

INTRODUCTION

Le XX^{ème} siècle, un siècle de développement technologique, fut caractérisé sur le plan thérapeutique par la découverte et le développement des antibiotiques qui ont permis d'éradiquer bon nombre d'infections bactériennes qui décimaient les populations surtout les personnes âgées et les enfants les siècles précédents.

A la fin de ce siècle brillant dans tous les domaines, apparaît dès les années 80 une infection virale, le syndrome d'immunodéficience acquise dû à des virus de la famille des rétrovirus VIH1 et VIH2. Ces virus sont caractérisés par leur grande capacité de multiplication dans les cellules, sièges des défenses immunitaires de l'homme et par des mutations exagérées qui font du SIDA une catastrophe naturelle.

Cette pandémie décime plus de pauvres que de riches.

En effet sur les 42 millions de cas recensés à travers le monde 85% se recrutent dans le continent africain et sur les 32 millions de décès enregistrés depuis 1983, 90 % appartiennent au continent africain avec comme tranche d'âge de prédilection celle de 18 à 45 ans. La conséquence est que l'Afrique voit son développement hypothéqué par ce fléau et son avenir.

Les médicaments antirétroviraux ne guérissent pas la maladie mais freinent la multiplication exagérée du virus. Ils permettent au patient de mener une vie

normale et prolongent son espérance de vie. Du fait de leur coût très élevé (7 à 10 millions de francs CFA par patient et par an) ; ils ne sont accessibles que dans les pays de haute technologie et d'industrie pharmaceutique florissante.

Le SIDA se développe dans les pays qui ne disposent pas de ressources humaines et financières suffisantes pour un diagnostic précoce, systématique, anonyme, confidentiel, gratuit et pour un approvisionnement suffisant en ARV.

Le problème est d'autant plus grave qu'en Afrique il n'y a ni sécurité sociale, ni mutuelle, ni assurance maladie. Cette disparité entre pays pauvres et riches plus forte que jamais nécessite l'amélioration de l'accès des antirétroviraux aux plus pauvres.

Face à ce fléau le secrétaire général des Nations Unies Monsieur Koffi ANNAN a proposé un plan d'action devant permettre de :

- obtenir des firmes pharmaceutiques qui produisent les antirétroviraux (ARV) une réduction substantielle sur les prix des ARV pour les pays pauvres ce qui fut fait à partir d'octobre 2000 ;

- aider ces pays à mieux s'organiser pour un meilleur accès des populations malades aux ARV, en les incitant à mobiliser des fonds constitués par 15% de leur PNB et alimentés essentiellement par les pays développés (principaux bailleurs).

Malheureusement tous les pays africains n'ont pas mis en place un programme de facilitation d'accès aux ARV aux patients. C'est le cas de mon pays le TOGO qui est aussi ravagé par ce fléau et qui pourtant partage les mêmes préoccupations que les autres. C'est ce qui a motivé le choix de mon sujet : la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH au TOGO et proposition de mise en place du programme ACCESS.

Alors que tout s'organise pour une meilleure prise en charge du VIH en Afrique, apparaît en Chine dès le premier trimestre 2003 une nouvelle infection

virale due à des coronavirus, une infection totalement inconnue de tous qui a été dénommée Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) ou encore pneumopathie atypique.

Cette dernière a fait et continue de faire couler beaucoup d'encre et de salive même si actuellement l'OMS affirme qu'elle a été jugulée. Le SRAS pose en Asie le même problème que pose le Sida en Afrique du fait de sa prise en charge très coûteuse.

Ce travail comportera trois grandes parties :

- en première partie les généralités sur le VIH- SIDA ;
- en deuxième partie le Sida au TOGO ;
- en troisième partie la prise en charge des porteurs du VIH au TOGO.

PREMIERE PARTIE

GENERALITES SUR LE VIH –SIDA : RAPPELS BIBLIOGRAPHIQUES

CHAPITRE I : HISTORIQUE, DEFINITION ET CONSIDERATIONS GENERALES

(3, 4, 9, 18, 53)

I - HISTORIQUE

En 1980, l'isolement et la caractérisation du premier rétrovirus humain (Human T Cell Leukemia Lymphoma Virus) ou HTLV1 furent publiés par POEISZ et coll de l'équipe du Pr. GALLO soit 70 ans après la découverte du premier rétrovirus oncogène animal par Pr. ELLERMAN et BANG (3, 9).

Le 05 juin 1981, furent observées, à Atlanta, chez de jeunes homosexuels, au Centre Américain de Contrôle des Maladies (Center for Diseases Control, CDC), les manifestations d'une maladie infectieuse transmissible essentiellement par voie sexuelle et sanguine.

