- Identifie l'existence de politiques restrictives, inadéquates ou absentes concernant les droits et la santé sexuelle et reproductive (SSR) et les programmes liés aux infections transmises par voie sexuelle (IST) / au VIH
- Dresse la liste des politiques spécifiques aux services et les compare aux cadres internationaux de droits de l'homme afin d'identifier les besoins et opportunités de plaidoyer politique qui aideront à améliorer l'accès aux services
- Fournit aux parties prenantes et défenseurs locaux une grille pour concevoir une approche de plaidoyer adaptée et ciblée, spécifique aux besoins et au cadre de chaque juridiction

L'Annexe 1 présente le cadre politique du Modèle de Décision, et ses quatre composants (cadre, partenariat communautaire, environnement légal et conception de l'intervention, accès et application) qui indiquent les correspondances avec le Cadre des Droits de l'Homme du Programme Conjoint des Nations Unies pour le VIH/Sida. Cette approche adaptable, approfondie et standardisée renforcera les moyens d'identifier des opportunités incrémentielles, réalisables et à court terme d'améliorer l'environnement légal et donc la qualité des services pour le VIH et liés au VIH pour les HSH, les TG, les PS et l'accès à ces derniers pendant que des stratégies à long terme basées sur les droits de l'homme sont mises en place.

Cette évaluation menée au Togo est la seconde application nationale du Modèle de Décision. En 2011, l'USAID, par le biais du projet Action pour la Région Afrique de l'Ouest II (AWARE II), a financé

---

<sup>5</sup> Le Modèle de Décision complète (en anglais) est disponible sur le site Web du HPP:

[www.healthpolicyproject.com/t/HIVPolicyModels.cfm](http://www.healthpolicyproject.com/t/HIVPolicyModels.cfm)

Si vous souhaitez obtenir une copie du modèle en français, email [policyinfo@futuresgroup.com](mailto:policyinfo@futuresgroup.com)

une évaluation régionale pour mettre à jour les défis politiques dans les pays d’Afrique de l’Ouest qui peuvent affecter négativement la prévention, les soins et le traitement efficaces du VIH chez les populations clefs (Dutta et Maiga, 2011). Sur la base de ces résultats, en 2012, le projet a mené une application pilote du Modèle de Décision au Burkina Faso pour les PS, les HSH et les populations carcérales (Duvall et al., 2012).

En utilisant la même méthodologie, le HPP et AMSHeR ont appliqué le Modèle de Décision pour mettre à jour des politiques absentes et des obstacles pratiques à l’application de politiques au Togo. Cette application complète l’étude de la Recherche à la Prévention (R2P) financée par l’USAID et menée par le centre pour la Santé Mondiale de l’Université Johns Hopkins, afin d’évaluer le nombre de HSH et de PS et d’appliquer un suivi sérologique et comportemental intégré du VIH au Togo ; l’index de stigmatisation géré par le Réseau de Personnes vivant avec le VIH au Togo et le Réseau Mondial de Personnes Vivant avec le VIH ; et l’atelier joint du projet UTETEZI en juillet 2013 (AMSHeR, HPP, Programme des Nations Unies pour le Développement [PNUD] et Southern African AIDS Trust) afin d’aider les décideurs à identifier les actions politiques prioritaires pour améliorer les services de prévention, de soins et de traitement du VIH pour les HSH au Togo.

Les politiques du Togo connaissent certes une évolution favorable et des leçons peuvent être tirées concernant le processus pour d’autres pays de la région, mais il y a encore des lacunes dans le domaine des politiques et des obstacles concernant l’augmentation de l’accès aux services pour les populations clefs. La finalisation récente du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA et les IST au Togo (PSN) 2012–2015 (SP/CNLS-IST, 2012a), qui inclut les HSH, les PS et les prisonniers ainsi que la conception récente d’un cadre politique pour la prévention et les soins du VIH et des IST pour des populations clefs (en cours de validation) démontrent que le Gouvernement du Togo (GdT) a potentiellement la volonté politique de relever les défis identifiés dans une évaluation des politiques. Cette application spécifique du Modèle de Décision, la première de ce type menée au Togo, est conçue pour aider les responsables de santé publique et les organisations travaillant au Togo à mieux comprendre les obstacles politiques qui empêchent une programmation efficace en matière de santé publique pour les populations clefs. Le manque d’informations synthétiques concernant les questions légales et réglementaires et les fossés séparant politique et application sont un défi auxquels les défenseurs et les décideurs sont confrontés pour apporter des réformes essentielles afin d’améliorer la programmation en santé publique.

## Méthodologie

En juin 2013, l’équipe d’évaluation (voir Encadré 1) s’est rendue à Lomé pour réaliser un inventaire et une évaluation détaillée des politiques, lois et réglementations, de leur conception et application en ce qui concerne l’accès aux services de prévention, de soins et de traitement pour les HSH, les PS, les TG et les prisonniers. Avant de commencer l’application du Modèle de Décision, les partenaires d’AMSHeR et les consultants locaux ont suivi une formation en méthodes de collecte de données et procédures d’évaluation. Durant toute l’application du modèle, l’équipe d’évaluation a coordonné et collaboré de façon rapprochée avec PASCI (un programme d’appui pour les organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre le VIH et le SIDA au Togo, initiative jointe du SP/CNLS-IST et du PNUD). L’équipe a aussi coordonné son action avec le SP/CNLS-IST et PACTE-VIH (FHI 360) et collaboré avec des parties prenantes clefs par le biais d’un atelier pour présenter le protocole du Modèle de Décision et solliciter des informations en retour et d’une présentation ultérieure des résultats préliminaires.

L’évaluation inclut 1) une importante collecte de données, 2) des entretiens avec des informateurs clefs et 3) une analyse et synthèse des données. L’équipe a identifié les documents existants et analysé 116 documents et données disponibles liés au VIH, en se focalisant particulièrement sur les HSH, les PS, les TG et les prisonniers. Les documents passés en revue incluent des amendements constitutionnels, des lois, des règlements, des lignes directrices nationales, d’autres documents politiques clefs et des études antérieures (voir Annexe 2). L’équipe a utilisé les outils d’évaluation et

de collecte de données d'inventaire du Modèle de Décision<sup>6</sup> pour 1) compiler et classifier une bibliothèque de référence des documents concernant le Togo, 2) comparer les politiques actuelles du pays aux meilleures pratiques internationales et 3) évaluer dans quelle mesure les politiques facilitent ou restreignent l'application des interventions de prévention, soins et traitement pour les populations clefs (Beardsley et al., 2013).

L'équipe d'évaluation a mené 21 entretiens avec des informateurs clefs tels que des responsables du gouvernement, des juges, des prestataires de service et des responsables des organisations de la société civile (OSC) représentant les HSH, les PS et les prisonniers,<sup>7</sup> ainsi qu'avec des représentants des média.

La plupart des personnes interviewées étaient connues au niveau national. Le guide d'entretiens conçu pour l'étude a complété l'outil d'inventaire aligné sur les meilleures pratiques internationales et focalisé sur la compréhension de l'environnement légal, politique et programmatiques pour les HSH, les PS, les TG et les prisonniers (voir Annexe 3). Il a été conçu pour collecter les opinions et les expériences de plusieurs informateurs clefs afin d'évaluer la dissémination et l'application des politiques et programmes actuels du Togo en se focalisant sur les fossés entre la formulation des politiques et leur application. Il abordait aussi les obstacles afférant à l'accès aux services pour les populations clefs, y compris la stigmatisation et la discrimination et les violations des droits de l'homme.

Dans le cadre de cette analyse générale, l'équipe a passé en revue les réponses aux questionnaires d'interviews puis les a reliées aux résultats de l'analyse des documents politiques, légaux et réglementaires et à l'application des programmes et des politiques. L'équipe d'évaluation a alors mené une autre analyse de l'inventaire, des données et des rapports collectés au sein du pays pour compléter l'analyse des lacunes et des opportunités concernant les politiques existantes et déterminer les obstacles à l'accès aux services parmi les populations clefs. L'équipe a documenté l'analyse en utilisant l'outil de collecte de données du Modèle de Décision et a aussi préparé des résumés séparés de l'évaluation des politiques et des entretiens d'informateurs clefs pour chaque domaine (politiques, programmes et lois).

#### Encadré 1. Equipe d'Evaluation

- 1 spécialiste en recherches sur le terrain VIH, HPP
- 1 spécialiste des politiques et lois HSH, AMSHeR
- 1 conseiller régional de santé publique VIH
- 1 juriste, spécialiste des droits de l'homme
- 1 conseiller technique pour les populations clefs
- 1 expert démographique / de politiques
- 1 assistant de recherches, coordinateur du projet HSH
- 1 assistant de recherches, coordinateur du projet TS

<sup>6</sup> Veuillez consulter le Modèle de Décision pour avoir accès aux outils; ce document est disponible à l'adresse suivante : [www.healthpolicyproject.com/t/HIVPolicyModels.cfm](http://www.healthpolicyproject.com/t/HIVPolicyModels.cfm).

<sup>7</sup> Aucune OSC ne travaille spécifiquement avec les transgenres au Togo actuellement.

# ANALYSE DE POLITIQUES POUR LES POPULATIONS CLEFS AU TOGO

---

## Populations Clefs et VIH au Togo

Bien que les pays d’Afrique de l’Ouest aient des taux de VIH inférieurs à l’Afrique de l’Est ou Australe parmi la population générale, ils tendent à avoir des indicateurs soit d’épidémies concentrées (la vaste majorité des infections VIH affectant des populations spécifiques) ou des épidémies mixtes (une part importante des infections VIH ont lieu dans des populations spécifiques avec un niveau soutenu de transmission du VIH dans la population générale) (Dutta et Maiga, 2011). A causes de facteurs biologiques, comportementaux et structurels, les membres des populations clefs encourent plus de risques de contracter le VIH que d’autres individus (Beyrer et al., 2012; Scorgie et al., 2012; ONUDC, 2007). Les recherches dans les pays d’Afrique de l’Ouest présentant des épidémies mixtes suggèrent que la transmission entre des personnes issues de populations clefs – y compris les HSH, les PS et les prisonniers – et des partenaires sexuels issus de populations qui encourent un plus faible risque d’infection représente une proportion notable des nouvelles infections dans la population générale. Par exemple, 81 pour cent des nouvelles infections parmi les hommes dans deux villes au Sénégal étaient attribuables aux contacts sexuels avec un professionnel du sexe (Wilson et Fraser, 2011). De plus, il est attesté que la stigmatisation, la discrimination et la violence contre les populations clefs peuvent pousser certains membres de ces populations à cacher leur occupation, leur identité de genre ou leur comportement. La stigmatisation et la discrimination peuvent aussi résulter de la peur et la méfiance envers les services de santé, ce qui affecte l’utilisation de la prévention, des soins et du traitement pour le VIH (Larmarange, 2010; Fay et al., 2010; OMS, 2011a; OMS, 2011b; ONUSIDA 2009b). Enfin, la pénalisation de certains comportements et un manque de services appropriés découragent ces populations d’utiliser les conseils et le dépistage pour le VIH (CDV) et d’autres services de prévention (Odendal, 2013; Beardsley et al., 2013).

Il est attesté qu’une allocation adéquate des ressources pour la prévention du VIH parmi les populations clefs, où la majorité des nouvelles infections risquent de se produire, est un investissement rentable qui a un impact global positif (Case et al., 2012; Banque Mondiale, 2012; Beyrer et al., 2011; Banque Mondiale, 2011; ONUSIDA/Banque Mondiale, 2010; Wilson et Halperin, 2008; Wilson et Challa, 2009; Sarkar et al., 2009). Malgré ces preuves, les pays d’Afrique de l’Ouest en général n’ont pas spécifiquement ciblé les populations clefs pour la prévention du VIH ; de plus, les dépenses par habitant pour la prévention du VIH sont en général plus basses que dans d’autres sous-régions d’Afrique sub-saharienne. Etant donné les ressources limitées de la région, une focalisation stratégique des ressources et des politiques de soutien pour le VIH vers les populations clefs permettrait aux pays de la région de réduire de façon efficace et économique les taux de VIH et d’améliorer les pronostics de santé.

Bien que le Togo connaisse une épidémie généralisée de VIH avec un taux de prévalence de 2,9 % (ONUSIDA, 2012) et que le taux de VIH pour une population de 7 154 237 (Gouvernement des Etats-Unis, 2013) ait baissé de 57 pour cent de 2001 à 2011 (ONUSIDA, 2012), les taux de VIH parmi les PS, les HSH et les prisonniers sont nettement plus élevés, soit respectivement 13,1 % (PNLS, 2011a), 19,6 % (PNLS, 2011b) et 4,3% (PNLS, 2011c). La prévalence du VIH parmi les clients des PS est plus faible à 2,5% (PNLS, 2011a). Bien que les HSH, les PS et les prisonniers soient affectés par le VIH de manière disproportionnée au Togo, les données concernant ces populations sont limitées. De plus, les données et informations pour les TG ne sont pas disponibles.

Les politiques au Togo évoluent de manière positive en ce qui concerne ces populations clefs. Le Gouvernement du Togo a mis sur pied un certain nombre de politiques qui s’alignent sur les meilleures pratiques internationales et le soutien des bailleurs pour ces populations clefs dans le pays a augmenté. Le rapport de la Session Spéciale de l’Assemblée Générale des Nations Unies pour les VIH/SIDA de 2010 (UNGASS) incluait des indicateurs pour les HSH et les PS du Togo, alors que ces chiffres manquent pour de nombreux autres pays de la région, et le Président du Togo a exprimé son

soutien de l'inclusion des HSH dans les efforts de prévention du VIH durant un discours à la seconde session du Conseil National pour la Lutte contre le SIDA et les IST en 2008.

Néanmoins, il existe des lois contre « les actes contre-nature », y compris les relations sexuelles entre personnes de même sexe, et le racolage des professionnels du sexe. Des études précédentes indiquent des niveaux élevés de stigmatisation et discrimination (S&D), y compris la violence basée sur le genre (VBG), le chantage, le rejet de la part de la famille et la société et de la S&D de la part des prestataires de services de santé et de la police, le tout ayant des conséquences psychologiques, économiques et sanitaires (PSI, 2006; FHI 360/ACI, 2013). Ce niveau de S&D affecte négativement l'approche de la demande de soins parmi ces populations, y compris des mesures de prévention du VIH, avec une baisse des demandes de services et un abus accru des drogues et de l'alcool.

## Résultats de l'Évaluation

Les résultats de l'évaluation présentés dans cette section sont organisés selon les quatre composants du Modèle de Décision. Pour chaque composant, les politiques actuelles du Togo sont présentées avec une emphase sur des politiques qui facilitent ou restreignent l'accès aux services, ne répondent pas aux besoins et/ou sont absentes, ce qui peut affecter l'accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH pour les PS, les HSH, les TG et les prisonniers. Ces résultats apportent aussi des informations sur la disponibilité de mécanismes d'application des politiques tels que des lignes directrices ou des normes opérationnelles et indiquent dans quelle mesure les populations clefs sont incluses dans la conception, l'application et/ou le suivi des programmes et politiques et leur évaluation. Des entretiens avec des informateurs clefs et l'atelier d'analyse du projet ont contribué aux résultats, qui indiquent le niveau de dissémination et d'application des politiques ainsi que les obstacles pour améliorer les politiques et accroître l'accès des PS, des HSH, des TG et des prisonniers aux services pour le VIH.

Le Tableau N°1 (page suivante) résume l'environnement politique actuel au Togo en ce qui concerne l'accès des populations clefs aux programmes, aux services et à la conception de politiques liées au VIH et leur participation. Veuillez noter que les cochés n'indiquent pas forcément un résultat de 100% dans la catégorie afférente mais sont plutôt un indicateur de progrès. Certains domaines n'affichent guère ou pas de progrès.

Tableau # 1. Environnement Politique Actuel au Togo

Composante et thèmes des politiques	Nombre de documents politiques pertinents examinés	Engagement attesté des parties prenantes dans la conception des politiques <sup>1</sup>	Collecte attestée de données en cours concernant ces politiques	Accord de la gouvernement pour les politiques	Mécanisme d'application – grandes lignes	Application de la politique <sup>2</sup>	Evaluation de l'application de la politique
<b>Cadre</b>							
Coordination et intégration multisectorielles	29	Aucune	Données faibles <sup>3</sup>	√	Limité <sup>4</sup>	Limitée	Aucune
<b>Partenariat Communautaire</b>							
Engagement et participation communautaires	12	Inclusion limitée des populations clefs	Données faibles	√	Limité	√	Limitée
<b>Environnement Légal</b>							
Autorisation <sup>5</sup>	6	Aucune	Aucune donnée	√	√ Lacunes en prisons	Solide mais avec des lacunes	Aucune
Consentement informé	27	Aucune	Aucune donnée	Solide mais avec des lacunes	√	Solide mais avec des lacunes	Aucune
Privauté et Confidentialité	24	Aucune	Aucune donnée	√	√	Solide mais avec des lacunes	Aucune
Fichiers <sup>6</sup>	19	Aucune	Aucune donnée	√	√	Solide mais avec des lacunes	Aucune
VIH et populations clefs – stigmatisation et discrimination afférentes	16	Aucune	Aucune donnée	Solide pour le VIH mais indécis pour les populations clefs	Solide pour le VIH mais des lacunes pour les populations clefs	Limitée	Aucune
Pénalisation <sup>7</sup>	16	Aucune	Aucune donnée	De graves lacunes pour les HSH et les PS	N/A	N/A	Aucune
Violence basée sur le genre	22	Aucune	Aucune donnée	Solide mais avec des lacunes	Limité	Inconsistante et il y a des obstacles	Aucune
Torture, Traitement ou Punitif Cruels, Inhumains ou Dégradants	4	Aucune	Aucune donnée	Il existe des lacunes	Aucun	Peu clair	Aucune
Suivi et application des lois sur les droits de l'homme	10	Aucune	Aucune donnée	Il existe des lacunes	Peu clair	Inconsistante et il y a des obstacles	Aucune

Composante et thèmes des politiques	Nombre de documents politiques pertinents examinés	Engagement attesté des parties prenantes dans la conception des politiques <sup>1</sup>	Collecte attestée de données en cours concernant ces politiques	Accord de la gouvernement pour les politiques	Mécanisme d'application – grandes lignes	Application de la politique <sup>2</sup>	Evaluation de l'application de la politique
<b>Conception de l'Intervention, Accès et Application</b>							
Acquisition et Gestion des produits	14	Aucune	Données faibles	Solide mais avec des lacunes	Solide mais avec des lacunes	Inconsistante et il y a des obstacles	Limitée
Conception globale des Services	20	Aucune mais des discussions sont en cours avec le PNLS pour l'inclusion à un groupe de travail	Données faibles	Solide mais avec des lacunes	Solide mais avec des lacunes	Inconsistante et des obstacles existent	Limitée
Conseils et Dépistage VIH	11	Aucune mais des discussions sont en cours avec le PNLS pour l'inclusion à un groupe de travail	Données faibles	√	√	Des programmes existent mais il y a des obstacles	Limitée
Traitement antirétroviral	15	Aucune mais des discussions sont en cours avec le PNLS pour l'inclusion à un groupe de travail	Collecte de données en cours	√	√	Programmes en place mais il y a des obstacles	√
Infections sexuellement transmissibles	24	Aucune mais des discussions sont en cours avec le PNLS pour l'inclusion à un groupe de travail	Données faibles	√	√	Inconsistante et des obstacles existent	Aucune
Préservatifs et Lubrification	26	Aucune	Aucune donnée	Peu clair	Limité	Inconsistante et des obstacles existent	Aucune
Information, Education, et Communication	16	Aucune	Aucune donnée	√	Limité	Programmes en cours mais des obstacles existent	Aucune

Composante et thèmes des politiques	Nombre de documents politiques pertinents examinés	Engagement attesté des parties prenantes dans la conception des politiques <sup>1</sup>	Collecte attestée de données en cours concernant ces politiques	Accord de la gouvernement pour les politiques	Mécanisme d'application – grandes lignes	Application de la politique <sup>2</sup>	Evaluation de l'application de la politique
Sensibilisation à la Prévention du VIH	17	Limitée	Aucune donnée	√	Limité	Programmes en cours mais des obstacles existent	None
Réduction des méfaits dus à l'abus de drogues et d'alcool <sup>8</sup>	17	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O
Santé sexuelle et reproductive	19	Aucune	Données faibles	√	Limité	Programmes en cours mais il y a des obstacles	Aucune

1. Les PS, les HSH, les prisonniers et les organisations desservant ces populations sont considérés comme étant des parties prenantes dans le cadre de cette analyse. Pour le moment, seules les organisations desservant des populations clefs participent aux décisions politiques. Toutefois, des discussions sont en cours avec le PNLS pour inclure les PS et les HSH dans le Groupe de Travail Technique d'Intervention Ciblée sur les IST.

2. « Faible » indique un manque de données ou une utilisation insuffisante des données.

3. « Limité(e) » indique un niveau minimal mais insuffisant ou inadéquat pour s'aligner sur les meilleures pratiques.

4. Pour les besoins de ce tableau, l'application de politiques a été définie comme étant l'application de politiques qui sont favorables aux populations clefs. Ceci a été évalué en analysant dans quelle mesure des politiques favorables aux populations clefs, là où elles existent, sont actuellement appliquées et si des obstacles existent. Les données pour cette analyse proviennent d'entrevues d'informateurs clefs.

5. L'autorisation réfère à l'agence qui autorise la prestation de services aux populations clefs, à savoir les responsables de la santé publique, le personnel chargé de l'application des lois ou les agences juridiques. L'autorisation peut avoir un impact majeur sur la mise en œuvre de politiques et l'accès aux services.

6. Des fichiers sont utilisés en santé publique à des fins épidémiologiques ; les centres de santé ou les prestataires en font usage pour enregistrer les informations des patients. Les listes gouvernementales de délinquants sexuels existent dans de nombreux pays et sont utilisées pour archiver les informations concernant des individus impliqués dans ou accusés d'activités sexuelles interdites selon les lois actuelles. Les politiques peuvent interdire l'usage de certains types de fichiers ou l'inclusion de certaines informations, indiquer de façon explicite les réglementations pour la protection des données et la confidentialité ou demeurer vagues avec peu ou pas de lignes directrices pour protéger les patients.

7. La loi criminelle établit les définitions et paramètres de conduite qui reflètent une perspective de justice criminelle et identifient les options d'application des lois ou de remédiation. La pénalisation correspond ici aux lois criminelles liées à la transmission du VIH, aux comportements sexuels et au travail du sexe.

8. Il n'existe actuellement aucun programme au Togo pour la réduction d'abus d'alcool et/ou drogues. Les politiques passent le sujet sous silence.



Des lacunes et des obstacles spécifiques identifiés durant l'application du Modèle de Décision au Togo incluent les éléments ci-dessous (voir un bref résumé des résultats dans l'Annexe 4).

## Cadre

### *Coordination et Intégration*

Les lignes directrices internationales soulignent le besoin d'une « approche coordonnée, participative, transparente et responsable » des services de prévention, de soins et de traitement (Beardsley et al., 2013) qui intègre les programmes dans tous les secteurs du gouvernement et les alignent sur les normes internationales (ONUSIDA, 2006). Le soutien des initiatives internationales et la dissémination des connaissances et des informations sont aussi indiquées. Au Togo, la lutte contre le SIDA bénéficie du soutien politique des autorités de haut niveau (voir Encadré 2). Le Conseil National pour la Lutte contre le SIDA et les IST (CNLS-IST) a été établi en 2001.

En concordance avec les lignes directrices internationales et une initiative soutenue par le PNUD, le Secrétariat Permanent pour le CNLS-IST (SP/CNLS-IST) a mis au point la première approche multisectorielle et décentralisée dans le cadre du PSN (2001–2005), suivie de plans stratégiques ultérieurs et autres documents politiques, y compris le Plan Stratégique National pour les Enfants et la Campagne contre le SIDA (2007–2010) et le Plan Opérationnel de Lutte contre le SIDA et les IST (2012–2013). Bien que certains documents politiques, y compris ceux susmentionnés et la Politique de Santé nationale (2009) fassent référence à l'approche multisectorielle et mentionnent la coordination entre les agences et les ministres, les politiques ne spécifient pas quels secteurs du gouvernement ou ministres et ne donnent pas de détails sur les mécanismes de coordination. De nombreux ministères, y compris les ministères du commerce, du transport, de l'immigration et du personnel sous uniforme et des prisons, n'ont pas encore conçu de documents politiques qui traitent du VIH et des IST. Les ministères qui l'ont fait ont produit des documents vagues qui ne mentionnent en général ni les IST, ni la santé sexuelle et reproductive (SSR) ni les populations clefs. Bien que les politiques traitant du VIH et des IST soulignent la coordination avec les programmes de SSR, les politiques de SSR ne mentionnent pas la coordination avec les programmes de VIH et d'IST sauf pour permettre aux programmes de SSR d'offrir les conseils et dépistage du VIH. En pratique, il y a un manque de coordination. Des informateurs clefs ont indiqué que la coordination entre les agences est extrêmement problématique au Togo et que le SP/CNLS-IST et le Programme National de Lutte Contre le SIDA et les IST (PNLS) n'ont que récemment commencé à travailler ensemble pour coordonner leurs efforts. Les politiques ne définissent pas clairement les rôles de chacun, ce qui pose un sérieux problème.

### **Encadré 2. Politiques et Plans Pertinents Favorables au Togo**

Politique Nationale de Santé

Plan National pour le Développement de la Santé

Conseil National pour la Lutte contre le SIDA et les IST

Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA et les IST

Programme National pour la Lutte contre le SIDA et les IST

Plan Opérationnel de Lutte contre le SIDA et les IST

Plan Stratégique National pour les Enfants et la Campagne SIDA

Stratégie de Communication Nationale pour le Changement de Comportement lié aux IST, au VIH et au SIDA

La majorité des documents politiques de santé et de développement au Togo, tels que le Cadre d'Aide au Développement des Nations Unies (ONU, 2010), la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD) (GoT, 2010b) et les stratégies de chaque secteur pour l'éducation, le travail, le commerce, le transport, l'immigration, les prisons et les forces d'ordre, ne font aucun référence aux populations clefs. Bien que certaines politiques citent les groupes vulnérables ou à risque en général ou encore mentionnent l'accès général pour toute la population sans discrimination,

elles ne spécifient pas les HSH, les PS, les clients des PS, les TG ni les prisonniers. Le dernier PSN (2012–2015) inclut ces populations clefs et suit plusieurs meilleures pratiques internationales qui soulignent la prévention du VIH parmi les PS et les HSH et les soins et le traitement universels de toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). La Stratégie Nationale de Communication pour le Changement de comportement lié aux IST, au VIH et au SIDA (2011–2015) mentionne également spécifiquement les PS, les HSH et les prisonniers. Le troisième objectif de la Politique Nationale de Santé (2009) inclut aussi un objectif (6), celui de réduire certains cas d'infection du VIH de 50 pour cent dans la population générale et dans les groupes « à risque » et cite spécifiquement les PS, les HSH, les utilisateurs de drogues intraveineuses et les prisonniers. La politique n'inclut toutefois pas de focalisation sur les IST. Le Plan National pour le Développement Sanitaire, qui est la stratégie nationale pour appliquer la Politique Nationale de Santé inclut le renforcement des capacités dans les secteurs public, privé et communautaire pour la sensibilisation à la prévention du VIH parmi les populations clefs. Enfin, l'absence de cadre politique pour identifier les priorités programmatiques et les approches spécifiques pour les populations clefs fait actuellement l'objet d'une intervention dans le cadre du SP/CNLS avec la conception d'un cadre politique pour la prévention et les soins pour le VIH et les IST parmi les populations clefs (en cours de validation). Selon des informateurs clefs, **la coordination des programmes de PS existe dans une certaine mesure mais il n'y aucune coordination des programmes pour les HSH.** Aligner les diverses politiques pour améliorer la coordination et inclure les populations clefs peut améliorer l'accès aux services pour ces populations.

Les prisonniers sont spécifiquement identifiés comme étant une population clef dans les documents de politiques nationales de santé et du VIH et leurs droits sont garantis selon la loi sur la SR et dans les politiques concernant le VIH. Toutefois, l'absence de politiques carcérales, la division de la gestion de la sécurité et des prisons entre le Ministère de la Justice et celui de la Sécurité, l'interprétation inexacte du code pénal, le manque de ressources humaines et financières et les lacunes dans l'application des politiques concernant le VIH et la SR font obstacle à l'accès des prisonniers aux services de santé dont ceux pour le VIH. Des interviews d'informateurs clefs ont confirmé que des rapports sexuels entre personnes de même sexe ont lieu en milieu carcéral. Bien qu'il n'existe aucune politique écrite, dans la pratique, la distribution de préservatifs et des lubrifiants est de fait interdite en prison. Le dépistage, les soins et le traitement du VIH en milieu carcéral au Togo doivent être fournis par des OSC car même les besoins médicaux de base ne sont pas couverts à cause du manque de ressources humaines, de médicaments et de divers produits médicaux. La distribution de ces derniers est affectée par de récents changements concernant l'approvisionnement qui ont eu la conséquence imprévue de décourager les pharmaciens de poser leur candidature pour des offres de services concernant la livraison de médicaments dans les prisons.

*Par exemple, dans la prison civile de Lomé, une infirmière et deux bénévoles ont traité au moins 2000 prisonniers... les ressources pour les dépenses médicales dans les 12 prisons sont de \$60 000 par an ce qui ne représente que \$15 par an par détenu... le traitement des prisonniers souffrant de maladie chronique doit être payé par leurs familles car les ressources sont insuffisantes pour leur offrir des soins appropriés.*

~ Informateur clef, chargé des services en prison

### *Planification et Budgétisation sur la base de Données*

Les Politiques de Santé Sexuelle et Reproductive actuelles ne traitent pas des populations clefs ni des services répondant à leurs besoins. Les politiques pour le VIH et les IST identifient des services et des cibles de couverture pour les PS et le HSH, indiquent des recommandations de couverture internationales et identifient les cibles de couverture, l'engagement du gouvernement à la mise à l'échelle des services et les obligations de rapport de données afin d'isoler les données concernant ces deux populations. Toutefois, les politiques ne requièrent ni que les services pour les populations clefs soient basées sur des preuves scientifiques ni que les populations clefs soient consultées pour valider les estimations de la taille de leurs populations. Bien que les politiques identifient les données et méthodologies utilisables pour estimer la taille des populations de PS et de HSH et identifient les sondages de comportement comme étant la méthodologie et la base des preuves pour justifier les décisions concernant le financement des interventions pour les PS et les HSH, les données sont souvent imprécises ou peu fiables selon des informateurs clefs. La situation a connu de réelles améliorations durant les dernières années avec une série d'études portant sur les PS, les HSH, les PVVIH et les prisonniers menées par le PNLS en 2011, et les études de R2P portant sur les PS et les HSH menées en 2013. Le dernier PSN (SP/CNLS 2012) et son plan opérationnel requièrent des collectes de données régulières pour les HSH et les PS. Aucune des politiques de cette section ne mentionne spécifiquement les TG, les prisonniers ni les clients des PS.

*Les seules données disponibles proviennent habituellement de rapports d'activité, mais ces rapports n'ont pas de données suffisantes pour concevoir un programme. De même, aucune évaluation n'a été faite avant la planification de l'action. Le niveau de financement est déterminé par rapport à la taille de la population cible... la gravité de leur problème.*

~ Informateur clef, responsable de santé publique au niveau national

Selon un autre informateur clef, les allocations budgétaires pour le VIH sont insuffisantes, peu de fonds proviennent du gouvernement et le financement pour les populations clefs n'est pas garanti.

Le Togo a fourni des indicateurs pour les HSH et les PS au rapport le plus récent de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) (2010). Le Manuel de Suivi et d'Évaluation (SP/CNLS, 2012c) et le PSN 2012–2015 (SP/CNLS, 2012a) incluent aussi des indicateurs cibles pour les PS, les HSH et les détenus sur la base de recommandations internationales. Il n'existe actuellement aucune politique concernant les obligations de collecte de données concernant l'incidence et le contexte de la violence sexuelle en prison.

### **Partenariats de Communauté**

#### *L'engagement et la Participation de la Communauté*

Les droits de l'homme et les lignes directrices concernant les interventions soulignent l'importance d'impliquer les populations prioritaires dans la conception de politiques et de programmes, leur application et leur évaluation (Beardsley et al., 2013). De plus, il existe des preuves irréfutables de la corrélation positive entre l'implication de la communauté et les débouchés sanitaires (Green et al., 2006; Manandhar et al., 2004; Barnett et Whiteside, 2006). Les lignes directrices pour les programmes de VIH de l'Organisation Mondiale de la Santé demandent aux gouvernements d'inclure les HSH et les TG dans la conception de plans de santé, en accord avec l'éthique médicale et les modèles de droits de l'homme. Le Groupe Conseil du Programme Conjoint des Nations-Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA) (2011) a souligné le rôle crucial des PS et de leurs organisations dans les efforts de prévention, de soins et de traitement du VIH.

Le gouvernement du Togo a signé la Déclaration d'Engagement d'UNGASS qui inclut des lignes directrices pour la participation des parties prenantes à la lutte contre le VIH. Un réseau national d'OSC impliquées dans la lutte contre la VIH a certes été créé en 2011 et la politique pour le VIH du gouvernement (SP/CNLS, 2012a) et la Politique Nationale pour les Interventions à Base Communautaire (2009) ont demandé la participation active des organisations non-gouvernementales (ONG) afin d'atteindre les objectifs nationaux. Toutefois, le GdT n'a établi aucun mécanisme formel

pour impliquer les populations clefs dans le processus de prise de décision gouvernemental ni dans la conception de politiques. Il n'y a actuellement aucun représentant des populations clefs dans le Mécanisme de Coordination National (MCN). Selon les informateurs clefs, les PS ont été invités une fois à participer à un atelier évaluant la loi pour les PVVIH. Actuellement, le PNLS travaille avec les parties prenantes clefs pour créer un mécanisme qui inclut des membres des populations clefs dans le Groupe de Travail Technique pour les Interventions Ciblant le VIH. Toutefois, les lois sur la pénalisation (voir la Section sur la Pénalisation sous la rubrique Environnement Légal ci-dessous) présente des obstacles à la reconnaissance officielle des ONG des HSH qui pourraient participer au groupe et les PS ne se sont pas organisés ni n'ont demandé le statut d'ONG, ce qui limite les options d'inclusion officielles dans le groupe de travail ou d'autres groupes ou réunions du gouvernement.

*L'intégration au groupe est faite par décret ministériel et seules les organisations qui sont inscrites auprès de l'état peuvent y participer. Il est donc difficile pour les HSH et les PS de joindre le groupe car la loi ne leur permet pas d'être inscrits en tant qu'organisations pour les HSH et les PS.*

~ Informateur clef, responsable de la santé publique au niveau national

Un nombre limité d'organisations (N=15) au Togo fournit des services aux HSH, aux PS et aux prisonniers, y compris certaines qui incluent les HSH en tant que membres ou leaders et les HSH et/ou les PS en tant qu'éducateurs pairs (Tchagafou et al., à paraître). Des représentants de populations clefs sont activement engagés dans ces organisation ou d'autres qui ne sont pas officiellement reconnues et travaillent en coulisses pour inciter à des changements positifs pour les populations clefs. Toutefois, il n'y a actuellement aucune OSC menée par les PS et des organisations menées par les HSH ont dû demander un statut officiel en citant « la prévention du VIH pour les populations clefs » comme étant leur focalisation sans spécifier les HSH ni les droits de l'homme.

*Pour le moment, la permission officielle est refusée aux organisations de HSH... pour exprimer leurs inquiétudes, les HSH ont créé un cadre consultatif appelé « Centre Amitié ». Mais il n'existe aucun cadre formel pour ces groupes. Il est donc nécessaire de trouver les moyens légaux d'améliorer leur statut ... et leur santé et la prévention du VIH au sein de leurs communautés.*

~ Informateur clef, représentant d'ONG

## **Environnement Légal**

### *Autorisation*

Les politiques peuvent autoriser le suivi et la coordination des programmes, lois et/ou services par les agences de santé publique, le personnel chargé de l'application des lois et/ou les agences judiciaires, ce qui peut avoir un impact déterminant sur l'application (Beardsley et al., 2013). Au Togo, la politique accorde aux autorités de santé publique le droit de fournir une gamme étendue de services de traitement et de prévention pour la planification familiale (PF)/la santé de la reproduction (SR), les IST et le VIH (GdT, 2009; MdS, 2009a; GdT, 2005). Les politiques accordent aussi expressément aux agences de santé publique, plutôt qu'aux forces de l'ordre, le droit d'organiser le suivi et la coordination des services pour les HSH et les PS (SP/CNLS, 2012a).

La politique accorde le droit de prendre des décisions en matière de soins de santé pour les prisonniers aux forces de l'ordre, aux responsables de prisons ou centres de détention plutôt qu'à des prestataires de soins de santé et ceci peut avoir un effet nocif sur la santé des détenus. Bien que la politique de santé publique au Togo ne mentionne pas explicitement la responsabilité des services de santé générale en prison ni ne fournit de cadre de décisions indépendant pour les prestataires de services en prison, les lois sur le VIH fournissent des protections spéciales pour les détenus, y compris la prévention, les soins et le traitement pour le VIH. Le Togo n'a pas de politique carcérale spécifique autre qu'un décret colonial datant de 1933, qui ne traite pas des questions de politique sanitaire. Selon des entretiens d'informateurs clefs, les soins de santé en milieu carcéral ne reçoivent pas le même

niveau de financement ni de ressources humaines que les services de santé communautaire. Ce manque de politique concrète en milieu carcéral, y compris de politiques requérant des niveaux spécifiques de financement, a un impact négatif sur la prévention, les soins et le traitement du VIH en milieu carcéral.

*Etre un prisonnier au Togo signifie ne plus être un citoyen ni même un être humain. Il n'y a aucun produit ni aucune ressource humaine en prison et le fait d'y être envoyé pour travailler est perçu comme une punition.*

~ Informateur clef, conseiller en chef pour le SIDA au niveau national

### Consentement

Le consentement informé et les conseils sont deux des trois « C » du dépistage du VIH, le 3<sup>ème</sup> étant la confidentialité des résultats de dépistage (OMS, 2007). Obtenir le consentement informé d'un patient est une condition préalable à toute intervention médicale selon la déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe adoptée à la Réunion Européenne sur les droits des patients qui s'est tenue à Amsterdam (OMS, 1994). Il est particulièrement important d'obtenir un consentement informé pour les femmes enceintes, y compris pour les professionnelles de sexe enceintes qui peuvent éviter les soins prénatals si elles craignent de subir un test de dépistage VIH sans leur consentement, ainsi que pour les HSH et les PS qui peuvent suivre des traitements non reconnus ou éviter complètement les traitements, du moins durant les prémisses de la maladie.

Bien que la politique de consentement pour le VIH au Togo suive les meilleures pratiques internationales, la loi de santé publique (loi # 2009/007) et l'application mal appropriée de la loi sur le VIH peut présenter des obstacles pour la sensibilisation au VIH et aux IST ainsi que pour les efforts de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) (voir Encadré 3). D'une part, la loi sur le VIH (GdT, 2010a) et le Manuel de Référence pour la Formation en matière de Conseils et de Dépistage du VIH (PNLS, 2010a) suivent une même ligne directrice en requérant le consentement libre et informé et en identifiant les éléments clefs requis pour le consentement. La loi sur le VIH (GdT, 2010a) inclut également une politique pour « encourager les PS à participer au dépistage périodique du VIH ». D'autre part, la loi de santé publique (loi #2009/007) requiert que toute personne ayant une IST se fasse examiner et reçoive un traitement et indique que les PS sont sujets à une supervision médicale obligatoire. Les HSH, les TG et les prisonniers ne sont pas spécifiquement mentionnés bien que la loi sur le VIH requiert le consentement de « tous ». De plus, le consentement n'est pas requis pour sauver la vie d'un patient si l'agent de santé a essayé de convaincre le patient et que le patient continue à refuser les soins. Ces politiques contradictoires compromettent le consentement libre et informé en particulier pour les PS et peut décourager ceux-ci de demander des soins. Selon des informateurs clefs, le consentement est en général obtenu mais les prestataires de soins de santé qui ne sont pas culturellement habitués à obtenir un consentement ne prennent pas toujours le temps d'informer correctement les patients et font pression sur eux pour obtenir leur « consentement », en particulier dans le cas de transmission de mère à enfant.

La Loi 2007/017 au Togo garantit l'accès aux informations et aux conseils pour le VIH, les IST et la SR ainsi que le droit à la santé de la reproduction quel que soit l'âge de l'enfant et que le parent/tuteur ait donné son consentement ou non. Le code légal concernant les enfants (loi 2007/017) indique que tous les enfants vivant avec ou affectés par le VIH devraient recevoir des soins « correspondant à leurs besoins et dans des conditions qui garantissent leur dignité et promeuvent leur autonomie » mais il n'indique pas spécifiquement si le consentement des parents ou tuteurs est requis pour le dépistage, les soins ou le traitement. Malgré cela, la même loi déclare que les professionnels du sexe qui sont mineurs doivent subir un test de dépistage pour les IST et un traitement. Le Manuel de Référence pour les CDV (PNLS, 2010a) ne fournit pas l'âge de consentement pour les CDV mais requiert le consentement d'un parent, tuteur ou personne désignée par la loi. Dans le même temps, il déclare que l'opinion de l'enfant doit être prise en compte selon son degré de maturité et que le meilleur intérêt de l'enfant devrait être la priorité. Enfin, la politique dans le nouveau cadre politique pour les populations clefs (Guiard-Schmid, à paraître) recommande que les mineurs fournissent un

consentement au CDV sans le consentement parental quand le mineur est « assez mûr ». Les diverses politiques sont mal alignées, certaines étant peu claires et ne suivant pas les meilleures pratiques internationales. Les jeunes PS, HSH, et TG peuvent être dans l'incapacité ou avoir peur de demander le consentement d'un parent /tuteur à cause de la crainte d'abus, de stigmatisation et/ou de discrimination de la part de leur famille.

### *Confidentialité*

La loi sur la santé publique (GdT, 2009) et la loi sur le VIH (GdT, 2010a) garantissent la confidentialité et dressent une liste de sanctions, y compris la prison et les amendes, comme indiqué dans le Code Pénal et la loi sur le VIH. Le Manuel de Référence pour la Formation en CDV mentionne également la confidentialité (PNLS, 2010a). La confidentialité des données individuelles pour les recherches et les statistiques agrégées est également garantie par la loi (loi # 2011-014). Néanmoins, la divulgation du statut VIH pour les procédures judiciaires pose un risque pour les PS, les HSH et les TG, étant donné l'environnement légal et social actuel. La politique ne fait non plus aucune référence aux prisonniers. Des informateurs clefs ont rapporté des exemples sporadiques de violation de la confidentialité, en particulier éducateurs pairs fournissant des CDV soupçonnés de révéler certaines informations. Selon des informateurs clefs, la confidentialité n'est pas toujours respectée en milieu carcéral. Même lorsque la confidentialité n'est pas violée en elle-même, les prisonniers doivent quitter la prison pour recevoir des soins et un traitement pour le VIH, ce qui révèle de facto leur statut séropositif aux autres.

#### **Encadré 3. Loi 2009/007 du Code de Santé Publique**

##### **Les articles 77, 78 et 570 stipulent que :**

Toute personne ayant une infection sexuellement transmissible doit être examinée par un professionnel de la santé ou en recevoir des soins jusqu'à guérison.

##### **L'article 78 stipule que :**

Toute personne qui pratique la prostitution sera sujette à une supervision médicale appropriée.