Cette maladie fut rapidement considérée comme une maladie virale. Dès cette époque les pneumonies à *Pneumocystis* puis les sarcomes de kaposi observés furent directement corrélés à un déficit immunitaire profond déjà reconnu comme étant liés à la disparition d'une population de cellules immunes les TCD4.

Ces observations sur l'agent responsable firent penser à un virus dont le refuge serait les cellules immunes des organes lymphoïdes.

C'est ainsi qu'en 1983 à partir de cellules lymphoïdes ganglionnaires d'un patient atteint de lymphoadénopathies, fut isolé par l'équipe du Professeur Luc MONTAGNIER un virus jusqu'alors inconnu qu'ils ont appelé LAV (lymphadenopathy associated virus). En fait l'existence de ce virus remontait à plusieurs décennies puisqu'un sérum zaïrois de 1959 a été reconnu positif par NAHMAS et collaborateurs.

En 1984 les professeurs Robert GALLO et Max ESSEX confirmèrent qu'il s'agissait d'un rétrovirus qui fut dénommé plus tard virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Dès 1985 la notion de variabilités génétiques du virus fut évoquée par l'analyse de virus isolés chez plusieurs patients ; un second virus apparenté au premier mais génétiquement distinct et surtout très proche d'un rétrovirus simien VIS (virus de l'immunodéficience simien) fut découvert par le Professeur Souleymane MBOUP de l'Université Cheikh Anta DIOP de DAKAR et Francis BARIN de l'Université de Tours sur des prélèvements de prostituées de Guinée Bissau et du Cap vert. Ces deux virus furent appelés VIH1 pour le virus initial et VIH2 pour celui d'Afrique de l'Ouest.

II - DEFINITION ET CONSIDERATIONS GENERALES

SIDA est une abréviation de syndrome d'immuno-déficience acquise c'est-à-dire : ensemble de signes d'une maladie entraînant une diminution des défenses de l'organisme apparue au cours de la vie.

Il s'agit d'une forme tardive et compliquée de l'infection par le VIH dont la principale cible est la sous population de LTCD4 Helper et subsidiairement, les monocytes et macrophages (26).

On assiste à un effondrement considérable des défenses immunitaires responsable du développement d'infections opportunistes dues à d'autres virus, bactéries, parasites, et champignons.

Le SIDA est, selon l'ONUSIDA, la maladie la plus dévastatrice que l'humanité ait jamais connue avec une estimation de 3,1 millions de décès hommes femmes et enfants rien que pour l'année écoulée 2002.

La pandémie du SIDA est un véritable problème de santé publique, qui constitue une entrave au développement de l'Afrique noire et une menace pour le continent africain.

CHAPITRE II : EPIDEMIOLOGIE DU SIDA

I – SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DANS LE MONDE

La pandémie provoquée par le VIH continue de se propager dans les pays pauvres malgré le succès rencontré par les programmes de prévention d'échelle encore trop réduite. De nouveaux foyers apparaissent dans les zones jusqu'ici peu touchées, comme l'Europe de l'est où la crise économique et la désintégration des systèmes de soins facilitent le développement de la toxicomanie et la croissance des infections sexuellement transmissibles. En 1996, le SIDA avait provoqué 1,5 million de décès et en 2002 3,1 millions de décès. Les 2/3 des personnes infectées dans le monde vivent en Afrique subsaharienne et environ 1/4 en Asie du sud et du Sud-Est (**18, 46**).

Tableau I : Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA dans le monde, Décembre 2002

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Total	42 millions
	Adultes	<i>38,6 millions</i>
	<i>Femmes</i>	<i>19,2 millions</i>
	Enfants < 15 ans	<i>3,2 millions</i>
Nouveaux cas d'infections à VIH en 2002	Total	5 millions
	Adultes	<i>4,2 millions</i>
	<i>Femmes</i>	<i>2 millions</i>
	Enfants < 15 ans	800.000

Décès dus au SIDA en 2002	Total Adultes <i>Femmes</i> Enfants < 15 ans	3,1 millions <i>2,5 millions</i> <i>1,2 millions</i> 610.000
---------------------------	--	--

II – SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE EN AFRIQUE

En fin 2002, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA (adultes et enfants) est estimé à 29,4 millions (soit les 2/3 du total mondial) en Afrique subsaharienne et à 550.000 en Afrique du Nord et Moyen-Orient.

Le nombre de personnes ayant contracté le VIH en 2002 se chiffre à 3,5 millions pour l'Afrique subsaharienne et 83.000 pour l'Afrique du Nord et Moyen-Orient.

En ce qui concerne le nombre de décès, rien qu'en 2002, l'Afrique subsaharienne a perdu 2,4 millions des siens.