##### **L'Article 570 stipule qu' :**

Aucune procédure médicale ni traitement ne sera administré sans le consentement libre et informé. Ce consentement peut être révoqué à tout moment. Toutefois, le prestataire de soins ne viole pas la liberté du patient si, après avoir fait tous les efforts possibles pour convaincre celui-ci, le prestataire fait une intervention essentielle à la survie du patient et correspondant à son statut de santé.

### *Fichiers*

Les fichiers sont utilisés à des fins épidémiologiques dans le domaine de la santé publique et dans les centres de santé ou par les prestataires de soins de santé pour prendre note des données concernant le patient, y compris des informations sensibles (Beardsley et al., 2013). A chaque fois que les données sont liées à des identificateurs personnels, tels que le nom ou l'adresse, il est essentiel de suivre des réglementations qui protègent les données et la confidentialité.

La politique au Togo soutient les principes fondamentaux de la confidentialité médicale et des droits des patients, exigeant que les centres de santé publics et privés suivent des normes nationales pour les systèmes de gestion des données de santé, dont plusieurs sont basés sur des recommandations internationales. Les politiques incluent des sanctions pour la violation de réglementations concernant la collecte, l'archivage et le stockage de données personnelles. Selon des informateurs clefs, le Togo commence à adopter une politique d'usage de codes au lieu de noms dans les fichiers de santé. Dans la pratique, l'application de cette politique dépend souvent de la capacité technique de ceux qui travaillent dans le centre de santé.

Dans de nombreux pays, les fichiers de délinquants sexuels compilent des données concernant des individus impliqués dans et /ou accusés d'activités sexuelles illégales. Dans les pays où le travail du sexe ou les relations sexuelles entre personnes de même sexe sont illégales, les fichiers peuvent contenir plusieurs dossiers de HSH et de PS. Dans des cas extrêmes, les forces de l'ordre peuvent utiliser ces informations dans les fichiers pour retirer des enfants de la garde de leur parent/tuteur et refuser à la personne figurant dans le fichier l'accès aux services de l'état tels que le logement,

l'éducation et l'emploi (Beardsley et al., 2013). Il n'existe aucune politique concernant ces types de fichiers au Togo et l'équipe d'évaluation n'a trouvé aucune indication de leur utilisation.

### *Stigmatisation et Discrimination*

Les politiques qui traitent de la stigmatisation et de la discrimination sont particulièrement importantes dans un pays tel que le Togo où des croyances et coutumes religieuses, y compris des normes de genre pour les hommes et les femmes et des lois qui pénalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe et le racolage créent un environnement fortement stigmatisant pour les HSH, les TG et les PS.

*Les HSH et les PS sont des déviants et des délinquants car [leur conduite] est punie par la loi criminelle. Les trois (PS, TG et HSH) sont malades à mon avis, parce qu'ils doivent vivre selon le sexe de leur naissance. La Bible dit que ....*

~ Informateur clef, fonctionnaire de haut niveau

La constitution du Togo (1992) stipule que tous les citoyens sont égaux et interdit les actes racistes, régionalistes ou xénophobes. La loi sur le VIH (GdT, 2010a) interdit aussi toute discrimination des PVVIH, y compris les prisonniers, avec des sanctions spécifiques pour la discrimination qui incluent l'emprisonnement et les amendes. Néanmoins, le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH (2012-2015) et la Politique Nationale de Lutte contre le VIH : Visions 2020 reconnaissent toutes deux que la stigmatisation et la discrimination sont un problème et soumettent une demande au gouvernement de réduire ou d'éliminer la S&D envers les HSH et les PS. L'équipe d'évaluation n'a pas réussi à trouver de politiques qui mesurent activement ou traitent de la stigmatisation et la discrimination parmi les populations clefs (HSH, PS, TG et prisonniers) ni de politiques qui fournissent des remèdes légaux aux lois, enseignements ou pratiques coutumiers qui affectent le statut et le traitement des HSH, des PS et des TG. Selon des entretiens avec des informateurs clefs et des rapports de recherches, la religion et la culture au Togo ont un impact sur de nombreux cas de S&D concernant les activités sexuelles entre personnes de même sexe et le travail du sexe (FHI360/ACI, 2013; PSI, 2006; Me-Tahi et Anato, 2010).

*Un pasteur togolais a même envoyé une lettre aux autorités togolaises pour leur demander de punir les homosexuels.*

~ Informateur clef, représentant d'une ONG

Il existe plusieurs cas non attestés d'agression verbale ou sexuelle contre des HSH, y compris des insultes, des passages à tabac, et des humiliations publiques par des membres de la famille et de la discrimination par des employeurs, des propriétaires et des agents de santé qui résultent en de forts niveaux de chômage, de vie sans-abri et font obstacle à l'accès aux services de santé. Des informateurs clefs ont rapporté des incidents violents contre des HSH, des TG, des PS et des personnes chargées de la sensibilisation pour des ONG ont tenté d'avoir un impact sur les HSH. Dans le cas des professionnels du sexe, des informateurs clefs ont corroboré des rapports non-officiels de harcèlement, de violence basée sur le genre (voir la section VBG), et d'extorsion (voir la section sur la Pénalisation) aux mains des forces de l'ordre.

Des entretiens avec des informateurs clefs ont aussi confirmé des récits concernant des agents de santé qui violaient leur code éthique en refusant de fournir des soins aux HSH et aux PS et/ou en les insultant. Par conséquent, les HSH et les PS cachent souvent leur occupation, comportement sexuel ou orientation sexuelle aux agents de santé ou choisissent de ne pas demander de services de santé.

*Quand les HSH, les PS ou les TG vont dans un centre de santé, l'accueil change dès qu'ils révèlent leur identité. Ceci est dû à des a priori culturels.*

~ Informateur clef, officier de santé public

*Si vous offrez des services sans respecter les droits de l'homme, cela revient à donner de la nourriture à un chien tout en le battant avec un bâton.*

~ Informateur clef, conseiller en chef pour le SIDA, niveau national

Certaines OSC au Togo relèvent le défi de la S&D en recrutant des médiateurs de santé qui soutiennent et accompagnent les HSH et les PS dans les centres de santé ou en offrant des services adaptés, séparés pour ces populations.

Comme dans d'autres pays en Afrique de l'Ouest (Banque Mondiale/NACA 2008), la peur de la stigmatisation et la discrimination au Togo incite certains HSH à adopter un comportement bisexuel ou contracter un mariage hétérosexuel pour dissimuler leur sexualité. Ceci n'est guère surprenant étant donné les rapports des informateurs clefs concernant l'extorsion auprès de HSH qui craignent de voir leurs activités révélées tant par des HSH que par d'autres personnes. Une étude menée au Togo a révélé que 67,5 pour cent des HSH ont aussi eu des relations sexuelles avec une femme, bien que l'étude n'ait pas indiqué si c'était par choix ou par volonté de dissimulation (PNLS, 2011b).

Malheureusement, les médias du Togo propagent aussi la stigmatisation et la discrimination par le biais d'émissions radio ou d'articles de journaux incendiaires. Les OSC et des journalistes « compatissants » travaillent ensemble pour créer un réseau de journalistes qui aient une influence positive sur la situation.

Les meilleures pratiques internationales suggèrent que les politiques liées aux programmes nationaux de SSR, d'IST et de VIH, devraient identifier et mesurer les causes de la stigmatisation et de la discrimination parmi les populations clefs. Bien que les politiques actuelles au Togo ne traitent pas de ces questions, des informateurs clefs ont remarqué que des discussions sont en cours pour mettre en place un système de suivi de la S&D. Tant que des efforts faits pour inclure la divulgation de la stigmatisation et la discrimination et la lutte contre celles-ci envers les populations clefs, ceci serait une première étape importante pour faire face à la S&D au Togo.

### *Pénalisation*

Comme de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, le Togo pénalise le comportement sexuel de même sexe et le définit comme un « acte contre-nature » (GdT, 1980). La loi sur la santé de la reproduction (Loi #2007-005) définit l'identification homosexuelle comme une « pathologie sexuelle ». Bien que les sanctions incluent l'emprisonnement d'un à trois ans, aucun cas n'a fait l'objet de poursuites ces dernières années. Des informateurs clefs ont rapporté des cas de racolage et de pédophilie utilisés pour engager des poursuites indues contre les HSH au lieu de la loi sur le comportement sexuel entre personnes de même sexe.

#### **Article 88, Code Pénal Togolais (1980)**

Celui ou celle qui commet un acte indécent contre nature avec un individu du même sexe recevra une peine de prison d'un à trois ans et une amende de 100 à 500 000 F CFA.

Bien que le travail du sexe ne soit pas illégal, le racolage dans des rues publiques et le proxénétisme sont pénalisés selon la loi du Togo (GdT, 1980). Selon les informateurs clefs, les HSH et les PS sont souvent victimes d'une mauvaise interprétation et utilisation de ces lois. Des incidents rapportés officiellement (FHI36/ACI, 2013) sont confirmés par des entretiens avec des informateurs clefs dans le cadre de cette analyse et indiquent que la violence policière contre les PS a lieu durant les raids dans les bordels et dans les rues publiques, y compris les tournantes et l'extorsion, une interprétation erronée de la loi concernant le racolage servant de justification. Selon des informateurs clefs, les professionnels du sexe ne rapportent pas ces incidents parce qu'ils ne connaissent pas la loi ou leur droits et craignent les forces de l'ordre. Les lois concernant la pénalisation et le harcèlement policier des HSH et des PS réduit la probabilité que les victimes d'abus engagent des poursuites contre la police, découragent les HSH et les PS d'utiliser les services pour le VIH et mettent les PS dans des



conditions de travail peu sûres et incitant à l'exploitation, ce qui rend toute négociation concernant l'emploi du préservatifs plus difficile tout en légitimant la stigmatisation et la discrimination générale.

En 2010, le Togo a mis à jour sa loi sur le VIH en retirant la loi modèle similaire à celle de N'Djamena, qui faisait de la transmission volontaire du VIH un crime. La loi actuelle soit les lignes directrices de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et protège les droits de l'homme des PVVIH. Il est attesté que la référence auprès de services au lieu des poursuites peut garantir que les populations clefs aient accès aux services requis.

### *Violence Basée sur le Genre*

La déclaration et la poursuite des viols sont influencées par la manière dont le viol est défini selon la loi et dans les politiques qui traitent des victimes de viol et leurs assaillants. Bien que dans de nombreux pays, des lois soient en expansion pour couvrir les victimes et assaillants de n'importe quel genre, elles abordent principalement les victimes comme étant des femmes et les assaillants comme étant des hommes. Dans les pays où la résistance physique est requise, la loi peut ne pas couvrir les cas dans lesquels la victime est incapable de donner son consentement à cause de l'influence de drogues, d'alcool ou de son âge. Certaines lois peuvent limiter la définition de l'insertion et de la pénétration de certaines parties du corps (pénis et vagin) ou reconnaître d'autres formes de viol.

Au Togo, les politiques concernant le viol sont vagues et/ou non alignées concernant le sexe de l'assaillant et de la victime. Selon la Constitution (1992), l'état reconnaît son « obligation ... de garantir l'intégrité physique et mentale, la vie et la sécurité de chaque personne vivant dans le pays. » Le Code Pénal (loi #80-1, 1980) et la Loi sur les Enfants (2007-017) définissent le viol en ces termes :

« les relations sexuelles avec d'autres personnes contre leur volonté en faisant usage de la fraude ou de la violence. » La loi sur le VIH impose des sanctions contre « toute personne [qui], sachant qu'elle est séropositive, viole une personne et transmet ce faisant le VIH. » Selon le Code Pénal, « tout auteur ou complice de viol est passible de 5 à 10 ans d'emprisonnement ». Le « viol » et les « relations sexuelles » ne sont pas clairement définis et les lois ne définissent pas le genre de l'assaillant, ce qui laisse la porte ouverte à diverses interprétations. Au contraire, la Loi sur la Santé de la Reproduction (2007-005) et la Politique de Genre (MSAPW/PNUD 2006) définissent clairement la victime comme étant féminine et la loi sur le VIH (GdT, 2010a) élargit la définition pour inclure toute violence sexuelle envers des enfants. L'application de ces lois pourrait potentiellement limiter la capacité des HSH et des prisonniers mâles d'engager des poursuites contre les responsables de VBG contre eux. La Loi sur les Enfants (2007-017) et le Code Personnel et Familial (2012-04) considèrent tout acte sexuel contraint dans le cadre du mariage comme un viol sans aucune spécification de genre. La politique en question fait usage de multiples termes, plusieurs d'entre eux sans définition précise, et aucune mention n'est faite de la pénétration. Les facteurs aggravants, y compris la fraude, la violence et l'âge de la victime sont définis. La politique passe en général sous silence les HSH, les TG, les PS et les prisonniers ainsi que les crimes d'honneur.

#### **Loi sur la Santé de la Reproduction 2007/005**

Aucune femme, pour des raisons liées à la sexualité et la reproduction, ne sera soumise à la torture, au stress et / ou la violence telles que le viol...

La violence sexuelle contre les professionnels du sexe est commune et peut être perpétrée par, entre autres, des clients, des proxénètes, des membres de la communauté, ou des membres des forces de l'ordre. Des données non-officielles (FHI360/ACI, 2013), confirmées par des entretiens d'informateurs clefs dans le cadre de cette analyse, indiquent de hauts niveaux de violence contre les professionnels du sexe au Togo. La violence sexuelle contre les PS peut réduire leur capacité de négocier l'usage du préservatif et augmenter le risque de transmission du VIH. En théorie, les professionnels du sexe au Togo ont le droit d'engager des poursuites pour viol ou abus sexuel mais selon des informateurs clefs, la plupart ont peur de rapporter des incidents aux forces de l'ordre et ne sont pas au courant de leur droits. En conséquence, les cas d'abus sexuels ne sont pas rapportés. Pour relever ce défi, une politique VIH récente (SP/CNLS, 2012a, SP/CNLS, 2012b) identifie des activités

de sensibilisation et des soins pour les victimes de VBG, y compris des activités spécifiquement mentionnées pour les PS. Toutefois, la politique actuelle ne garantit pas une prophylaxie après l'exposition pour les victimes de viol. La seule politique qui traite de la prophylaxie après exposition (PAP) pour les victimes de viol est pour les détenus dans le Manuel TB/VHI pour les Infirmiers en Milieu Carcéral (MdJ/UNODC, 2010). Toutefois, des informateurs clefs ont indiqué que ce document n'est pas suivi et n'a « aucun impact ».

Une inquiétude majeure de tout programme de réduction des impacts négatifs qui répond aux besoins des HSH, des TG, des PS et autres détenus est de traiter de la violence sexuelle dans les lieux de détention et les prisons. Une telle violence représente des opportunités supplémentaires de violations des droits de l'homme et de transmission de la maladie (Beardsley et al., 2013). La seule politique concernant la prison est l'Ordre #488 qui date de 1933. Cette politique, qui réorganise le système de prison au Togo, garantit que les prisonniers qui servent une peine disciplinaire et les jeunes soient toujours séparés des autres détenus ; les femmes devraient toujours être séparées des hommes. Étant donné que la politique date de 1933 et est obsolète, il n'est guère surprenant qu'elle ne traite pas des PS, des HSH ni des TG. La politique passe aussi sous silence l'éducation des prisonniers concernant leurs droits, le droit de rapporter les cas de violence sexuelle et d'obtenir des réparations, ainsi que l'identification de mécanismes indépendants et externes pour assurer le suivi et examiner les cas de violence sexuelle en prison. Le manuel pour les infirmiers en milieu carcéral (MdJ/UNODC, 2010) fournit un protocole pour gérer la prévention du VIH parmi les victimes de violence sexuelle en prison, y compris des recommandations concernant l'administration de PEPSI, mais selon des informateurs clefs, le protocole n'est pas suivi. La loi sur le VIH (GdT, 2010a) garantit pourtant des informations et une communication appropriées concernant les programmes sociaux et l'éducation en changement de comportement parmi les prisonniers.

#### *Suivi et application des droits humains et légaux*

La torture et le traitement cruel, inhumain ou dégradant sont illégaux, et la politique protège contre ces actes bien qu'il n'y ait aucune indication spécifique concernant les sanctions. Les politiques ne mentionnent pas l'orientation sexuelle, l'identité de genre ni le milieu carcéral en ce qui concerne ces actes.

Le Togo a ratifié les principales conventions internationales concernant les droits de l'homme, y compris la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Convention Internationale pour les Droits Civils et Politiques, la Convention Internationale concernant les Droits Economiques, Sociaux et Culturels et la Convention sur l'Elimination de Toute Forme de Discrimination contre les Femmes. Selon le Programme National pour la Promotion et la Protection des Droits de l'Homme (2007-2010) et l'article 140 de la Constitution, même si les conventions ou traités internationaux signés par le GdT priment quand des lois ou politiques les contredisant existent à l'échelle nationale, dans la pratique, leur application est extrêmement limitée. La plupart des lois actuelles datent d'avant 1992 et ne sont pas alignées sur la Constitution et les instruments internationaux; les instruments n'étant ni disséminés ni utilisés durant les procédures légales. Selon ce document, « la législation domestique doit être harmonisée avec leur contenu afin de déterminer l'étendue de leur application et des mécanismes d'application pour le suivi et le contrôle. »

La corruption, y compris le paiement de dessous-de-table et l'extorsion, peut inclure une détention illégale et des paiements sous forme de services sexuels ou d'amendes (Beardsley et al., 2013), qui peuvent avoir un impact sur l'accès aux services et la capacité d'intervention pour les populations clefs. Il existe des lacunes législatives au Togo concernant la corruption. Bien que l'équipe ait été incapable de trouver des documents politiques anti-corruption, des informateurs clefs ont déclaré qu'une commission anti-corruption gouvernementale a été mise en place. Néanmoins, des informateurs clefs ont commenté qu'elle n'était pas opérationnelle. De plus, des informateurs clefs ont indiqué que des fonctionnaires, y compris des policiers, ne reçoivent pas un salaire équivalent à celui de postes similaires dans le secteur privé. Des informateurs clefs ont souligné les cas de policiers exigeant des services sexuels ou de l'argent des PS en échange d'une non-arrestation et des cas de citoyens faisant chantage les HSH en les menaçant de révéler leur orientation sexuelle aux autres.

Bien que la constitution du Togo et les lois sur le VIH et la SR garantissent les droits de tous les citoyens, elles ne mentionnent pas spécifiquement les HSH, les TG ni les PS et leur application est donc souvent limitée. Selon des informateurs clefs, la stigmatisation, la discrimination et les abus verbaux et physiques eux-mêmes des HSH et PS sont communs (FHI360/ACI, 2013). Même quand les HSH et les PS sont au courant de leurs droits, la peur de la stigmatisation et de la discrimination les empêchent de demander que leurs droits soient respectés, y compris l'accès aux services essentiels et au logement. L'application des politiques qui 1) assurent la protection des droits de l'homme et la conception de politiques qui mettent fin aux abus policiers, 2) qui enjoignent le soutien de la police pour protéger les populations clefs des abus et de la violence et 3) qui fournissent une aide légale aux HSH, aux PS, aux TG et aux détenus victimes d'abus peuvent aider à s'assurer que les efforts de prévention, de soins et de traitement atteignent les populations clefs.

### **Conception de l'Intervention, Accès et Application**

#### *Gestion de l'acquisition et de l'approvisionnement de médicaments et produits médicaux*

Un système fonctionnel pour les acquisitions et l'approvisionnement de médicaments et de produits médicaux, y compris des politiques pour les médicaments approuvés et essentiels, est indispensable pour fournir la prévention, les soins et le traitement du VIH. La Direction des Pharmacies, Laboratoires et Equipements Techniques (DPLET) au Togo est l'autorité de réglementation pour les médicaments au niveau national et assume la responsabilité de l'application des politiques nationales concernant les médicaments. Dans son ensemble, la politique nationale au Togo suit les meilleures pratiques internationales et fournit un cadre pour assurer la gestion de l'acquisition et de l'approvisionnement de médicaments et de produits médicaux (MdS, 2012a; MdS, 2013). En réalité, il existe de nombreuses lacunes politiques et des inefficacités dans l'application de la politique affectent négativement le système. Par exemple, les rôles des organisations de contrôle pour la CAMEG, la centrale d'achat des médicaments essentiels, ne sont pas définis et les OSC ne sont pas représentées dans les organisations de contrôle.

Selon les meilleures pratiques, les normes de qualité des médicaments et des produits médicaux sont identifiées, et les médicaments achetés avec des fonds publics incluent ceux qui sont requis pour les IST et le VIH. Toutefois, la liste nationale des médicaments essentiels n'inclut pas tous les médicaments identifiés par la Liste Modèle de Médicaments Essentiels pour les IST et le VIH de l'OMS et la politique actuelle ne permet pas l'importation ou la fabrication locale de tous les médicaments pour les IST et le VIH qui figurent sur la liste modèle de l'OMS (MdS, 2012b).

En ce qui concerne le financement et les prévisions, le budget pharmaceutique est global et n'est pas divisé en diverses catégories telles que le stockage, la distribution et la logistique. Bien que la politique identifie des mécanismes pour calculer les quantités à commander sur la base d'estimations fiables des besoins et permet l'approvisionnement décentralisé des médicaments, (MdS, 2012a; MdS, 2013), les ruptures de stock des antirétroviraux (ARV) et des kits pour IST sont un problème récurrent à cause d'une combinaison de divers facteurs tels que les fonds manquants durant des interruptions de financement des bailleurs et une application inégale des politiques aux niveaux des centres de santé et des districts. Les kits pour IST ont été problématiques à cause d'un manque de données fiables concernant le nombre et le type d'IST, ce qui rend la prévision quasiment impossible. Des informateurs clefs ont donné l'exemple de médicaments dont le stockage est centralisé qui arrivaient à expiration alors que des ruptures de stock se produisaient au niveau des centres de santé parce que le personnel des centres de santé et du district n'avaient pas rempli les documents requis pour passer une nouvelle commande de médicaments. Durant des entretiens d'informateurs clefs et des discussions au niveau national pour l'application du Modèle de Décision, des informateurs ont indiqué que beaucoup de médicaments manquent en milieu carcéral suite à de nouvelles politiques d'approvisionnement basées sur un système d'appels d'offres qui a eu la conséquence imprévue de décourager les candidats qui estiment que le système est risqué et non-profitable.

### *Conception générale des services*

Les meilleures pratiques pour la conception des interventions et la protection des droits de l'homme peuvent réduire les obstacles à l'accès aux services pour les populations clefs (Beardsley et al., 2013). L'intégration des services pour les IST et le VIH dans les services de SSR et d'autres services de santé et la conception de mécanismes de référence peut augmenter l'accès aux services, y compris le dépistage des IST et du VIH. Relever le défi de la violence domestique et sexuelle est aussi un composant important de la lutte contre le VIH, en particulier pour les HSH, les PS et les TG qui encourent souvent un risque élevé d'être victimes de telles violences.

La politique au Togo assure un accès légal aux services de SSR, des IST et du VIH pour tous les citoyens et pour hommes et femmes sur un pied d'égalité mais ne fournit aucune stipulation spécifique pour les PS, les TG ou les HSH (Gdt, 2009 ; GdT, 2010a). La politique actuelle n'inclut aucun protocole pour évaluer le risque d'abus d'alcool, de drogues ou de la santé mentale. La politique de SSR inclut des protocoles pour l'évaluation du risque de VBG, y compris la violence domestique, mais ce n'est pas le cas pour les politiques pour les IST et le VIH. Bien que ceux-ci ne soient pas requis pour l'accès aux services, la politique pour le SSR, le VIH et les IST n'interdit pas spécifiquement l'emploi mandaté des contraceptifs, la stérilisation mandatée ni les critères d'éligibilité exigeant que les professionnels du sexe cessent leur activité professionnelle, ce qui ouvre une brèche dans la protection des PS. L'accès aux services pour les femmes enceintes et la disponibilité des services à des moments opportuns pour les clients ne figurent pas non plus dans la politique actuelle. Le système de santé du Togo suit généralement les heures d'ouverture régulières, ce qui ne répond pas toujours aux besoins des populations clefs.

Il n'y a actuellement aucun mécanisme clef en place pour inclure les HSH, les PS, les TG et les détenus dans la conception, la réalisation et l'évaluation des programmes, ce qui est crucial pour s'assurer que les services soient accessibles et appropriés. Des informateurs clefs ont rapporté que des plans sont en cours d'élaboration pour inclure les HSH et les PS au Groupe de Travail Technique pour les Interventions Ciblées du PNLS-IST, qui se focalisent sur les populations clefs. Ceci serait un pas en avant décisif en particulier si les politiques sont conçues pour garantir leur participation continue.

Les services pour le VIH et les IST au Togo sont concentrés dans les centres urbains, la majorité des services pour les HSH et les PS étant fournie par des OSC basées à Lomé, ce qui limite l'accès aux services hors de la capitale. Selon des informateurs clefs, des obstacles à l'accès aux services existent à cause de la distance géographique et des heures d'ouverture non compatibles hors des principaux centres urbains, en particulier en ce qui concerne les services pour les ARV.

En l'absence de toute politique carcérale officielle et avec d'importantes lacunes dans la politique des services pour la SSR, le VIH et les IST en milieu carcéral, les OSC sont en général les seuls recours pour les détenus qui souhaitent recevoir des services de santé, ce qui a des implications majeures pour le dépistage du VIH et des IST, leurs soins et leur traitement. Des informateurs clefs ont souligné les problèmes pour avoir accès aux détenus dans les lieux carcéraux.

*Un responsable de la prison m'a refoulé quand je suis allé fournir des ARV à notre patient séropositif en prison.*

~ Informateur clef, représentant d'une OSC

La perception d'un manque de confidentialité médicale, ainsi que la peur de la stigmatisation et la discrimination, empêche souvent les populations clefs de demander des services dont ils ont besoin. Les recherches au Sénégal (Larmarange, 2010) et au Botswana (Fay, Baral et al., 2010) indiquent que les HSH retardent les soins ou négligent de se faire soigner, y compris le traitement pour les symptômes d'IST, à cause d'un manque supposé de confidentialité médicale et de la peur de stigmatisation et/ou d'abus. Des informateurs clefs ont rapporté que les agents de santé refusent de traiter les HSH et les TS pour des raisons morales ou religieuses et qu'il existe des cas de violation de la confidentialité.

Selon les recommandations d'ONUSIDA et de l'OMS, il faut offrir des formations au personnel des prisons, aux forces de l'ordre et agents de santé en éthique et divers aspects des droits de l'homme, y compris le consentement informé, la confidentialité et les moyens d'éviter la stigmatisation et la discrimination. Avec une formation et des politiques adéquates en place, on peut engager la police à protéger les HSH, les PS et les TG des abus et de la violence. Les politiques et programmes pour sensibiliser les agents de santé peuvent être une première étape pour réduire la stigmatisation et la discrimination tout en soutenant l'intégration des services pour atteindre les HSH, les PS et les TG. Etant donné le niveau de S&D au Togo et les rapports concernant la façon dont certains agents de santé et membres des forces de l'ordre traitent les PS et les HSH, le manque de politique requérant une formation à intervalles réguliers pour les forces de l'ordre, le personnel de la justice criminelle, le personnel de prison, les agents de santé et d'autres personnes en ce qui concerne des questions clefs, y compris les droits de l'homme, la S&D, la VBG, le VIH et les protocoles de référence, est une source d'inquiétude.

### *Conseils et Dépistage du VIH*

La politique au Togo garantit les services gratuits de CDV à la population générale, sans aucune restriction concernant la fréquence des tests de VIH et autorise un modèle de services intégrés (SP/CNLS-IST, 2010). Toutefois, la politique ne mentionne pas spécifiquement les HSH, les TG et les PS en ce qui concerne des services gratuits de CDV. La loi pour le VIH (Gdt, 2010a) inclut une déclaration générale indiquant que la prévention et le traitement du VIH devraient être « assurés pour les personnes incarcérées » sans faire spécifiquement référence aux CDV ni à ses coûts. Bien que la politique n'inclut pas le dépistage rapide basé sur un test de salive, elle autorise des algorithmes de dépistage rapide pour diagnostiquer l'infection du VIH sans politique définie pour les milieux carcéraux (SP/CNLS-IST, 2012a). La politique garantit que les services de CDV y compris la réception des résultats de test, soient disponibles sur une base anonyme et confidentielle (GdT, 2010a).

En ce qui concerne les populations clefs, la politique n'identifie pas de mécanismes impliquant les HSH, les PS ou les TG dans la conception de protocoles pour les conseils et le dépistage du VIH, bien qu'elle identifie les HSH et les PS comme étant des groupes vulnérables auxquels les agents de santé devraient offrir des CDV. Le PSN 2012–2015 identifie des indicateurs pour suivre les résultats de CDV pour les HSH et les PS mais n'identifie pas de mécanismes pour suivre ou impliquer les HSH, les PS ou les TG dans le suivi et l'évaluation des programmes de conseils et dépistage du VIH. La stigmatisation et la discrimination figurent parmi les obstacles les plus importants aux CDV. Les membres de populations clefs peuvent craindre une stigmatisation et discrimination accrues s'ils découvrent qu'ils sont séropositifs. Par exemple, des informateurs clefs ont indiqué que seule une petite partie des communautés de HSH et de PS participent aux CDV à cause de la crainte de discrimination et la crainte de divulgation involontaire de leur statut VIH ou de leur occupation. Le manque de suivi après les CDV est aussi un problème majeur au Togo, ainsi que l'atteinte des HSH et des PS hors de Lomé. L'implication des HSH, des PS et des TG dans la conception des protocoles de conseils et dépistage du VIH peut assurer que les CDV répondent aux besoins des populations clefs, encouragent la demande de CDV et assurent l'accès des PVVIH aux services de soins et de traitement.

### *Traitement Antirétroviral (TAR)*

La politique au Togo garantit l'accès gratuit au TAR pour toutes les PVVIH depuis le 19 novembre 2008 mais ne mentionne pas spécifiquement les HSH, les TG ni les PS. L'article 48 de la loi sur le VIH (GdT, 2010a) indique que les PVVIH dans les prisons et centres de détention devraient « bénéficier d'un traitement médical et psychosocial requis par leur état de santé » mais ne mentionne pas le TAR ni son coût. Selon les meilleures pratiques, la politique ne restreint pas l'éligibilité au TAR à cause de l'alcoolisme, de toute autre toxicomanie ou sur la base de la santé mentale. Toutefois, la politique ne donne aucune indication sur la fourniture de services gratuits liés au TAR, tels que la numération du compte de CD4, les paiements pour les agents de santé ni les médicaments pour les infections opportunistes. Le coût final de ces services afférant présente un obstacle majeur pour les populations clefs et l'application de la politique est confrontée à de nombreux défis. En fait, on ne

comptait que 25 appareils de numération des CD4 dans tout le pays en 2011 (PNLS, 2011c). Pour de nombreux HSH et PS, en particulier ceux vivant hors des principaux centres urbains, les services gratuits de TAR peuvent être hors de portée à cause des dépenses de déplacement ou autres frais afférant.

Comme l'ont indiqué des informateurs clefs, des ruptures de stock majeures de TAR et autres produits qui ont eu lieu en 2012 et 2013 à cause d'une interruption de financement du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Paludisme (GFATM) a provoqué une interruption des services de TAR, avec des conséquences potentiellement désastreuses pour les PVVIH déjà prenant ou ayant besoin de commencer un TAR. Selon l'un des informateurs clefs, l'impact a été pire pour les professionnels du sexe à cause de la S&D.

*Durant les ruptures de stock, la population générale passe en priorité. Dans de nombreux cas, les PS ont dû attendre plus longtemps.*

~ Informateur clef, représentant d'une OSC

Enfin, il manque des politiques pour les services afférant. Or, celles-ci sont cruciales pour les services liés indispensables pour assurer la santé des populations clefs et des PVVIH, tels que les protocoles pour les coïnfections du VIH et de l'hépatite A, du VIH et de l'hépatite B, du VIH et de l'hépatite C.

#### *Infections sexuellement transmissibles*

Comme dans de nombreux pays en Afrique, le diagnostic et le traitement des IST au Togo sont basés sur une approche syndromique. La politique autorise un traitement périodique présomptif (TPP) et un traitement syndromique des IST (MdS, 2009) par les agents de santé ; les centres offrant des services pour les IST ayant le droit de fournir des CDV. Cette politique n'autorise certes pas spécifiquement le traitement syndromique des IST ni le TPP par les pharmacies mais un projet précédent de SIDA 3 a formé les pharmaciens à cette fin. Bien que les politiques ne garantissent pas le financement public des services pour les IST ni le traitement gratuit des IST pour les PS, les HSH et les TG, le financement du Fonds des Nations Unies pour la Population a permis le traitement gratuit des IST pour les professionnels du sexe quand les kits pour les IST sont disponibles. Des informateurs clefs ont rapporté que des ruptures de stock des kits pour les IST sont un des principaux obstacles pour l'accès au traitement des IST et ont attribué les ruptures de stock à une combinaison de financement limité et des difficultés dans la prévision, en particulier la prévision des médicaments pour des IST spécifiques à cause de données insuffisantes concernant la prévalence des IST et l'utilisation des services.

*Les kits IST ne sont disponibles que dans les centres de santé offrant des services spécialisés pour les PS, et il est rare que ceux-ci aient un stock disponible.*

~ Informateur clef, fonctionnaire

D'autres obstacles à l'utilisation des services pour les IST et au traitement pour les professionnels du sexe incluent le coût des traitements ou le fait de devoir retourner au centre de santé à cause des ruptures de stock, du manque de transport vers le centre, du manque d'équipement pour l'évaluation des IST dans les unités mobiles, et la crainte de la S&D. Au cours d'entretiens avec des informateurs clefs, d'autres obstacles à l'utilisation de services et au traitement pour les HSH ont été cités tels que le coût du traitement, le manque d'équipement et d'agents de santé ayant reçu une formation pour faire des examens anaux, la crainte de la S&D et la divulgation involontaire du comportement sexuel dans la communauté. Presque tous les services spécifiquement pour les HSH et les PS étaient à Lomé, ce qui présente un obstacle sérieux pour les populations d'HSH et PS vivant dans d'autres régions du pays.

Dans l'ensemble, la politique de SR garantit la santé reproductive de tous les citoyens sans discrimination (GdT, 2007a) et le PSN 2012–2015 identifie le traitement des IST parmi les professionnels du sexe comme étant une priorité. Toutefois, la politique pour les IST n'identifie aucun

service gratuit pour les HSH et les PS ni ne fournit de cliniques spécialisées pour desservir ces populations. Dans la pratique, il existe des services adaptés pour les professionnels du sexe qui engagent des médiateurs de santé « compatissants » et des services spécialisés dans les OSC pour les HSH et les PS. Alors que la politique n'offre aucune garantie d'accès gratuit aux vaccins pour l'Hépatite A et B pour les populations clefs, le protocole de santé de la reproduction (TOME II, 2009), identifie et recommande un protocole pour le dépistage oral et anal des IST mais n'identifie aucune formation ni fourniture d'équipement médical à cette fin.

#### *Préservatifs et Lubrification*

La prévention du VIH doit être basée sur des pratiques au succès attesté et soutenue par des preuves d'efficacité (ONUSIDA, 2009a). Une utilisation systématique de préservatifs et de lubrifiants à base d'eau a un impact direct sur la réduction du risque et de la transmission du VIH (ONUSIDA, 2011a ; ONUSIDA/FNUAP/OMS, 2009). Les efforts de prévention ne peuvent réussir sans accès garanti, continu et abordable aux préservatifs de haute qualité et aux lubrifiants à base d'eau. Les professionnels du sexe citent parfois le manque de disponibilité de préservatifs gratuits comme une des raisons pour lesquels ils acceptent des rapports sexuels non protégés (OMS, 2011a) et les études de recherche au Togo identifient le manque d'accès aux préservatifs et aux lubrifiants (P/L) comme faisant obstacle à la prévention du VIH parmi les HSH (FHI 360/ACI, 2013; Me-Tahi et Anato, 2010).

La politique de lutte contre le VIH au Togo (SP/CNLS, 2012a) inclut des indicateurs concernant la distribution de P/L aux PS et aux HSH mais ne garantit pas de services de P/L gratuits pour les HSH, les TG et les PS et ne prévoit pas de distribution de lubrifiants à base d'eau ou de silicone dans les programmes de distribution de préservatifs. De plus, il n'existe actuellement aucune politique concernant l'approvisionnement en produits ni la distribution de lubrifiants. Les politiques actuelles ne fournissent aucun mécanisme pour l'implication des PS, des TG et des HSH dans la sélection des préservatifs et des lubrifiants pour les programmes de prévention du VIH. La politique passe sous silence l'impact de l'alcool, des narcotiques, de la santé mentale et de la dépression sur l'usage des préservatifs. La politique du VIH (SP/CNLS, 2012) aborde l'accès aux préservatifs en milieu carcéral. Toutefois, il n'existe aucune politique carcérale au Togo et les autorités régissant les prisons n'autorisent pas les services de P/L pour les détenus.

Des informateurs clefs ont cité de fréquentes ruptures de stocks de P/L, y compris des cas de P/L retenus dans les ports d'entrée jusqu'à expiration. Des ruptures de stock de P/L fréquentes en 2011 et 2012 ont aussi résulté de l'interruption du financement par le GFATM durant les négociations. Des entretiens avec des informateurs clefs ont corroboré des résultats précédents concernant le manque d'accès aux lubrifiants à base d'eau ou de silicone à cause de ruptures de stock et de prix élevés en pharmacie.

Les programmes qui se focalisent sur l'autonomisation des professionnels du sexe pour négocier l'usage des préservatifs et augmenter l'acceptation des préservatifs parmi les clients ont réussi à augmenter l'usage de préservatifs dans de nombreuses communautés (Groupe Conseil de l'ONUSIDA, 2011). Ces programmes sont particulièrement importants au Togo, étant donné les recherches indiquant que seuls 8,8 pour cent des professionnels du sexe interviewés au Togo ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leurs derniers rapports sexuels (Pitché et al., 2013). Suite aux meilleures pratiques internationales, les programmes de préservatifs pour les professionnels du sexe au Togo ont fourni un soutien et des lignes directrices mais permettent aux PS de garder le contrôle de leur décision concernant l'usage des préservatifs. En accord avec les meilleures pratiques internationales, les autorités de santé publique et non pas les forces de l'ordre, assurent le suivi de l'utilisation et l'efficacité des programmes de préservatifs.

*Information, éducation et communication (IEC)*

Des activités de base d'IEC pour les HSH, les PS et les clients de PS doivent inclure des efforts de communication et d'éducation ciblés adaptés aux besoins de ces populations (ONUSIDA, 2011a; OMS, 2011a; OMS, 2011b), qui peuvent être extrêmement hétérogènes. Des études menées en Afrique de l'Ouest indiquent que certains HSH travaillent dans l'industrie du sexe (Mah et Dibba, 2008; Banque Mondiale/NACA, 2008) tandis que d'autres ont des rapports sexuels avec des femmes, sont mariés et/ou ont des enfants (Larmarange, 2010; Larmarange et al., 2010). Des études dans la région indiquent aussi une hétérogénéité parmi les professionnels de sexe et leurs clients en ce qui concerne le pays d'origine, le lieu du travail du sexe, la fréquence du travail du sexe et les types de clients (Lowndes et al., 2008 ; OMS 2011a). Des rapports non officiels du Togo reflètent ces résultats (FHI 360/ACI, 2013; PNLS, 2012a; PNLS, 2012b). L'accès à l'IEC doit être spécifique pour une population donnée et stipuler des protocoles pour la prestation de services d'IEC (OMS, 2011b) y compris les informations pertinentes sur la transmission du VIH.

Au Togo, la politique ne garantit pas le financement public des programmes d'IEC ni l'accès aux informations concernant l'IEC spécifiques aux HSH, aux TG ou aux PS (SP/CNLS, 2012a; SP/CNLS, 2012b). Le Togo a une Stratégie de Communication Nationale pour le Changement de Comportement (2011) ainsi qu'une Politique Nationale pour les Interventions à Base Communautaire (2009). Toutefois, ces documents n'identifient pas de stratégies IEC ni d'informations sur la prévention du VIH spécifiques pour les HSH, les TG ou les PS. Parmi les points positifs, les politiques n'imposent aucune restriction spécifique au contenu de l'IEC en ce qui concerne l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou la conduite criminalisée. Le nouveau cadre de politiques pour les populations clefs (Guiard-Schmid, à paraître) identifie des stratégies d'IEC pour les HSH et les PS. Des IEC spécifiques aux HSH ne sont disponibles que par le biais des ONG au Togo. Les résultats d'études précédentes et d'entretiens d'informateurs clefs ont révélé que de nombreux HSH ne savent que la transmission du VIH peut advenir durant des rapports homosexuels (Capo-Chichil et Kassegné, 2007; PSI, 2006).

*Sensibilisation*

Les activités de sensibilisation augmentent l'impact de programmes de base (ONUSIDA, 2011a) et la sensibilisation par le biais de réseaux, de communautés et autres éducateurs pairs est souvent la meilleure, voire même la seule manière d'atteindre des populations qui peuvent être contraintes de cacher leur comportement ou avoir peur d'utiliser les services. Les politiques qui garantissent un accès à des protocoles adaptés pour les services de sensibilisation (CHAI N., 2007) et qui garantissent la sécurité et l'engagement des populations clefs sont nécessaires.

Bien que les politiques au Togo ne garantissent pas de financement public pour la sensibilisation, le PSN 2012-2015 (SP/CNLS, 2012a), son plan opérationnel (SP/CNLS, 2012b) et les Normes Politiques et Procédures pour les CDV (2010) identifient des activités de sensibilisation pour les HSH et les PS et en milieu carcéral. Une fois qu'il sera officiellement validé, ce nouveau cadre de politique pour les populations clefs (la validation est en cours) inclura des recommandations et des mécanismes d'application pour les activités de sensibilisation pour chaque population clef. Les protocoles de dépistage en milieu carcéral ont aussi été mis au point. Selon la Politique Nationale pour les Interventions à Base Communautaire (MdS 2009b), les éducateurs pairs et autres travailleurs chargés de la sensibilisation au niveau communautaire doivent avoir des documents éducatifs, des accessoires de formation et une carte d'identification officielle et doivent être payés pour leur travail. Les organisations à base communautaire (OBC) sont les principaux moyens d'avoir accès aux populations clefs au Togo. Bien que les politiques soutiennent leur travail, des entretiens avec des informateurs clefs ont révélé qu'une dissémination insuffisante des politiques, de forts taux de S&D et une coordination inadéquate avec les forces de l'ordre présentent conjointement un obstacle potentiel pour atteindre ces populations clefs.



*Durant une campagne pour augmenter la sensibilisation au VIH parmi les HSH et les PS l'an dernier, la police a arrêté des travailleurs chargés de la sensibilisation sous le prétexte fallacieux qu'ils trafiquaient du sang. On a lancé des pierres contre une autre équipe de sensibilisation travaillant avec les HSH (ville hors de Lomé).*

~ Informateur clef, représentant d'ONG

La stigmatisation et la discrimination sont les obstacles les plus importants à la sensibilisation parmi les populations clefs au Togo. Toutefois la pénalisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe et du racolage, les ruptures de stock de lubrifiants, le manque de documents d'IEC spécifiques aux HSH et les obstacles aux soins et au traitement du VIH et des IST ont aussi un impact sur la sensibilisation. Parmi les mineurs, y compris les jeunes HSH et PS, les lois concernant l'âge de consentement qui requièrent l'accord parental ou du tuteur pour les CDV représentent un obstacle potentiel pour les populations clefs mineures.