CHAPITRE III : AGENT PATHOGENE

I - DEFINITION ET CLASSIFICATION DES VIH (53)

Les VIH appartiennent à la famille des rétrovirus qui sont définis par leurs modes de réplication qui passe par une étape de retro transcription de leur matériel génétique constitué par deux molécules d'ARN identiques, en ADN dit pro viral.

Cette étape indispensable à la multiplication du virus est possible grâce à une enzyme présente dans le virus et caractéristique de cette famille: transcriptase inverse ou réverse. Les VIH appartiennent au sous groupe des lentivirus exprimant ainsi l'évolution lente des maladies qu'ils entraînent.

II - STRUCTURE ET VARIABILITE GENETIQUE (18, 53)

II.1. - Structure des VIH

Lorsqu'ils sont libérés par bourgeonnement à la surface des cellules qui les produisent, les VIH observés au microscope électronique se présentent de façon schématique sous forme de particules sphériques de 90 à 120 nm de diamètre.

Ces particules, sont entourées d'une membrane d'origine cellulaire dans laquelle sont encrées une glycoprotéine d'enveloppe gp120 et une glycoprotéine transmembranaire gp41.

L'intérieur de la particule est tapissé de molécules correspondant aux protéines de la matrice, et contient également la protéase virale .

A l'intérieur de la capsidé virale de forme trapézoïde on retrouve non seulement deux des trois enzymes viraux (la reverse transcriptase et l'intégrase) mais également le matériel génétique constitué de deux molécules identiques d'ARN.

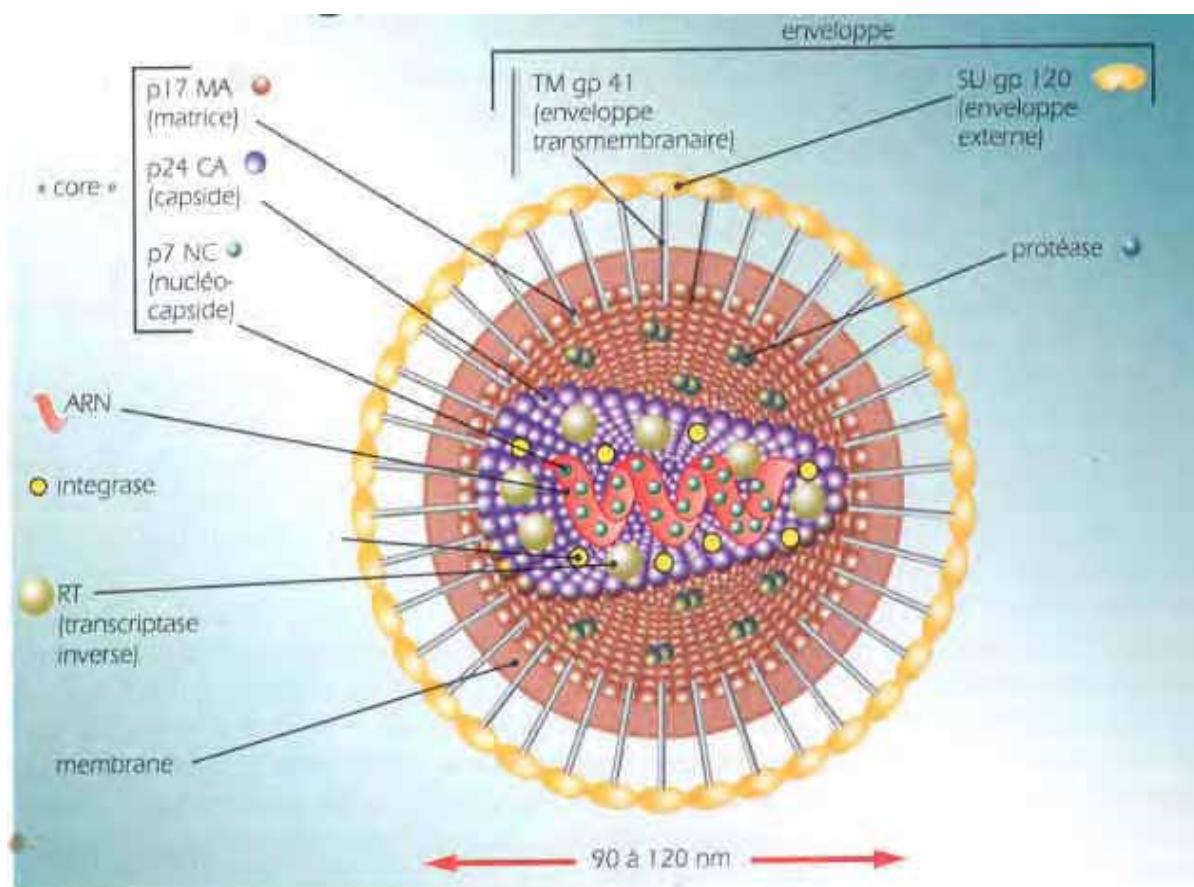


Figure 1 : Schéma du virus

II.2. - Variabilités génétiques du VIH

Cette notion de variabilité génétique du VIH fut reconnue très tôt après sa découverte. Aucun des virus isolés à partir de différents patients n'était

génétiquement identique et au sein d'un même patient de multiples formes sont identifiées.