#### *Réduction des méfaits de l'abus d'alcool et autres substances*

Les professionnels du sexe et leurs clients consomment fréquemment de l'alcool. Parmi toutes les populations, l'utilisation d'alcool et de drogues diminuent les capacités de négociation de l'usage des préservatifs et affectent négativement le processus de prise de décision et le jugement (OMS, 2011a). Les politiques qui traitent de l'abus d'alcool et de substance ont un impact sur les services de VIH pour les HSH, les TG et les PS. L'utilisation de diverses substances rapportée dans une étude menée au Togo était de 18 pour cent parmi les HSH interviewés (Me-Tahi et Anato, 2010) et l'utilisation de drogues et d'alcool a aussi été signalée parmi les PS (FHI 360/ACI, 2013). La Politique Nationale de Santé (2009) inclut un appel à réduire les facteurs de risque, y compris l'alcool et les drogues, et le PSN (SP/CNLS 2012a) identifie des activités de prévention pour les PVVIH mais n'identifie ni approches ni programmes de réduction des méfaits de l'abus d'alcool ou de la toxicomanie. L'équipe d'évaluation n'a pu trouver aucune preuve de l'existence de tels programmes. Le nouveau cadre politique pour les populations clefs (Guiard-Schmid, à paraître) identifie la distribution de seringues gratuites dans le kit minimal de services et recommande des IEC sur la réduction de la consommation d'alcool, la sensibilisation et des programmes mais n'inclut pas d'approches, programmes ni de mécanismes d'application spécifiques pour la réduction des méfaits causés par l'abus d'alcool ou de diverses substances.

*Il n'y a aucun programme pour l'abus de substance au Togo, seulement la S&D, les arrestations et quelques organisations qui offrent des prières comme solution.*

~ Informateur clef, représentant d'OSC

En ce qui concerne la réglementation de l'alcool, une politique existe sous l'égide de la Loi de Santé Publique, mais elle n'est appliquée. Des informateurs clefs ont rapporté qu'il n'existe aucune réglementation et qu'il y a un manque de contrôle, la contrebande étant fréquente.

#### *Santé sexuelle et reproductive*

L'accès aux services de SSR structurée autour d'approche spécifiques pour les PS, les HSH et les TG est non seulement essentiel pour les droits de l'homme et la santé mais peut aussi être un moyen d'accès pour la prévention, les soins et le traitement du VIH. Intégrer les services pour le VIH et pour les IST dans les programmes de santé reproductive peut aider à élargir la prestation de services de SSR pour les populations clefs qui vont peut-être éviter les cliniques VIH et IST à cause de la stigmatisation et la discrimination. De plus, l'intégration des services s'est révélé réduire notablement l'infection du VIH (IPPF.FNUAPD/Young Positives et la Coalition Globale des Femmes et du SIDA, 2007). Au Togo, le financement public de la santé reproductive n'est pas garanti et la SSR est financée par le budget global de la santé. La politique autorise les services pour les IST et les CDV dans les centres de santé sexuelle et reproductive car ils font partie de l'intégration des services dans les centres de santé (MdS, 2009c ; MdS, 2008). Bien que la loi sur la SR garantisse les droits reproductifs de chaque citoyen dans toutes les conditions (GdT, 2007a), des approches spécifiques

pour les PS, les HSH et les TG ne sont pas identifiées et les détenus n'ont pas droit aux services. La politique permet l'utilisation d'une contraception d'urgence mais ne permet pas l'avortement sauf dans les cas de viol ou d'inceste, quand la poursuite de la grossesse menace la vie ou la santé d'une femme ou quand un test diagnostique révèle une forte probabilité que l'enfant va naître avec une maladie grave spécifique (GdT, 2007a).

### *Personnes Transgenres*

Les documents politiques au Togo ne font aucune référence aux TG ; aucune donnée n'a été collectée. Des entretiens avec des informateurs clefs ont révélé que malgré de rares cas d'hommes (qui peuvent ou non s'auto-identifier en tant que femmes) qui s'habillent en femme en public, le Togo n'a aucun cas reconnu de TG. Le déni des TG au Togo et une importante S&D prévalent.

*J'ai dû rester assis et regardé pendant qu'ils passaient à tabac un homme qui portait une perruque de femme et marchait de façon efféminée. Je n'ai pas eu le droit d'intervenir.*

~ Informateur clef, représentant d'ONG

*Ils ne font que copier les blancs et peuvent changer si on les y oblige*

~ Informateur clef, partenaire technique et financier

## Défis et Limitations

Les principaux défis auxquels a été confrontée l'équipe d'évaluation étaient le manque d'accès à certaines politiques clefs, principalement à cause du manque de fichier national pour toutes les politiques liées au VIH, ainsi que l'absence de politiques (par exemple le seul document politique concernant les prisons est un décret administratif datant de 1933, alors que le Togo était encore une colonie française).

Des entretiens avec des clients de programmes auraient permis l'accès à plus d'informations sur l'application des politiques et les obstacles à l'accès aux services pour le VIH mais de tels entretiens n'étaient pas réalisables à cause du temps limité de l'évaluation et du temps requis pour obtenir l'approbation pour la participation de sujets humains.

Néanmoins, l'équipe a pu compenser ce manque en réalisant des entretiens avec des informateurs clefs représentant des OSC qui travaillent avec les populations ciblées et en passant en revue des études incluant des données tirées d'entretiens avec des HSH, des PS et des détenus.<sup>8</sup>

Enfin, les lois et politiques ne sont pas toutes appropriées et applicables dans tous les pays. Des normes internationales doivent refléter le contexte national. Des normes identifiées dans l'inventaire sont basées sur la langue et le contexte de documents internationaux et des meilleures pratiques et n'ont pas pour objectif d'être restrictives ni exhaustives (Beardsley et al., 2013). L'inventaire et l'analyse des documents de politiques du pays aident à identifier les politiques qui réclament plus d'attention. Par conséquent, une large gamme de parties prenantes locales doit identifier les politiques spécifiques au pays qui répondent le mieux aux besoins des populations clefs locales. L'équipe d'évaluation prévoit de mener une validation des résultats de ce rapport sur le terrain avec des parties prenantes clefs, y compris des représentants des populations clefs, afin d'identifier des recommandations prioritaires spécifiques aux besoins des populations clefs au Togo.

---

<sup>8</sup> Aucune des études passées en revue n'incluait d'entretiens avec des personnes transgenres. Il est probable que ceci est dû à la peur de la stigmatisation et de la discrimination au sein de cette population clef.

## CONCLUSION

---

Cette application du Modèle de Décision marque la première fois qu'une analyse exhaustive de l'environnement politique et des défis de l'application pratique a été menée au Togo. Avec le soutien d'USAID et en collaboration avec les parties prenantes clefs, l'équipe a réalisé une évaluation détaillée des politiques et analysé 116 documents politiques de source nationale. Un certain nombre de résultats confirme ceux des précédentes évaluations, mais d'autres émergent de ce rapport grâce à la gamme unique et étendue du Modèle de Décision. Les résultats de ce rapport concernant l'application politique et les obstacles à l'accès aux services représentent les points de vue des décideurs, des prestataires de services, des bailleurs et des OSC travaillant avec les populations clefs qui ont été interviewés et/ou ont participé à un atelier d'analyse des données à Lomé.

De récents changements positifs dans les politiques ainsi qu'un soutien renouvelé des bailleurs ont permis au Togo de commencer à améliorer l'accès aux services pour les populations clefs et d'enrayer l'épidémie de VIH parmi elles. Le Togo a reçu une bourse du Fonds Mondial sous l'égide de la Série #8 qui inclut une forte focalisation sur les populations clefs. Le projet PACTE-VIH et le R2P financé par USAID focalisent les recherches et les efforts d'intervention sur les HSH, les PS et les clients des PS. Le président du Togo et le Secrétaire Permanent pour le CNLS ont publiquement exprimé leur soutien pour et reconnu l'importance de répondre aux besoins des populations clefs. Bien que des lacunes politiques existent encore et que des politiques bénéfiques ne sont pas toujours connues ou appliquées, le pays est en train d'incorporer un certain nombre de meilleures pratiques internationales dans le politique officielle liée concernant le VIH et les populations clefs.

Néanmoins, le Gouvernement du Togo et les parties prenantes clefs ne seront pas toujours en mesure de gérer l'épidémie de VIH parmi les populations clefs sans mesures formelles complémentaires proactives ayant pour objectif de protéger et de fournir prévention, soins, et traitement aux populations clefs. Il manque encore des politiques indispensables, en particulier en ce qui concerne les PS, les TG, les HSH et les détenus et on doit intervenir pour réduire la différence entre les politiques sur le papier et sur le terrain. Il est essentiel d'éliminer les obstacles à l'accès aux services pour les populations clefs afin d'assurer que la prévalence du VIH continue à baisser ou reste stable.

Pour renforcer la lutte contre le VIH, des améliorations attestées dans la coordination et la collaboration entre le SP/CNLS et le PNLs devraient servir de base à de nouvelles mesures et être formalisées. Pour que l'approche multisectorielle engagée au Togo soit efficace, il sera nécessaire d'augmenter l'harmonisation du PSN 2012–2015 (SP/CNLS, 2012a) et d'autres documents politiques issus de divers secteurs clefs du gouvernement. Il faudra aussi une dissémination, une disponibilité et une application à grande échelle de nouvelles politiques conçues par chaque ministère. Des politiques mal alignées devraient être harmonisées, en particulier celles traitant de la SSR, du VIH et des IST. La politique carcérale doit être conçue et alignée sur la politique de SSR, du VIH et des IST pour assurer l'accès des détenus aux services. Des mécanismes d'application adéquats, des financements et des ressources humaines seront essentielles.

Actuellement, les relations sexuelles entre personnes de même sexe, caractérisées comme étant « des actes contre-nature » et le racolage sont illégaux. Bien que des changements de ces lois soient nécessaires à long terme, un travail de base doit d'abord être fait pour éviter une levée de boucliers basée sur des croyances culturelles et religieuses telle qu'on l'a vue dans d'autres pays de la région comme le Sénégal. Entre temps, plusieurs politiques favorables se prêtent à une application ou des modifications discrètes sans attirer l'attention que des changements dans les principales lois pourraient susciter.

Par exemple, des mécanismes formels peuvent être mise en place pour intégrer des populations clefs dans la prise de décisions du gouvernement et la conception de politiques pour les services pour le VIH et liés au VIH. Ainsi, l'engagement des populations clefs dans le suivi et l'évaluation et la conception des lignes directrices pour les CDV et la TAR pour les populations clefs peuvent

contribuer à l'amélioration de l'utilisation des services et des débouchés sanitaires. Bien que les politiques soient conçues selon les lignes directrices internationales, les membres des populations clefs et/ou leurs représentants devraient être invités à toutes les étapes de la conception, du suivi et de l'évaluation des programmes et politiques pour s'assurer que les obstacles liés au contexte local soient surmontés.

Les lignes directrices internationales et les meilleures pratiques devraient informer les politiques mais elles doivent être adaptées aux besoins des populations clefs au Togo avec des modifications ou des directives complémentaires pour assurer l'accès ouvert aux services. Par exemple, les protocoles standard pour le TAR devraient être suivis mais les populations clefs peuvent être confrontées à des obstacles pour avoir accès au TAR que les équipes techniques ne connaissent pas quand elles conçoivent les lignes directrices et des directives complémentaires ou des modifications mineures des protocoles actuels sont donc nécessaires.

Le Togo est en voie de valider un cadre politique qui identifie des activités spéciales pour les populations clefs, y compris des lignes directrices pour un kit de services minimal et recommande des mécanismes d'application pour les politiques et services pertinents. Une focalisation des politiques et programmes sur les clients des PS servira à contrebalancer les efforts pour gérer le VIH parmi les professionnels du sexe. Des financements adéquats et des ressources humaines doivent être alloués pour assurer l'application des politiques et programmes. De plus, la dissémination des politiques et la formation des agents de santé, des éducateurs pairs et d'autres personnes chargées de la sensibilisation au niveau communautaire seront essentiels. La mise à l'échelle exigera une augmentation des activités gouvernementales pour les populations clefs ou bien la création et l'application de politiques qui aident les OSC avec la mise à l'échelle, y compris l'accès aux P/L et médicaments. Les politiques concernant la collecte de données pour informer la programmation pour les populations clefs ont été conçues mais l'utilisation des données doit être formalisée et les méthodes de collecte de données standardisées pour permettre des prévisions adéquates et une planification appropriée.

Il est crucial pour les populations clefs que le Togo relève le défi d'une meilleure coordination, prévision et distribution des médicaments et produits médicaux, y compris des préservatifs et des lubrifiants (P/L), des kits pour les IST et des ARV. Les politiques devraient être mises à jour pour surmonter les obstacles de et garantir l'approvisionnement des produits et la distribution de lubrifiants à base d'eau et/ou de silicone. La réallocation des fonds et des politiques pour soutenir les contrôles horizontaux et la gestion des divers stocks pour la redistribution des médicaments et des produits médicaux jouent un rôle fondamental pour éviter les ruptures de stock, les surplus et l'arrivée à expiration. La prévention du VIH peut être soutenue par la politique afin d'assurer des services gratuits de P/L pour les HSH, les PS et les TG, d'intégrer ces populations à la sélection de produits P/L et en évitant les ruptures de stock de P/L. Ces recommandations politiques s'alignent sur et soutiennent le PSN 2012–2015 et son plan opérationnel (SP/CNLS, 2012). Pour atteindre les objectifs politiques – ARVs et traitement gratuit des IST pour les professionnels du sexe, les quantités commandées doivent être basées sur des estimations fiables des besoins avec des budgets afférant suffisants, et les travailleurs dans les centres de soins et les districts sanitaires chargés de noter l'utilisation des kits pour les IST et de commander des kits devraient recevoir une formation et être tenus responsables pour éviter les ruptures. Dans l'idéal, la politique devrait inclure le traitement gratuit des IST pour les PS, les HSH et les TG et offrir un dépistage gratuit et des vaccins pour l'hépatite A et B.

Afin de protéger les droits des citoyens et d'augmenter l'utilisation volontaire des CDV et le consentement informé, le Togo doit garantir la confidentialité pour tous les clients, en particulier les populations clefs confrontés à une S&D accrue. Tous les agents de santé et éducateurs pairs autorisés à offrir des CDV devraient recevoir une formation focalisée sur les conseils pour le VIH et la confidentialité. Les lois sur le consentement parental devraient être révisées pour s'assurer qu'elles ne présentant pas de grave obstacle pour les CDV, les soins et le traitement du VIH, en particulier parmi les PS, TG et HSH qui sont des jeunes et adolescents sans-abri.

Les obstacles au TAR, tels que le coût du dépistage lié au VIH et la distance à couvrir pour obtenir des services peuvent être surmontés en augmentant le nombre de lieux offrant des services gratuits ou subventionnés. L'accès aux services pour les populations clefs peut aussi être amélioré en augmentant l'engagement de médiateurs de santé compatissants qui accompagnent les populations clefs dans les centres de santé offrant des services qui ne sont pas disponibles dans les cliniques des OBC.

Il est crucial de trouver des moyens de surmonter la stigmatisation et la discrimination des populations clefs pour les pays comme le Togo. Il est essentiel de concevoir des politiques nationales pour la S&D qui incluent des mesures réelles et des activités pour diminuer la stigmatisation et la discrimination afin de garantir l'accès des populations clefs aux services pour le VIH, entre autres. Offrir une formation exhaustive et sensibiliser les agents de santé, les membres des forces de l'ordre, les juges et les éducateurs peuvent augmenter l'accès aux services qui répondent aux besoins des populations clefs, améliorer la coordination des services, et diminuer la stigmatisation et la discrimination. Une coordination formelle parmi les autorités sanitaires, les agents de santé et les forces de l'ordre, accompagnée par un soutien de police pour protéger les populations clefs des abus et de la violence, peut réduire la stigmatisation. Par exemple, l'utilisation d'indicateurs de performance peut encourager le personnel à intervenir suite à des constats d'actes de violence contre les HSH, les PS et les TG. Le changement de normes peut s'effectuer par le biais des médias et, si possible, en travaillant avec des chefs religieux et traditionnels pour modifier les perceptions. Changer les politiques ou trouver d'autres moyens d'inclure des représentants de populations clefs dans les organisations chargées de la prise de décision et les groupes de travail est une première étape primordiale pour diminuer la stigmatisation et la discrimination.

L'implication des populations clefs dans la conception d'IEC qui répondent aux besoins de ces populations et tiennent compte de leur diversité peut aider à s'assurer qu'on dispose de documents adéquats pour la sensibilisation à la prévention. Même un pays tel que le Togo où les HSH et les PS font l'objet d'une forte stigmatisation peut et devrait concevoir des documents d'IEC pour ces populations. Par exemple, des informations sur la prévention devraient indiquer que la transmission peut se faire durant des relations sexuelles entre personnes de même sexe et des rapports par voie anale et que l'emploi de préservatifs avec lubrifiants peut minimiser la transmission. Les HSH et les PS peuvent être conviés à participer à la conception de documents qui répondent à leurs besoins et à la culture locale, en s'assurant que ces documents soient acceptables d'un point de vue social mais aussi exacts et utiles. Une telle approche devrait être possible au Togo car la politique n'impose aucune restriction formelle au contenu de l'IEC en matière d'orientation sexuelle ni d'identité de genre.

Bien que le personnel des prisons interdise les relations sexuelles parmi les détenus, des relations sexuelles consensuelles et non-consensuelles sont attestées dans les prisons du Togo et les détenus doivent avoir le droit de se protéger du VIH et des IST. De plus, étant donné que de nombreux détenus quittent la prison et réintègrent la communauté, les efforts de prévention du VIH doivent inclure les détenus afin de réduire la transmission du VIH à la population générale. Pour les détenus, les questions clefs sont l'accès aux préservatifs et lubrifiants ainsi que l'accès aux soins de santé généraux, aux CDV et aux soins et traitement dans les prisons. Il faut concevoir rapidement une politique carcérale qui garantisse l'accès aux services.

Hormis le fait de reconnaître que l'abus d'alcool et de drogues a un impact négatif et l'inclusion de seringues gratuites dans le kit minimal de services stipulée dans le nouveau cadre politique pour les populations clefs, le Togo n'a ni politique ni programme pour réduire la consommation d'alcool ou relever le défi de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Étant donné la prévalence attestée de l'abus d'alcool et de drogues parmi les populations clefs et l'impact négatif de l'alcool sur la prise de décision concernant les rapports sexuels et les capacités de négociation de l'usage du préservatifs (OMS, 2011a), l'ajout de programmes et de campagnes de sensibilisation ciblant la réduction des méfaits de l'abus de drogues et d'alcool serait bénéfique pour les populations clefs.

Le Togo a incorporé plusieurs politiques basées sur les meilleures pratiques internationales qui facilitent l'accès des populations clefs aux services. En relevant les défis et comblant les lacunes

indiquées dans ce rapport, le Togo pourrait avoir un impact notable sur l'environnement politique du VIH pour les populations clés et pourrait potentiellement éliminer des obstacles à l'accès aux services. Les parties prenantes clés au Togo doivent décider quelles questions sont primordiales ; les résultats de cette application du Modèle de Décision peuvent contribuer à faciliter le dialogue et identifier les questions prioritaires.

## ANNEXE 1. CADRE POLITIQUE DU MODÈLE DE DÉCISION<sup>910</sup>

Composants de la politique	Thèmes de la politique	Questions à Envisager
Cadre	i. Coordination et intégration	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Les niveaux d'intégration de responsabilités pour les services VIH à divers niveaux du gouvernement</li> <li>ii. L'intégration des services pour le VIH dans les documents de développement nationaux tels que le Plan National de Développement</li> <li>iii. Le niveau de coordination parmi les programmes de santé afférents (ex. prévention, soins et traitement du VIH et services de traitement et diagnostic des IST)</li> </ul>
	ii. Planification et prévisions du budget basées sur des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Est-ce que la programmation pour les populations est basée sur des preuves scientifiques (ex. profil épidémiologique, rapports de données désagrégées, estimations de taille exactes, rapport d'indicateur UNGASS et évaluation des services de la communauté) ?</li> <li>ii. Y-a-t-il un budget clairement défini couvrant la programmation pour les populations clés et cette allocation est-elle basée sur des données ?</li> </ul>
Partenariats communautaires	i. Engagement et participation de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Participation des représentants de populations clés et de membres d'organisations de populations clés au MSN et comités multisectoriels de coordination pour le VIH</li> <li>ii. Rôle des OSC et des ONG dans la prestation de services</li> <li>iii. Soutien de l'état pour l'établissement et le financement des OSC et des ONG</li> </ul>

<sup>9</sup> Adapté du cadre politique conçu par le HPP et AMSHeR pour la formation en politique et plaidoyer dans le cadre du projet multi-pays UTETEZI qui s'est tenu en 2013. Le cadre est utilisé pour aider les organisations de populations clés et les parties prenantes nationales à identifier les politiques qui restreignent ou facilitent l'accès des populations clés aux services pour le VIH et à utiliser les résultats pour le plaidoyer et le changement de politique.

<sup>10</sup> Le Modèle de Décision complète (en anglais) est disponible sur le site Web du HPP: [www.healthpolicyproject.com/t/HIVPolicyModels.cfm](http://www.healthpolicyproject.com/t/HIVPolicyModels.cfm)  
Si vous souhaitez obtenir une copie du modèle en français, email [policyinfo@futuresgroup.com](mailto:policyinfo@futuresgroup.com)

Composants de la politique	Thèmes de la politique	Questions à Envisager
Environnement Légal	i. Autorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Quelles agences ont le droit de fournir des services pour le VIH ?</li> <li>ii. Quels services exigent une autorisation spécifique et de la part de qui ?</li> <li>iii. Quels sont les rôles et responsabilités de la santé publique et des forces de l'ordre ?</li> </ul>
	ii. Consentement pour le traitement et le dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Quelles sont les stipulations des politiques concernant le consentement pour le dépistage et le traitement médical ?</li> <li>ii. Y-a-t-il des stipulations exigeant le consentement du conjoint ? Des restrictions d'âge ? Qui accorde le consentement pour les mineurs et pour quels services ?</li> <li>iii. Est-ce que les politiques indiquent clairement qu'un consentement informé est requis concernant la nature du dépistage et du traitement, les risques et les avantages ainsi que le droit de refuser l'intervention à tout moment sans encourir de punitions ?</li> <li>iv. Y-a-t-il des stipulations pour un dépistage et un traitement obligatoires ?</li> </ul>
	iii. Privauté et confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Qui a accès aux dossiers médicaux des clients ?</li> <li>ii. Y-a-t-il des politiques interdisant la divulgation des dossiers médicaux et des données ?</li> <li>iii. Y-a-t-il des stipulations exigeant la notification des parents/ tuteurs ou conjoints ?</li> <li>iv. Quelle est la procédure pour accorder l'accès au dossier médical d'un individu aux employeurs, ou dans le cadre de procédures judiciaires ?</li> </ul>
	iv. Fichiers	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Y-a-t-il des politiques qui réglementent la collecte de données pour des fichiers médicaux ou non-médicaux (par exemple des bases de données pour la recherche ou l'application des lois) ?</li> </ul>



Composants de la politique	Thèmes de la politique	Questions à Envisager
Environnement Légal	v. Stigmatisation et discrimination	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Y-a-t-il des politiques explicites contre la discrimination et quelles catégories sont protégées ?</li> <li>ii. Y-a-t-il des canaux clairement définis pour des recours contre la discrimination d'accès aux services – recours légaux ou médicaux ?</li> </ul>
	vi. Pénalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Est-ce que l'activité ou le comportement sexuels entre personnes de même sexe sont criminalisés ?</li> <li>ii. Est-ce que le travail du sexe est criminalisé ? Le travail du sexe des HSH ? Le travail du sexe des TG ?</li> <li>iii. Est-ce que la transmission du VIH est criminalisée ?</li> <li>iv. Y-a-t-il des lois condamnant les personnes qui fournissent des services aux groupes criminalisés pour complicité ?</li> </ul>
	vii. Violence domestique, sexuelle et basée sur le genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Y-a-t-il des politiques qui traitent de la violence domestique, sexuelle ou basée sur le genre ?</li> <li>ii. Est-ce que les politiques protègent les victimes / survivants de la violence domestique, sexuelle ou basée sur le genre ?</li> <li>iii. Est-ce que les populations clefs ont accès aux services médicaux pour les victimes de la violence, y compris la PPE ?</li> </ul>
	viii. Torture, traitement cruel et inhumain et punition	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Y-a-t-il des politiques qui interdisent la torture. et qui punissent les coupables ?</li> <li>ii. Y-a-t-il une reconnaissance de cas de torture dans les lieux fournissant des soins de santé, et des procédures légales claires en cas de recours ?</li> <li>iii. Est-ce que la thérapie ayant pour but la réparation et la correction de l'homosexualité est légalement interdite ou punie ?</li> <li>iv. Y-a-t-il des services de réhabilitation pour les personnes ayant survécu à la torture ?</li> </ul>

Composants de la politique	Thèmes de la politique	Questions à Envisager
Environnement Légal	ix. Suivi et respect des droits de l'homme	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Quels droits sont protégés dans la constitution, y compris la santé, le travail, la privauté et la non-discrimination ?</li> <li>ii. Y-a-t-il des organisations nationales ou provinciales qui ont pour mission de protéger les droits de l'homme et quelle est l'attitude de ces organisations envers les populations clefs ?</li> <li>iii. Y-a-t-il des mécanismes de respect des droits de l'homme disponibles pour les populations clefs ?</li> <li>iv. Accès à une aide légale ?</li> </ul>
Conception d'une intervention, accès et application	i. Acquisition et gestion des entrants (AGP) : médicaments et produits	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Quelle agence a le contrôle de l'AGP et est-ce que les populations clefs sont impliquées ?</li> <li>ii. Est-ce que la liste des médicaments essentiels inclut les produits tels que les préservatifs (homme et femme) et les lubrifiants ?</li> <li>iii. Est-ce que les populations clefs sont impliquées dans la sélection des produits ?</li> <li>iv. Y-a-t-il des processus efficaces pour estimer la quantité de produits et gérer les ruptures de stock ?</li> </ul>
	ii. Conception générale des services pour les droits et la SSR (DSSR), les IST et le VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Dans quelle mesure les services pour les DSSR, les IST et le VIH sont-ils intégrés ?</li> <li>ii. Quelle est l'efficacité des systèmes de référence interservices ? De la continuité des soins ?</li> <li>iii. Est-ce que les curricula de formation pour les agents et les prestataires de services pertinents (forces de l'ordre, travailleurs de santé, assistants sociaux ...) incluent le VIH, les droits de l'homme et les références interservices ?</li> </ul>
	iii. Conseils et Dépistage du VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Dépistage volontaire</li> <li>ii. Confidentialité et anonymat des services</li> </ul>
	iv. Thérapie antirétrovirale	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Est-ce que les protocoles pour le TAR fournissent l'accès aux populations clefs ?</li> <li>ii. Est-ce que les critères d'éligibilité pour les services de TAR excluent par inadvertance les populations clefs ?</li> </ul>

Composants de la politique	Thèmes de la politique	Questions à Envisager
Conception d'une intervention, accès et application	v. Préservatifs et lubrifiants	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Dans quelle mesure les préservatifs et les lubrifiants sont-ils accessibles ?</li> <li>ii. Ces produits figurent-ils dans les plans, les budgets et les allocations de fonds de l'état ?</li> <li>iii. L'accès à ces produits est-il conçu pour ne pas provoquer de stigmatisation ?</li> </ul>
	vi. Infections sexuellement transmissibles ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Est-ce que les critères d'éligibilité aux services pour les IST excluent par inadvertance les populations clefs ?</li> <li>ii. Y-a-t-il des services gratuits pour les IST?</li> <li>iii. Disponibilité des vaccins pour l'hépatite A et B et accès à ceux-ci ?</li> </ul>
	vii. Information, éducation et communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Les documents d'IEC pour le VIH contiennent-ils des messages appropriés pour les populations clefs ?</li> <li>ii. Les politiques imposent-elles des restrictions au contenu des documents d'IEC ?</li> <li>iii. Implication des populations clefs dans la conception du contenu de l'IEC au niveau national et provincial ?</li> </ul>
	viii. Programmes de sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Est-ce que les politiques fournissent des programmes de sensibilisation pour les populations clefs ? Des fonds de l'état pour les programmes de sensibilisation pour les populations clefs ?</li> <li>ii. Quel impact a l'environnement légal (surtout la pénalisation) sur les programmes de sensibilisation ?</li> </ul>

## ANNEXE 2. LISTE DES DOCUMENTS REVISES

---

1. Politique Nationale de la santé du Togo (2012)
2. Politique Nationale des interventions à base communautaire (2009)
3. Loi d'orientation décennale portant Politique Nationale de Santé (2012)
4. Plan National de Développement Sanitaire [PNDS] 2012–2015 (2012)
5. Politique Nationale de lutte contre le sida au Togo : Vision 2020 (2012)
6. Normes Sanitaires du Togo (2013)
7. Plan stratégique national de lutte contre le SIDA et les IST 2012–2015 (2012)
8. Plan opérationnel de lutte contre le Sida et les IST 2012–2013 (2012)
9. Document stratégique du pays 2011–2015 (2011)
10. Loi n°2009-007 portant code de la santé publique en république Togolaise (2009)
11. Loi n°2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction (2007)
12. Stratégie national de communication pour le changement de comportement an matière des IST, VIH-sida au Togo 2011–2015 (2011)
13. Plan National de Développement sanitaire 2009–2013 (2009)
14. Loi n° 2010 – 17 du 31 déc. 2010 portant protections des personnes en matière de VIH/SIDA (2010)
15. Politique national de lutte contre le VIH et sida sur le lieu de travail (2010)
16. Loi n°2006-010 du 13 décembre 2006, portant Code du Travail (2006)
17. Examen des politiques commerciales au Togo (2006)
18. Les principes et règles équitables pour le contrôle des pratiques commerciales restrictives, Togo (2010)
19. Politique migratoire et intégration régionale de l'Afrique de l'ouest (2005)
20. ARRETE N° 11 / 91 / MSP Portant Organisation des Services des Directions Centrales, Régionales et Préfectorales de la Santé (1991)
21. Cartographie du SR au Togo (2009)
22. Organigramme Ministère de la santé (2012)
23. Manuel de suivi et évaluation du SP/CNLS (2012)
24. Decret N° 2001-173 /PR portant création du conseil national de lutte contre le sida et les IST (2001)
25. Decret N°2004-054/PR du 28 janvier 2004 modifiant le Decret N° 2001-173 /PR portant création du conseil national de lutte contre le sida et les IST (2004)
26. Prise en charge du VIH, de la tuberculose et de la co-infection TB/VIH en milieu carcéral au Togo : Manuel de l'infirmier en prison (forthcoming)
27. Proposition du Togo au fond mondial, serie 8 (2008)
28. Stratégie nationale d'intégration du genre dans les politiques et programmes au Togo (2006)
29. Stratégie d'interventions des cellules sectorielles genre (2006)
30. Plan cadre d'assistance des nations-unies au Togo (2002–2006)
31. Document complet de stratégie de réduction de la pauvreté 2009–2011 (2010)
32. Annexe DSRP-C : Matrice des mesures (2010)
33. Réforme de l'Enseignement au Togo (1975)
34. Plan sectoriel éducation Togo (2010)
35. Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples Relatif aux Drotis des Femmes
36. Code de sécurité sociale (2011)
37. Note de politique agricole, Ministère de l'agriculture de l'élevage et de la pêche (2006)
38. Constitution de la IV République, révisée par la loi n°2002-029 du 31 Décembre 2002 et modifiée en son alinéa 1er par la loi n°2007-008 du 07 Février 2007 (2007)
39. Loi n°2011-014 portant organisation de l'activité statistique au Togo (2011)
40. Loi n°2007-012 du 14 Juin 2007 portant modification de la loi n°2000 (2007)
41. Loi n°2000-007 du 05 Avril 2000 modifiée par la loi n°2002-001 du 12 Mars 2002 (2002)
42. Loi n°2003-01 du 07 Février 2003 (2003)

43. Loi n°2005-001 du 21 Janvier 2005 et la loi n°2007-009 du 07 Février 2007 du code électoral (2005)
44. Loi n°80-1 instituant Code Pénal (1980)
45. Loi n°83-1 Instituant Code de Procédure Pénal (1983)
46. Loi n°2010-018 modifiant la loi n°005-12 du 14 Décembre 2005 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA (2010)
47. Loi instituant un régime obligatoire d'Assurance des Agents Publics et assimilés (2011)
48. Loi n°2007-017 portant Code de l'Enfant (2007)
49. Convention Collective Interprofessionnelle du Togo n°64/TT/L Ministère du Travail et de la Fonction Publique (1978)
50. Loi n°2012-014 Portant Code des Personnes et la Famille (2012)
51. Loi n°96-11 Fixant Statut des Magistrats (1996)
52. Loi n°2000-019 Portant Statut de Réfugiés au Togo (2000)
53. Arrêté n°0021/2013/MS/CAB/SG Portant Organisation des Service du Ministère de la Santé (2013)
54. Décret n°82-50 Portant Code de procédure Civile sur rapport du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice (1982)
55. Ordonnance n°78-35 Portant Organisation Judiciaire (1978)
56. LOI N°488 -du 1ER Septembre 1933 instituant organisation de Régime Pénitentiaire Indigent au Togo (1933)
57. Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH Bilan et Défis (2008)
58. Lutte contre le SIDA Cadre Stratégique National (2012)
59. Lutte contre le Sida : un cadre de concertation des SP/SE de la Zone UEMOA (N/D)
60. Cartographie de l'offre de surveillances de Santé- Rapport d'études (2011)
61. Cadre des Dépenses à Moyen terme- Secteur Santé 2012-2014 (2012)
62. Enquête auprès des apprenants des personnels administratifs et Enseignant. Rapport Général (2009)
63. Politique et normes en sante de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles du Togo (2009)
64. Protocoles de Santé de la Reproduction, Santé de la Mère, Santé de l'Enfant, Santé des Jeunes et Adolescents (es), Santé des Hommes 2ème édition T I décembre 2009 (2009)
65. Protocoles de Santé de la Reproduction Composantes Communes, Composantes d'Appui, 2ème édition T II décembre 2009 (2009)
66. Programme National de Promotion et de Protection des Droits de l'Homme 2007–2010 (2007)
67. Note des Elements Strategiques Prioritaires pour la Mise en Œuvre de la SCAPE de 2013-107 (2013)
68. Plan d'Action Annuel VIH/SIDA du MDHCDFC (2013)
69. Strategie de Croissance Acceleree et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) 2013–2017 (2013)
70. Poltique, Normes et Procedures du Conseil et Depistage du VIH au Togo, deuxième édition, Juin 2010 (2010)
71. Rapport Annuel PNLS Togo (2011)
72. Les comptes nationaux de sante – période 2002, rapport final de synthèse (2002)
73. Etude sur la gestion des préservatifs (Rapport final) (2009)
74. Système d'information sanitaire du Togo, plan directeur (2001)
75. Protocole de la santé de reproduction (SR) du Togo, TOME2 (2009)
76. Analyse de la situation du secteur de la santé au Togo (2011)
77. Document cadre de politique des pharmacies (2013)
78. Draft 1 National Pharmaceutical Policy—Togo version 22 05 2012 (2012)
79. Evaluation du Droit à la santé (2008)
80. Family Health international. Analyse Situationnelle des Soins et Prise en Charge du VIH/SIDA et des Infections Sexuellement Transmissible : Burkina Faso, Cameroun, Cote d'Ivoire, Togo (2001)
81. Guide de prise en charge des IST (2010)
82. Historique CAMEG (2011)
83. LINME VF 01 22 05 13 (2013)

84. Organisation et gestion des produits pharmaceutiques (2011)
85. Plan National de communication final (2013)
86. PNLS INFO (2009)
87. Prise en charge syndromique (N/D)
88. Protocole dépistage Togo (2010)
89. Togo Fonde Mondiale R8 (2012)
90. Politique et Norme validées 20 01 2010 (2010)
91. SPSR TOGO 2008\_2013 validé (2008)
92. Protocole de la santé de reproduction (SR) du Togo. TOME 1 (2009)
93. Cartographie nationale Santé (2007)
94. Principaux indicateurs (2006)
95. Principaux indicateurs (2007)
96. Principaux indicateurs (2008)
97. Principaux indicateurs (2009)
98. Principaux indicateurs (2010)
99. Principaux indicateurs (2011)
100. LN MEG (2012)
101. Normes, Standards : Axes stratégiques du SIS (N/D)
102. Normes Sanitaires (2013)
103. Arrêté n°11/91/MSP portant Organisation des Services de Directions Centrales, Régionales et Préfectorales de la Santé (1991)
104. Manuel de référence formation en CDV (2010)
105. MICS4\_final\_Togo (2010)
106. Rapport de l'étude de la gestion des préservatifs (2009)
107. Rapports UNGASS (2010)
108. REDES 2006–2007 (2009)
109. Fiche d'information sur les médicaments au Togo (2011)
110. ECHO DE L'OMS Togo N° 110 (2012)
111. Evaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks de médicaments antirétroviraux en Afrique de l'Ouest et du Centre (2011)
112. Liste révisée des médicaments (2013)
113. La CAMEG-TOGO (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels & Génériques du Togo) (2002)
114. Organisation et gestion des produits pharmaceutiques CAMEG (2011)
115. Extrait du Journal Officiel de la République Togolaise, 52e Année, N° 2 (2007)
116. Politique Nationale de Prévention Combinée et de Prise en Charge Globale des IST et du VIH dans les Populations Clés au Togo (en validation)

## ANNEXE 3. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

---

### Cadre — Coordination et Intégration

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 29 documents politiques togolais, y compris des lois, des codes, des réglementations, des cadres stratégiques nationaux, des plans stratégiques, des lignes directrices et des évaluations, pour évaluer si les politiques, mécanismes et organisations de coordination au niveau national 1) soutiennent le rattachement des programmes pour le VIH à ceux pour les IST et la SSR et 2) suivent les meilleures pratiques internationales pour répondre aux besoins des TS, des HSH, des TG et des détenus. Ces documents ont aussi été analysés pour déterminer si les politiques du secteur du VIH s'alignent sur les secteurs hors santé tels que l'éducation et le transport.

#### Points forts

- **Approche multisectorielle et décentralisée** présentée dans le Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA et autres documents politiques concernant le VIH
- **Coordination des services pour le VIH et les IST** aux services de SSR soulignée
- Rôles et responsabilités des **organisations gouvernementales et non-gouvernementales** sont définies pour le VIH, les IST la SSR ; les politiques soutiennent l'implication de la société civile et du secteur privé et la collaboration du gouvernement avec ceux-ci
- **Les populations clés (les TS, les HSH et les détenus) et les soins universels pour les PVVIH** sont inclus dans le Plan Stratégique National pour la Lutte contre le SIDA, d'autres documents politiques clés pour le VIH et le Plan National pour le Développement de la Santé
- **Le cadre politique pour la prévention et les soins du VIH et des IST parmi les populations clés** est en cours de validation
- **Les programmes pour le VIH et les IST** identifient l'engagement du gouvernement et les services pour atteindre des cibles de couverture pour les PS, les HSH, les détenus et les clients des PS (Programmes de VIH seulement)

#### Politiques Spécifiques Manquantes

- **Réponse multisectorielle**
  - La politique ne spécifie pas quels secteurs ou ministres sont inclus
  - Les documents politiques concernant le VIH autres que ceux du secteur de la santé n'existent pas ou bien n'incluent pas les PS, les HSH, les TG ni les détenus et /ou ne traitent pas des IST ou de la SSR
  - Il n'existe généralement pas de lignes directrices opérationnelles ni les normes avec des mécanismes d'application détaillés traitant du VIH et des IST dans les secteurs autres que la santé
  - Les comités et conseils consultatifs clés n'incluent pas les populations clés
- **Programmes de SSR**
  - Ne sont pas coordonnés avec les secteurs pertinents hors santé que ce soit les programmes ciblant la population générale ou les milieux carcéraux
  - Ne traitent que des CDV sans aucune inclusion d'autres aspects de l'intégration des programmes pour le VIH et les IST
- **Milieu carcéral**
  - Politique carcérale obsolète / non-existante mal alignée sur la politique pour le VIH et la SSR

- Aucune promotion de niveaux équitables de ressources et de services entre les services pour la communauté et les prisons dans les documents politiques
- Aucune mention des programmes pour le VIH, les IST ou la SSR pour les PS, les clients des PS, les TG ou les HSH
- **Programmation holistique et justification des programmes**
  - Base scientifique ou normes internationales non référenciées dans la conception de programmes pour le VIH, les IST ou la SSR
  - Stratégies de développement national ou de réduction de la pauvreté n'identifient pas les besoins ni les initiatives pour les PS, les TG et les HSH
  - Droits de l'homme des PS, des TG et des HSH ne sont ni identifiés ni inclus dans les programmes pour le VIH, les IST et la SSR, que ce soit pour la population générale ou le milieu carcéral

#### ***Autres obstacles***

- Coordination inadéquate entre les programmes et les services
- Application incomplète de l'intégration des services pour le VIH et les IST dans les services de SSR
- Interprétation erronée du code pénal nie aux détenus l'accès aux services de SSR, y compris les préservatifs et les lubrifiants



## Cadre — Planification et Allocations budgétaires basées sur des Données

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 33 documents politiques togolais, y compris des décrets, des codes, des cadres stratégiques nationaux, des plans stratégiques et des lignes directrices, pour évaluer s'ils contribuent à assurer une planification et des allocations budgétaires des programmes pour le VIH/SIDA basées sur des données.

### Points forts

- Les programmes pour le VIH et les IST identifient des services et un engagement du gouvernement pour atteindre les cibles de couverture pour les PS, les HSH et les détenus (programmes pour le VIH uniquement)
- Le décompte des populations et les décisions de financement prises sur des bases attestées pour les PS et les HSH suivent les normes internationales
- Les indicateurs UNGASS pour la plupart des populations à risque sont inclus dans des rapports

### Politiques Spécifiques Manquantes

- Programmes de SSR
  - N'identifient ni les services, ni les couvertures ciblées ni les résultats pour les HSH, les PS, les clients des PS et les TG
- Aucune obligation de collecte de données concernant l'incidence et le contexte de la violence sexuelle
- Clients des PS et TG
  - Services, couverture ciblée et résultats non mentionnés pour les programmes pour le VIH, les IST et la SSR
  - Aucune politique ni activités concernant le décompte des populations

### Autres Obstacles

- Données faibles concernant les HSH, les PS, les clients des PS, les TG et les détenus
- Budget VIH insuffisant ; financement limité du gouvernement

## Caadre — Partenariat communautaire

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 12 documents politiques togolais, y compris des décrets, des codes, des cadres stratégiques nationaux, des plans stratégiques et des lignes directrices, pour évaluer s'ils facilitent la participation du secteur privé et de la société civile à la conception et l'application des programmes de VIH/SIDA.

### Points Forts

- **Création et soutien d'organisations non-gouvernementales desservant les TS, les HSH et les détenus** dans des lieux communautaires soutenus par la politique pour le VIH et les IST
- **Des discussions** sont en cours pour inclure des représentants des populations clefs dans le Groupe de Travail pour les Interventions Ciblées sur les IST du PNLIS. Rien de formalisé.

### Politiques Spécifiques Manquantes

- **Engagement des PS, des TG et des HSH dans les processus de prise de décision**
  - L'implication des PS, des TG et des HSH dans la prise de décisions, la conception de politiques et l'évaluation de l'application des politiques n'est pas définie ni requise
  - La représentation au MCN des PS, des TG ou des HSH n'est pas requise ; le MCN n'inclut pas de représentants de ces diverses populations
- **Organisations non-gouvernementales**
  - La politique n'inclut pas l'établissement d'organisations non-gouvernementales desservant les TG ; ni d'organisations desservant les PS, les TG et les HSH dans le milieu carcéral

### Autres Obstacles

- Les associations menées par et incluant des HSH ne peuvent pas demander un statut officiel/ une reconnaissance officielle à cause de la pénalisation du comportement sexuel entre personnes de même sexe

## Cadre — Environnement Légal — Autorisation

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 6 documents politiques togolais, y compris des lois, le code pénal, des stratégies de santé publique nationales, des cadres stratégiques nationaux et des programmes, pour identifier l'agence ou les agences autorisées à fournir des services aux PS, aux TG et aux HSH dans le milieu communautaire ou carcéral.

### *Points Forts*

- **Autorisation générale** de la fourniture d'une gamme exhaustive de services de prévention et de traitements pour le VIH, les IST et la SSR
- **Les agences de santé publique** ont le droit de coordonner et de fournir des programmes de santé et de réduction des méfaits dans les lieux communautaires
- **Des politiques pour le VIH et les IST** conçues et en cours de validation qui identifient la gamme de services pour les PS, les TG et les HSH

### *Politiques Spécifiques Manquantes*

- **Il n'existe pas de politiques pour assurer le contrôle des services de santé en milieu carcéral et des protocoles médicaux** mais le contrôle semble revenir aux autorités carcérales et non pas aux autorités sanitaires et aux docteurs
- **TG ne sont pas mentionnés** dans les politiques pour le VIH, les IST et la SSR

### *Autres Obstacles*

- Les ruptures de stock de médicaments et de produits pour administrer les tests affectent la capacité des responsables de la santé publique d'offrir une gamme complète de services pour le VIH, les IST et la SSR

## Environnement Légal — Consentement

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 27 documents politiques togolais, y compris des lois sur le VIH, des normes et des protocoles sur le VIH, des cadres stratégiques nationaux, des plans d'action et des codes de conduite professionnelle, pour évaluer dans quelle mesure ils soutiennent les droits des patients et les meilleures pratiques internationales en ce qui concerne le consentement informé.

### Points Forts

- **Consentement individuel pour le dépistage et le traitement médical** pour le VIH, les IST et la SSR
  - Le consentement est requis et suit les normes internationales (exceptions ci-dessous)
  - Le dépistage et le traitement obligatoires ou mandatés sont interdits (exception ci-dessous)
- **L'accès aux informations et aux conseils** pour le VIH, les IST et la SSR est garanti quel que soit l'âge et le consentement des parents
- **L'éligibilité des PS aux services** ne dépend pas de leur abandon du travail du sexe

### Politiques Spécifiques Manquantes

- **Le consentement individuel pour le dépistage médical et le traitement ne sont pas clairement définis pour les IST et pour sauver la vie du patient**
- **La supervision médicale mandatée est permise pour les PS**
- **Des informations appropriées à l'âge concernant l'orientation sexuelle et l'identité de genre ne sont pas autorisées pour les curricula scolaires**
- **Il n'existe aucune garantie claire d'accès au dépistage et services médicaux** pour le VIH, les IST et la SSR pour les adolescents sans consentement des parents ; il y a des contradictions entre les lignes directrices pour les CDV et le nouveau cadre politique pour les populations clés
- **L'internement ou les procédures médicales ou psychologiques mandatées ou obligatoires** pour l'orientation sexuelle ou l'identité de genre ne sont pas spécifiquement interdites
- **Les politiques passent sous silence les réglementations pour obtenir le consentement des PS individuels** pour toute intervention pour les PS (ex. utilisation de préservatifs à 100%, organisation de raids et opérations de sauvetage)

### Autres Obstacles

- **Constats concernant des cas de « pressions » exercées par un agent de santé pour obtenir le consentement en particulier dans les lieux offrant des soins prénatals**

## Environnement Légal — Confidentialité des Données Personnelles

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 24 documents politiques togolais, y compris des lois, le code pénal, des normes et des protocoles, des cadres stratégiques nationaux et des plans d'action, pour évaluer dans quelle mesure ils adhèrent aux meilleures pratiques internationales concernant la confidentialité des données personnelles.

### Points Forts

- **Données médicales personnelles au niveau individuel**
  - Collecte, usage, divulgation, et/ou publication interdite sans le consentement individuel dans le milieu communautaire ou carcéral
- **Les violations de la confidentialité et les sanctions** pour la divulgation non autorisée d'informations confidentielles sont gérées par une agence indépendante

### Politiques Spécifiques Manquantes

- **Données médicales personnelles au niveau individuel**
  - Aucun accès garanti ni capacité de demander des corrections aux dossiers personnels médicaux
  - Les protocoles de notification des partenaires sont peu clairs concernant la protection de l'identité de l'individu ayant une maladie transmissible
  - La politique passe sous silence les détenus
- **Divulgation de données personnelles**
  - La divulgation de données médicales d'un mineur aux parents/ tuteurs ne permet pas d'établir des priorités pour défendre les intérêts de l'enfant
  - Les données médicales peuvent être divulguées sur demande d'une cour de justice ; les politiques ne protègent pas explicitement les HSH, les TG, les PS ni quiconque de l'admission des dossiers médicaux comme moyen d'attester de comportements illégaux et d'engager ou justifier des poursuites criminelles.

### Autres Obstacles

- Il existe des cas de violations de la confidentialité par les agents de santé
- La confidentialité pour les détenus est extrêmement problématique

## Environnement Légal — Fichiers

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 19 documents politiques togolais, y compris des lois, des normes et des protocoles, pour évaluer les restrictions, les directives et la protection des données personnelles concernant l'utilisation des fichiers médicaux et des fichiers de délinquants sexuels.

### *Points Forts*

- **Fichiers médicaux**
  - Ils suivent des règles strictes de protection des données et de confidentialité
  - Ils se focalisent sur la garantie de la qualité des services
  - Ils sont gérés par les autorités publiques de santé
- **Les fichiers de délinquants sexuels et autres fichiers non-médicaux pour les PS, les TG et les HSH**
  - Ils n'existent pas au Togo

## Environnement Légal — Stigmatisation et Discrimination

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 16 documents politiques togolais, y compris des articles de la Constitution du Togo, des lois sur la santé reproductive, des lois sur le VIH et des cadres stratégiques nationaux, pour identifier des mesures qui offrent des protections contre la stigmatisation et la discrimination pour les PVVIH et les populations clefs.

### Points Forts

- La stigmatisation et la discrimination des TS et des HSH sont mentionnées dans les politiques nationales pour le VIH et les IST
- Les protections nationales contre la discrimination (pour l'ensemble de la population et pour les PVVIH, aucune mention des PS, des TG ni des HSH)
  - Incluent l'éducation, le logement, l'emploi et les services de santé
  - Incluent les conditions de santé réelles ou perçues
  - Incluent la résidence / la citoyenneté
  - Incluent explicitement les détenus et les PVVIH
- Il est interdit d'inciter à la haine envers une personne sur la base de son statut VIH perçu ou réel

### Politiques Spécifiques Manquantes

- Aucune politique pour mesurer activement ou répondre à la S&D parmi les populations clefs
- Aucune mention de la stigmatisation et la discrimination dans les programmes de SSR nationaux
- Les protections nationales contre la discrimination
  - N'incluent pas explicitement les PS, les TG, les HSH ni la famille ou les associés des détenus
  - N'incluent pas les protections pour les individus qui engagent des poursuites pour discrimination
  - N'incluent pas les sources de revenu
  - N'incluent pas l'orientation sexuelle
  - N'incluent pas l'identité de genre
- Les politiques ne fournissent aucun recours légal contre les lois, enseignements ou pratiques coutumières qui affectent le statut ou le traitement des TG, des PS et des HSH
- Il n'y a aucune interdiction claire et nette contre l'incitation à la haine envers les PS, les TG et les HSH

### Autres Obstacles

- Les croyances et normes religieuses et culturelles condamnant le travail du sexe et les relations sexuelles entre personnes de même sexe
- La stigmatisation et la discrimination endémiques contre les PS et les HSH, y compris les agressions verbales et physiques
- Les violations du code éthique des agents de santé sous la forme d'insultes verbales contre les PS et les HSH et du refus de prestation de soins, ce qui incite les PS et les HSH à ne pas demander de soins et/ou à se soigner eux-mêmes
- Rapports soumis par des PS et des HSH victimes de S&D de la part des forces de l'ordre

- Pression pour avoir des relations hétérosexuelles comme couverture sociale
- Stigmatisation et discrimination des PS et des HSH dans les médias



## Environnement Légal — Pénalisation/Définitions

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 16 documents politiques togolais, y compris les codes, lois et le cadre stratégique national pour le VIH et les IST, afin d'évaluer l'utilisation de définitions qui peuvent avoir un impact sur l'application des lois et politiques.

### Points Forts

- **Aucune pénalisation de la transmission du VIH**
- **Le trafic humain est défini comme l'acquisition de personnes par des moyens impropres**
- **Les PS**
  - Le silence \* concernant la légalité de l'offre ou de la demande rémunérée de rapports sexuels, sauf dans les cas de racolage ou de proxénétisme
  - Des alternatives à l'incarcération sont identifiées
  - La protection de poursuites judiciaires pour les PS qui ont été victimes de trafic ou ont subi d'autres formes de coercition pour se prostituer
- **Les TG**
  - **Silence\*** sur la légalité de l'identité TG ou de la non-conformité de genre
- **Les rapports sexuels extraconjugaux** ne sont pas réglementés par des sanctions criminelles ou financières
- **La prévention, les soins et le traitement du VIH**
  - La politique soutient nettement les efforts d'IEC, de prévention, de soins et de traitement

\*Le silence politique peut être une force ou une faiblesse selon le contexte politique dans son ensemble

### Politiques Spécifiques Manquantes

- **Il existe des lois pénalisant les relations sexuelles entre personnes de même sexe et le racolage par les professionnels du sexe**
  - Les PS encourent **des peines croissantes** en cas de multiples condamnations
- **Le traitement médical ou psychologique** afin de guérir l'homosexualité ou la non-conformité de genre n'est pas clairement interdit

### Autres Obstacles

- L'utilisation de lois sur le racolage par les forces de l'ordre pour harceler et détenir les PS et les HSH qui ne racolent pas
- Les rapports concernant la violence et l'extorsion contre les PS et les HSH perpétrées par la police
- Des politiques carcérales obsolètes ou inexistantes

#### Note

Une légalisation en faveur des PS, des TG et des HSH et l'ajout de définitions favorables dans le code pénal pourraient mener à une levée de boucliers, étant donné le contexte culturel au Togo. Des progrès nets contre la stigmatisation et la discrimination sont nécessaires avant de faire tout changement dans ce type de législation.

## Environnement Légal — Violence Basée sur le Genre

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 22 documents politiques togolais, y compris des lois, le code pénal, des programmes, des lignes directrices, et les cadres stratégiques nationaux pour le VIH et les IST, afin d'évaluer le cadre légal et réglementaire actuel en ce qui concerne l'attention accordée à la VBG et à la lutte contre celle-ci.

### Points Forts

- Les punitions sont équivalentes pour le viol dans le cadre du mariage et hors de celui-ci
- L'accès aux processus pour soumettre des plaintes pour les professionnels du sexe qui sont victimes d'abus sexuel perpétré par leur employeur ou leurs clients (mais voir Autres Obstacles)
- L'accès au traitement et aux conseils médicaux pour les détenus clairement défini dans la loi sur le VIH (mais il existe des obstacles à son application à cause du manque de politique carcérale)
- Les réglementations concernant la déclaration de violences domestiques ne requièrent pas de révéler tout incident aux forces de l'ordre
- L'accès aux refuges pour les victimes de violences domestique n'est pas restreint pour les HSH, les TG et les PS (silence politique sur ce sujet)
- Les détenues sont séparées des détenus
- Le sexe non-consensuel est interdit dans les prisons

### Politiques Spécifiques Manquantes

- Le viol n'est pas clairement défini et n'inclut pas clairement les assaillants et victimes des deux sexes et n'inclut pas clairement la pénétration orale, vaginale et anale ; les divers documents ne sont pas alignés
  - Les crimes d'honneur basés sur l'orientation sexuelle ou l'identité sexuelle ne sont pas clairement interdits
  - L'accès au traitement médical n'est pas clairement fourni pour les PS, les TG et les HSH qui sont victimes de violences sexuelles
  - L'accès à la prophylaxie post-exposition n'est pas garanti
  - Le logement des détenus TG avec des femmes n'est pas clairement mandaté
  - Les structures pour punir et /ou ségréguer les prédateurs sexuels dans les prisons ne sont pas fournies
  - Le manque de politique carcérale présente des obstacles pour l'application des politiques pour la VBG et le VIH

### Autres Obstacles

- Les PS n'engagent pas de poursuites pour les abus sexuels
  - Ils ne sont pas au courant de leurs droits
  - Ils ont honte ou peur face aux forces de l'ordre

## Environnement Légal — Punitions ou Traitements Cruels, Inhumains ou Humiliants

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 4 documents politiques, y compris la Constitution du Togo et le Code Pénal pour identifier des protections pour les populations clefs contre les punitions ou traitements cruels, inhumains ou humiliants.

### *Points Forts*

- Les punitions ou traitements cruels, inhumains ou humiliants sont interdits tant dans la communauté qu'en milieu carcéral

### *Politiques Spécifiques Manquantes*

- Aucune indication que l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont préservées de la torture ou de mauvais traitements
- Il n'existe aucun système de recours ni de sanctions pour les punitions ou traitements cruels, inhumains ou humiliants

### *Autres Obstacles*

- Les actes cruels, inhumains ou humiliants ne sont pas déclarés à cause de la stigmatisation et de la discrimination
  - Les croyances et les normes culturelles et religieuses menant à la stigmatisation et la discrimination
  - Le traitement cruel, inhumain ou humiliant des HSH et des TS au sein de leur famille ou de leur communauté

## Environnement Légal — Suivi et Application des Droits Humains et Légaux

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 10 documents politiques, y compris la Constitution du Togo, des codes et des articles de loi, et des traités et conventions internationaux signés par le Togo, pour examiner l'existence, le suivi et l'application des droits humains et légaux.

### Points Forts

- **Droits humains internationaux**
  - La ratification générale des conventions et traités internationaux
  - La reconnaissance de la suprématie des lois internationales ratifiées sur la législation nationale
  - La reconnaissance des entités internationales régissant les droits de l'homme
- Des organisations indépendantes anti-corruption sont autorisées
- Il est illégal pour les fonctionnaires de demander des dessous-de-table, de pratiquer la coercition ou l'extorsion

### Politiques Spécifiques Manquantes

- Les relations entre personnes de même sexe ne font l'objet d'aucune reconnaissance officielle (illégales selon la loi togolaise)
- L'orientation sexuelle ou l'identité de genre ne sont pas reconnues comme justifiant l'obtention de l'asile.
- Les professionnels de sexe n'ont pas de protection ni des bénéfices sociaux comme d'autres occupations.
- Aucun encouragement financier ou professionnel identifié pour les officiers des forces de l'ordre qui ne criminalisent pas les PS, les TG ou les HSH ou réfèrent ces personnes vers des services
- Les définitions du handicap qui n'incluent pas la perte de fonctions ou de la capacité de gagner sa vie à cause d'une infection VIH
- Des droits à l'éducation pour les TG et les HSH qui ne sont pas garantis et des actes de persécution à l'école sur la base de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre qui ne sont pas interdits
- Aucun processus clair pour des permis de résidence alignés sur le genre pour les TG
- Les organismes anti-corruption n'autorisent pas la participation de la société civile
- Des campagnes publiques de sensibilisation contre la corruption ne sont pas identifiées
- L'éducation sur les droits légaux n'est pas fournie par l'état pour les PS, les TG, les HSH ni les détenus
- Le versement aux fonctionnaires des salaires équivalents à ceux du secteur privé n'est pas mentionné comme étant un objectif
- Des obligations et un processus peu clairs pour obtenir un permis de résidence

### Autres Obstacles

- Abus perpétrés par la police des PS, des HSH et des détenus

## Conception de l'Intervention, Accès et Application — Acquisition et Gestion de l'Approvisionnement

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 14 documents politiques togolais, y compris des décrets ministériels, des lois, des réglementations, des plans stratégiques, des lignes directrices, des évaluations et des cadres stratégiques nationaux, pour évaluer le système d'Acquisition et de Gestion de l'Approvisionnement (AGA) pour les médicaments et les produits contre le VIH. L'évaluation s'est focalisée sur le statut de la chaîne d'approvisionnement générale, les systèmes d'acquisition et de prévision au Togo et le système d'AGA pour les médicaments et les produits pertinents pour la prévention, les soins et le traitement du VIH pour les populations clefs, y compris les ARV et les tests de laboratoire pour gérer le TAR.

### Points Forts

- Les organismes de supervision de l'AGA sont identifiés
- Les normes d'assurance qualité sont identifiées
- Un système décentralisé pour l'acquisition et l'appel d'offres internationales sont permis

### Politiques Spécifiques Manquantes

- Les organismes de supervision de l'AGA n'ont pas de représentants des organisations non-gouvernementales et ne maintiennent pas de fichiers d'acquisition ouverts au public
- Les médicaments essentiels ne correspondent pas à la liste de médicaments de l'Organisation Mondiale de la Santé
- Il n'existe pas de mécanismes pour la participation des PS et des HSH à la sélection des produits de réduction des méfaits
- Les prévisions de produits ne sont pas basées sur une estimation ou un constat des besoins
- Il n'y a pas de financement pour le stockage, la distribution et la logistique

### Autres Obstacles

- Piètre application des normes d'assurance qualité
- Des ruptures de stock fréquentes d'ARVs, de kits pour les ITS et de lubrifiants
- Des documents attestant de l'usage des produits et des bons de commande mal remplis au niveau des districts et des centres de santé
- Une nouvelle politique d'acquisition utilisant un système d'appel d'offres pour les prisons a découragé les candidats et mené à des ruptures de stock en prison

## Conception de l'Intervention, Accès et Application — Conception des Services Généraux

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 20 documents politiques togolais, y compris des lois, le Code Pénal, le cadre stratégique, des lignes directrices, des normes et protocoles, et des évaluations, pour évaluer la conception de services en se focalisant particulièrement sur l'intégration des services pour le VIH et les IST dans la SSR, les mesures pour lutter contre la violence domestique et sexuelle, la disponibilité des services et la formation liée au VIH.

### Points Forts

- Les services doivent avoir des protocoles pour évaluer les besoins pour la SSR, les IST et le VIH
- Des mécanismes de référence vers d'autres services sont identifiés
- Un accès égal pour les hommes et les femmes est garanti

### Politiques Spécifiques Manquantes

- Des protocoles pour l'évaluation des risques en matière de violence domestique et sexuelle pour les PS, les TG et les HSH ne sont pas identifiés
- L'accès égal pour les PS, les TG et les HSH n'est pas spécifiquement garanti ; la loi sur le SR garantit l'accès égal pour tous les citoyens mais ne fait pas de référence spécifique à ces populations
- Aucun mécanisme pour assurer la continuité des soins au sein de la communauté et des centres de détention/incarcération/garde de vue et entre ces deux lieux
- Aucun mécanisme pour inclure les PS, les TG et les HSH à la conception de protocoles et au suivi et à l'évaluation
- N'interdit pas l'usage obligatoire de la planification familiale en tant que condition préalable pour recevoir des services
- Ne garantit pas l'accès pour les femmes qui sont enceintes ou ont des enfants
- Aucune formation obligatoire pour les forces de l'ordre, les juges, le personnel des prisons, les professeurs ou les agents de santé dans les domaines suivants :
  - Ethique et droits de l'homme
  - Stigmatisation et discrimination
  - Violence domestique et sexuelle
  - Sexualité humaine
  - Besoins spécifiques des PS, des TG et des HSH
  - Références entre les forces d'ordre, les services médicaux et services de réduction des méfaits
  - Hépatite, TB et VIH (sauf pour les curricula professionnels des agents de santé)
- Les services ne sont pas garantis à des heures convenant à tous les clients
- Manque de politique carcérale claire hormis la politique sur le VIH

### Autres Obstacles

- Obstacles financiers à l'accès aux services
- Les services pour les PS et les HSH ne sont offerts que dans les grands centres urbains, surtout à Lomé

- Les pharmacies d'urgence, les cliniques et les hôpitaux ne sont pas toujours accessibles pour les PS, les TG et les HSH à cause de la stigmatisation et la discrimination
- Les sous-groupes de HSH craignent d'être reconnus dans des centres de santé réservés aux HSH, refus de révéler les symptômes d'IST dans les centres de santé desservant la population générale, crainte de la stigmatisation et de la discrimination
- Manque de confidentialité lié à la S&D en milieu carcéral
- S&D contre les PS et les HSH
- Agents de santé refusent de traiter les PS et les HSH, en citant des raisons religieuses ou morales

## Conception de l'Intervention, Accès et Application — CD pour le VIH

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 11 documents politiques togolais, y compris des lois sur le VIH, des cadres stratégiques nationaux, des rapports de financement, et des manuels de références, pour évaluer la qualité des services de CDV et l'inclusion de composants spécifiques au Togo. L'équipe d'évaluation a aussi évalué l'accès aux services de CDV pour les populations clefs.

### Points Forts

- **CDV gratuits** pour tous (mais aucune mention des PS, des TG et des HSH)
- **Algorithmes de dépistage rapide** disponibles pour diagnostiquer l'infection du VIH dans les lieux communautaires
- Dépistage **confidentiel et anonyme** disponible (mais veuillez consulter Politiques Spécifiques Manquantes)
- **Prestataires de services gouvernementaux et non-gouvernementaux** autorisés
- **Protocoles internationaux** adoptés pour les conseils, le consentement et la référence (mais veuillez consulter Politiques Spécifiques Manquantes)

### Politiques Spécifiques Manquantes

- **Les PS, les TG et les HSH**
  - Non impliqués dans la conception des protocoles
  - Non impliqués dans le suivi et l'évaluation des programmes
- **Le dépistage rapide à base de salive** n'est pas autorisé
- **Des exceptions au consentement informé**, y compris des politiques peu claires pour les mineurs en ce qui concerne le consentement des parents ou tuteurs
- **Les prisonniers n'ont pas accès garanti** au dépistage et conseils volontaires et confidentiels pour le VIH

### Autres Obstacles

- La stigmatisation et la discrimination des PS, des TG, des HSH et des PVVIH les découragent d'utiliser les services de CDV
  - Une double stigmatisation pour les PS et les HSH vivant avec le VIH
  - Les PS craignent de perdre des clients



## Conception de l'Intervention, Accès et Application — TAR

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 15 documents politiques togolais, y compris les lois, des cadres stratégiques et des lignes directrices, pour évaluer la disponibilité et l'accessibilité du TAR pour les populations clefs et identifier des obstacles à l'utilisation du TAR.

### Points Forts

- **TAR gratuit** autorisé pour toutes les personnes vivant avec le VIH/les PVVIH (voir Politiques Spécifiques Manquantes et Autres Obstacles)

### Politiques Spécifiques Manquantes

- **Les PS, les TG et les MSM** ne sont pas spécifiquement identifiés comme bénéficiaires des TAR ; une politique pour toutes les PVVIH
- **Silence concernant l'accès des détenus au TAR**
- **Silence concernant les restrictions d'usage d'alcool et de drogues** pour avoir accès au TAR
- **Frais pour services afférant**
- **Lacunes de services afférant**, y compris les protocoles pour le VIH et la coïnfection de l'hépatite A, B et C

### Autres Obstacles

- Ruptures de stocks des ARV
- Il n'y a que 25 appareils de numération des CD4 dans tout le pays
- Décentralisation limitée
  - Le coût et le temps de déplacement vers les cliniques offrant le TAR
- La stigmatisation et la discrimination contre les PVVIH, les PS, les HSH, les TG et les détenus les découragent d'utiliser des services offrant un TAR

## Conception de l'Intervention, Accès et Application — IST

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 24 documents politiques togolais, y compris les lois pour la SR, les cadres stratégiques nationaux, les normes et protocoles et les lignes directrices pour évaluer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des services pour les IST pour les populations clefs.

### Points Forts

- Services de gestion syndromique autorisés
- Traitement périodique présomptif autorisé
- Nombre limité de services spécialisés pour les PS
- CDV disponibles dans les cliniques pour IST

### Politiques Spécifiques Manquantes

- Financement de l'état non garanti
- Les PS, les TG et les HSH
  - N'ont pas de priorité pour les services gratuits (autres que les PS par le biais du financement du FNUAP)
  - Pas de services spécialisés pour les HSH et les TG (nombre limité d'OSC dans les centres urbains)
- Pas de vaccin gratuit de l'hépatite A ni B
- Traitement présomptif du partenaire non autorisé
- Aucune protection concernant les risques légaux encourus par l'agent de santé qui applique des protocoles syndromiques, périodiques, présomptifs ou pour les partenaires plus rapides
- Le dépistage oral, vaginal ou anal n'est pas inclus dans tous les protocoles (nouveau cadre de travail en cours de validation)
- Les pharmaciens et autres prestataires de soins de santé informels ne sont pas autorisés à fournir une gestion syndromique du traitement périodique présomptif (disponible sous l'égide de SIDA III mais pas de politique)
- Les services ne sont pas disponibles en milieu carcéral

### Autres Obstacles

- Ruptures de stock fréquentes des kits pour les IST subventionnés par le gouvernement
  - Coût du traitement durant les ruptures de stock
- La stigmatisation et la discrimination des PS, des TG, des HSH et personnes vivant avec des IST les découragent d'utiliser les services pour les IST

## Conception de l'Intervention, Accès et Application — Préservatifs et Lubrifiants

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 26 documents politiques togolais, y compris les politiques concernant les pharmacies, la SSR et le VIH, pour évaluer l'offre et l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants. Les préservatifs et les lubrifiants jouent un rôle dans la prévention du VIH parmi les populations clefs.

### Points Forts

- L'éligibilité n'est pas restreinte sur la base du casier judiciaire
- Les PS gardent le pouvoir de décision concernant l'usage du préservatif
- Les autorités de santé publique assurent le suivi de l'utilisation et l'efficacité des programmes
- L'utilisation pendant les rapports sexuels occasionnels ou réguliers et avec d'autres méthodes de contrôle des naissances est recommandée
- Spécifications de l'OMS/ FNUAP référencées

### Politiques Spécifiques Manquantes

- Le financement de l'état n'est pas garanti
- Les PS, les TG et les HSH
  - N'ont pas de priorité pour les services gratuits
- Lubrifiants non fournis
- Accès refusé aux détenus

### Autres Obstacles

- Ruptures de stock fréquentes de préservatifs et de lubrifiants
  - non disponibles hors des centres urbains
  - grandes boîtes disponibles en pharmacie
    - Difficultés de transport
    - Coûteux
- La stigmatisation et la discrimination des PS et des HSH les découragent de porter des P/L et d'accéder aux services offrant des P/L

## Conception de l'Intervention, Accès et Application — IEC

L'équipe d'application du HPP a analysé 16 documents politiques togolais, y compris des lois sur le VIH, la politique de communication nationale et des cadres stratégiques nationaux, pour identifier les politiques qui présentent des défis ou des avantages pour une IEC adaptée aux populations clefs.

### *Points Forts*

- L'éligibilité n'est pas restreinte sur la base du casier judiciaire
- Les informations spécifiques pour les PS, les TG et les HSH ne sont pas restreintes

### *Politiques Spécifiques Manquantes*

- Le financement de l'état n'est pas identifié
- Les informations spécifiques pour les PS, les TG, les HSH ne sont pas garanties

### *Autres Obstacles*

- Des IEC pour les HSH et les TG ne sont pas disponibles
- La stigmatisation des PS, des HSH et des TG présente des obstacles pour la conception et la distribution d'IEC

## Conception de l'Intervention, Accès et Application — Sensibilisation

L'équipe d'évaluation du HPP a analysé 17 documents politiques togolais, y compris la Politique Nationale sur les Interventions à Base Communautaire, les lois sur le VIH et les cadres stratégiques et lignes directrices pour le VIH, pour identifier des politiques qui restreignent ou facilitent la sensibilisation à la prévention du VIH. La sensibilisation joue un rôle dans la prévention du VIH parmi les populations clefs et la distribution d'informations concernant les services disponibles pour le VIH.

### *Points Forts*

- Une large gamme de services exhaustifs sont autorisés (mais veuillez consulter Politiques Spécifiques Manquantes)
- Le gouvernement offre un fort soutien à la sensibilisation des OBC
- Inclut les meilleures pratiques pour les personnes chargées de la sensibilisation

### *Politiques Spécifiques Manquantes*

- Les détenus n'ont pas d'accès garanti aux services

### *Autres Obstacles*

- La stigmatisation et la discrimination des PS et des HSH obligent ces populations à rester cachées
- La pénalisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe et du racolage dans les rues publiques
- Les ruptures de stock de préservatifs et de lubrifiants
- Le manque de documents d'IEC spécifiques pour les PS et les HSH
- L'hétérogénéité des populations
- Les questions de sécurité pour les personnes chargées de la sensibilisation

## Conception de l'Intervention, Accès et Application — Réduction des Méfaits dus à l'Abus d'Alcool et de diverses Substances

L'équipe d'évaluation du HPP n'a pas réussi à trouver de programmes de réduction des méfaits Togo. La Politique Nationale de Santé inclut un appel à réduire les facteurs de risques tels que l'abus d'alcool et de diverses substances et le PSN identifie des activités pour les utilisateurs de drogues intraveineuses mais n'inclut pas d'activités pour réduire les méfaits dus à l'abus d'alcool et de diverses substances.

### *Points Forts*

- Reconnaissance de l'alcool comme facteur de risque
- Mention de la réduction des méfaits dus à l'alcool dans l'IEC, la sensibilisation et les programmes dans un nouveau cadre politique pour les populations à risque (en cours de validation)
- La distribution gratuite de seringues est identifiée dans le kit minimal de services dans le nouveau cadre politique pour les populations à risque (en cours de validation)

### *Politiques Spécifiques Manquantes*

- Les services de réduction des méfaits dus à l'abus d'alcool et de diverses substances ne sont pas disponibles

### *Autres Obstacles*

- Pénalisation et S&D de l'abus de substances

## Conception de l'Intervention, Accès et Application — SSR

L'équipe d'évaluation du HPP a examiné 19 documents politiques togolais, y compris des lois, des cadres stratégiques et des lignes directrices, pour évaluer la disponibilité et l'accessibilité des services de SSR qui suivent les meilleures pratiques internationales.

### Points Forts

- Services complets autorisés (mais veuillez consulter Politiques Spécifiques Manquantes)
- CDV autorisé dans les services de SSR
- Contraception d'urgence autorisée

### Politiques Spécifiques Manquantes

- Financement de l'état n'est pas garanti
- La prestation de services pour les PS, les HSH et les TG ne fait pas l'objet d'une mention spécifique ; politique pour tous les citoyens
- Les détenus manquent d'accès à cause du manque de politique carcérale et de l'interprétation du code pénal
- Accès limité à l'avortement
  - Viol
  - Inceste
  - Menace pour la santé ou la vie de la mère
  - Diagnostique de condition « spécifique, sérieuse » du fœtus

### Autres Obstacles

- Stigmatisation et discrimination des PS, des TG et des HSH
  - Agents de santé refusent les soins, en citant des raisons religieuses ou morales
- Coût

## RÉFÉRENCES

---

- Barnett, T., and A. Whiteside. (2006). "Chapter 3, Responses." *AIDS in the Twenty-first Century: Disease and Globalization, Second Edition*. Pp. 316–346. New York: Palgrave Macmillan.
- Beardsley, K., et al. (2013). *Policy Analysis and Advocacy Decision Model for HIV-Related Services: Males Who Have Sex with Males, Transgender People, and Sex Workers*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
- Beryer, C., AL.Wirtz, D.Walker, B. Johns, F. Sifakis, and S.D. Baral. (2011). *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men (MSM)*. Retrieved May 22, 2013, from <http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821387269;jsessionid=26o96h15ujcrm.z-wb-live-01>.
- Beryer, C., F. van Griensven, S.D. Baral, S. Goodreau, S.Chariyalertsak, A.Wirtz, and R. Brookmeyer. (2012). "Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men." *The Lancet* 280(9839): 367–377.
- Case, K., P.Ghys, E. Gouws, J. Eaton, A. Borquez, J. Stover, P. Cuchi, L. Abu-Raddad, G. Garnett, T. Hallett, and on behalf of the HIV Modelling Consortium. (2012). *Understanding the modes of transmission model of new HIV infection and its use in prevention planning*. WHO Bulletin. Retrieved on June 10, 2013, from <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-102574/en/index.html>.
- CCM-Togo. (2008). *Renforcement et extension des services de prévention et de la prise en charge globale des PVVIH dans le cadre de l'accès universel au Togo*. Togo Proposal for GFATM Series 8.
- CHALN. (2007). *A Human Rights-based Commentary on UNAIDS Guidance Note: HIV and Sex Work (April 2007)*. Retrieved January 9, 2012, from <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=780>.
- Dutta, A., and M. Maiga. (2011). *An Assessment of Policy toward Most-at-Risk Populations for HIV/AIDS in West Africa*. Accra: Action for West Africa (AWARE-II) Project.
- Fay, H., S.D. Baral, et al. (2010). "Stigma, health care access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia and Botswana." *AIDS Behavior*. DOI 10.1007/s10461-010-9861-2.
- FHI 360/ACI. (2013). *Projet régional de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest : Needs Assessment*. PACTE-VIH.
- Government of Togo (GOT). (1980). *Loi n°80-1 instituant Code Pénal*. National Assembly Togo.
- GOT. (1992). *Constitution de la IV République, révisée par la loi n°2002-029 du 31 Décembre 2002 et modifiée en son alinéa 1er par la loi n°2007-008 du 07 Février 2007*. National Assembly Togo.
- GOT. (2007a). *Loi N° 2007 – 005 du 10 janvier 2007 sur la Santé de la Reproduction*. National Assembly Togo.
- GOT. (2007b). *Loi n°2007-017 portant Code de l'Enfant*. National Assembly Togo.
- GOT. (2009). *Loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant Code de la Santé Publique de la République Togolaise*. National Assembly Togo.
- GOT. (2010a). *Loi n°2010-018 modifiant la loi n°005-12 du 14 Décembre 2005 portant protection des personnes en matière du VIH/SID*. National Assembly Togo.



GOT. (2010b). *Accelerated Growth and Sustainable Development Strategy (SCADD)*. Government of Togo.

GOT. (2011). *Loi n°2011-014 portant organisation de l'activité statistique au Togo*. National Assembly Togo.

Green, E., D. Halperin, et al. (2006). "Uganda's HIV prevention success: the role of sexual behavior change and the national response." *AIDS Behavior*, 10 (4): 335–346.

Guiard-Schmid. (forthcoming). *Politique Nationale de Prévention Combinée et de Prise en Charge Globale des IST et du VIH dans les Populations Clés au Togo*. Prepared for SP/CNLS with support from PACTE-VIH.

International Planned Parenthood Federation (IPPF), United Nations Population Fund, Young Positives and the Global Coalition on Women and AIDS. (2007). *Make It Matter— 10 Key Advocacy Messages to Prevent HIV in Girls and Young Women*. London: IPPF.

Larmarange, J. (2010). "Homosexuality and bisexuality in Senegal: a multiform reality." *Population* (english edition) 64(4): 635–666.

Larmarange, J., A.S. Wade, et al. (2010). "Men who have sex with men (MSM) and factors associated with not using a condom at last sexual intercourse with a man and with a woman in Senegal." *PLoS ONE* 5(10): e13189.

Lowndes, C.M., M. Alary, et al. (2008). *West Africa HIV/AIDS Epidemiology and Response Synthesis*. Global AIDS Monitoring and Evaluation Team (GAMET). Washington, DC: The Global HIV/AIDS Program, The World Bank.

Mah, T.L., and F. J. Dibba. (2008). *HIV/AIDS in The Gambia: A Qualitative Assessment of Most-at-risk Populations*. Banjul: National AIDS Secretariat, United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), and United Nations Development Program.

Manandhar, D., D. Osrin, et al. (2004). "Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial." *The Lancet*, 364: 970–79.

Me-Tahi, B., and S. Anato. (2010). *Analyse de la Situation sur l'Homosexualité Masculine et le VIH/SIDA dans le contexte du Togo*. Retrieved July 28, 2013, from <http://www.snu.tg/bonus/sites/default/files/Homosexualite%20Masculine%20et%20le%20VIH-SIDA%20dans%20le%20Contexte%20du%20Togo%20-%20Fevrier%202010.pdf>.

Ministry of Health (MOH). (2008). *Strategic Plan for Reproductive Health in Togo 2008–2012*. Lomé: MOH.

MOH. (2009a). *National Health Policy*. Lomé: MOH.

MOH. (2009b). *National Strategy for Community-based Interventions*. Lomé: MOH.

MOH. (2009c). *Reproductive Health Protocol in Togo: TOME II*. Lomé: Ministry of Health.

MOH. (2012a). *Politique Pharmaceutique Nationale*. Lomé: Ministry of Health.

MOH. (2012b). *Liste Révisée des Médicaments*. Lomé: Ministry of Health.

MOH. (2013). *Plan Strategique Pharmaceutique Nationale 2013–2015*. Lomé: Ministry of Health.

- Ministry of Justice (MOJ) and United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2010). *Prise en Charge du VIH, de la Tuberculose et de la co-infection Tuberculose/VIH en milieu carcéral au Togo : Manuel de l'Infirmier de la Prison*. Lomé: MOJ and UNODC.
- Ministry of Social Affairs and the Promotion of Women (MSAPW) and United Nations Development Program (UNDP). (2006). *National Strategy for the Integration of Gender in Policies and Programs in Togo*. MSAPW and UNDP.
- Odendal, L. (2013). "How can most-at-risk populations be encouraged to seek HIV testing?" AIDSmap July 3, 2013. <http://www.aidsmap.com/How-can-most-at-risk-populations-be-encouraged-to-seek-HIV-testing/page/2692136/>.
- Pitché, P., K. Gbetoglo, B. Saka, S. Akakpo, D. Essoya Landoh, S. d'Almeida, A. Kere Banla, D. Sodji, and K. Deku. (2013). "HIV prevalence and behavioral studies in female sex workers in Togo: a decline in the prevalence between 2005 and 2011." *The Pan African Medical Journal* 15: 62.
- Population Services International (PSI). (2006). *Case Study Togo : Improving Access to HIV Prevention Messages and Services among Men Who Have Sex with Men in Togo*. Washington, DC: PSI. Retrieved July 25, 2013, from [http://www.engagingmen.net/files/resources/2011/frutayisire/Togo\\_Case\\_Study.pdf](http://www.engagingmen.net/files/resources/2011/frutayisire/Togo_Case_Study.pdf).
- Programme National de Lutte contre le Sida et les IST au Togo (PNLS). (2010a). *HCT Training Reference Manual*. Lomé: PNLS.
- PNLS. (2010b). *Policy, Norms and Procedures for HCT in Togo*. Lomé: PNLS.
- PNLS. (2010c). *National Guide for Treatment of STIs*. Lomé: PNLS.
- PNLS. (2011a). *Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les prisonniers Togo en 2011*. Lomé: PNLS.
- PNLS. (2011b). *Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes (HSH) Togo en 2011*. Lomé: PNLS.
- PNLS. (2011c). *Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les professionnels du sexe (PS) Togo en 2011*. Lomé: PNLS.
- Sarkar, S., N. Menser, et al. (2009). *Cost-Effective Interventions that Focus on Most-at-Risk Populations*. Washington, DC: Results for Development Institute and aids2031.
- Scorgie, F., M.F. Chersich, I. Ntaganira, A. Gerbase, F. Lule, and Y.R Lo. (2012). "Socio-demographic characteristics and behavioral risk factors of female sex workers in sub-saharan Africa: a systematic review." *AIDS Behav.* 16(4): 920–33. Retrieved May 22, 2013, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21750918>.
- Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (SP/CNLS-IST). (2006). *National Strategic Plan for the Response to AIDS 2001–2005*. Lomé: SP/CNLS-IST.
- SP/CNLS-IST. (2007). *National Strategic Plan for Children and AIDS Campaign 2007–2010*. Lomé: SP/CNLS-IST.
- SP/CNLS-IST. (2011). *National Communication Strategy for Behavior Change related to STI, HIV and AIDS 2011–2015*. Lomé: SP/CNLS-IST.
- SP/CNLS-IST. (2012a). *National Strategic Plan in the Response for HIV and STIs 2012–2015*. Lomé: SP/CNLS-IST.

SP/CNLS-IST. (2012b). *Operational Plan in the Response for HIV and STIs 2012–2013*. Lomé: SP/CNLS-IST.

SP/CNLS-IST. (2012c). *Monitoring and Evaluation Manual*. Lomé: SP/CNLS-IST.

SP/CNLS-IST. (2012d). *National Policy for the Response to HIV and AIDS in Togo: Vision 2020*. Lomé: SP/CNLS-IST.

Tchagafou, M., S. Duvall, and A. Chen. (forthcoming). *Rapport de l'Analyse des Capacités des Organisations de la Société Civile intervenant auprès des Populations Clés au Togo*. Washington, DC: Health Policy Project.

United Nations. (2010). *United Nations Development Assistance Framework for Togo*. United Nations System.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2007). *HIV in Prisons in Sub-saharan Africa*. Retrieved July 20, 2013, from [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Africa%20HIV\\_Prison\\_Paper\\_Oct-23-07-en.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Africa%20HIV_Prison_Paper_Oct-23-07-en.pdf).

United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). (2006). *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*. Retrieved from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub07/jc1252-internguidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf).

UNAIDS. (2007). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. (2009a). *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. (2009b) *HIV-Related Stigma and Discrimination: A Summary of Recent Literature*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. (2011a). *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. (2011b). *A New Investment Framework for the Global HIV Response*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. (2012). *Country Statistics*. Retrieved July 18, 2013, from <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/>.

UNAIDS Advisory Group. (2011). *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. December 2011.

UNAIDS, United Nations Population Fund, and World Health Organization. (2009). *Condoms and HIV Prevention: Position Statement by UNAIDS, UNFPA and WHO*. Retrieved January 18, 2012 from <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2009/march/20090319preventionposition/>.

UNAIDS and World Bank. (2010). *New HIV Infections by Mode of Transmission in West Africa: A MultiCountry Analysis, March 2010*. Retrieved May 25, 2013, from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/201003\\_MOT\\_West\\_Africa\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2010/201003_MOT_West_Africa_en.pdf).

United States Government (USG). (2013). *CIA The World Factbook*. 2013. Retrieved June 4, 2013, from <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/to.html>.

- World Health Organization (WHO). (1994). *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. European Consultation on the Rights of Patients. Amsterdam. 28–30 March, 1994*. Retrieved August 1, 2011, from [http://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf).
- WHO. (2007). *Guidance on Provider-initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities*. Retrieved from <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/>.
- WHO. (2011a). *Preventing HIV in Sex Work Settings in sub-Saharan Africa*. Geneva: WHO.
- WHO. (2011b). *Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People*. Retrieved from [http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm\\_mreport\\_2008.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf).
- Wilson, D., and S. Challa. (2009). “Ch.1 HIV Epidemiology: Recent Trends and Lessons.” *The Changing HIV/AIDS Landscape: Selected Papers for the World Bank’s Agenda for Action in Africa, 2007–2011*. Washington, DC: World Bank Publications.
- Wilson, D., and N. Fraser. (2011). *Mixed HIV epidemic dynamics: Epidemiology and program implications*. Accra: PEPFAR Technical Consultation on HIV Prevention in Mixed Epidemics, AIDSTAR-One.
- Wilson, D., and D.T. Halperin. (2008). “Know your epidemic, know your response: a useful approach, if we get it right.” *Lancet* 372(9637): 423.
- World Bank and National Agency for Control of AIDS (NACA). (2008). *Nigeria Epidemiology and Response Synthesis Report*. Abuja: The World Bank and NACA.







Pour de plus amples informations, prière de contacter :

Health Policy Project  
Futures Group  
One Thomas Circle NW, Suite 200  
Washington, DC 20005  
Tel: (202) 775-9680  
Fax: (202) 775-9694  
Email: [policyinfo@futuresgroup.com](mailto:policyinfo@futuresgroup.com)  
[www.healthpolicyproject.com](http://www.healthpolicyproject.com)