La différence entre les deux sous types de VIH atteint plus de 50 % ; chaque virus lui-même représenté par des virus génétiquement éloignés.

Ainsi le VIH1 divisé en VIH1 du groupe M (majoritaire) et VIH1 du groupe O (outlier).

Les VIH1 du groupe M eux même représentés par différents sous types désignés par les lettres (A, B, C, D, E, F, G).

La rétro-transcription, de l'ARN en ADN viral par la reverse transcriptase ou transcriptase reverse est en effet le mécanisme principal à l'origine de l'émergence de virus hybrides mais aussi de virus mutés qui apparaissent comme une conséquence d'erreurs de lecture de l'information génétique de l'enzyme.

III - DIFFERENTES ETAPES DE LA REPLICATION VIRALE (4, 53)

Il s'agit d'un mécanisme très complexe. le cycle réplicatif comprend :

1° - reconnaissance spécifique et forte entre la glycoprotéine gp120 et le récepteur CD4 de la cellule hôte puis fusion et entrée dans la cellule ;

2° - rétro-transcription par la reverse transcriptase de l'ARN viral libéré de la capsid virale en ADN pro-viral complémentaire ;

3° - intégration de l'ADN pro-viral au génome de la cellule infectée grâce à l'intégrase ;

4° - production d'ARNmessager par transcription de l'ADN pro-viral par l'intermédiaire de l'ARN polymérase cellulaire ;

5° - traduction, des ARNmessager en protéines virales puis clivage soit par une enzyme virale (protéase) soit par les protéines cellulaires ;

6° - maturation grâce à la protéase et assemblage des protéines qui aboutit à la formation de millions de nouveaux virus qui bourgeonnent à la surface de la cellule CD4 devenant infectants pour d'autres cellules humaines.

CHAPITRE IV : LA TRANSMISSION

I - LES DIFFERENTS MODES DE TRANSMISSION DU VIH (6, 17, 27, 53, 57)

Le VIH a été isolé dans la plupart des liquides biologiques humains : le sang, les urines, le LCR, le sperme, les sécrétions vaginales, les larmes, la salive etc....

Toutefois la transmission du virus nécessite une porte d'entrée et les trois principaux modes de transmission du VIH restent :

- 1 - la transmission par voie sexuelle ou transmission horizontale ;
- 2 - la transmission par la voie sanguine ;
- 3 - la transmission de la mère à l'enfant ou transmission verticale.

I.1. - La transmission par voie sanguine

I.1.1. - Transmission par transfusion sanguine (sang et dérivés)

Suspecté dès le début de l'épidémie, le risque a été considérablement réduit par l'exclusion des donneurs à risque d'infection et la mise en place systématique de dépistage de tous les dons de sang et de produits sanguins depuis 1985 dans tous les Centres Nationaux de Transfusion Sanguine (CNTS).

Cependant un risque résiduel de transmission lié à l'existence d'une fenêtre sérologique (délai entre la contamination et l'apparition d'anticorps détectables) persiste.

Ce dernier risque subit également une diminution progressive grâce à la sensibilité des tests de dépistage .

Le risque de transmission par les concentrés de facteurs de coagulation est devenu aussi pratiquement nul, étant soumis, à des techniques d'inactivation virale physique ou chimique.

I.1.2. - Transmission par injection de drogue

Ce mode est lié à l'utilisation de matériel d'injection (seringues, aiguilles) ainsi qu'à l'utilisation d'objets nécessaires à la préparation de la drogue (cuillère, couteaux) préalablement contaminés par un autre utilisateur.

I.1.3. - Transmission par inoculation parentérale accidentelle (17)

Ce mode de transmission a été étudié principalement chez le personnel soignant. le risque de contamination après une exposition percutanée à du sang infecté par le VIH a été estimé à 0,3 % .

Des circonstances d'exposition percutanée à du sang infecté par le VIH dans lesquelles le risque est plus élevé ont été identifiées. C'est le cas lors des blessures avec du matériel sur lequel le sang du patient est visible, ou avec une aiguille ayant été utilisée soit par intraveineuse, soit par intra artérielle directe.

Bien qu'aucun cas de contamination impliquant les autres liquides biologiques n'ait été décrit, ces derniers constituent un risque potentiel de contamination professionnelle.

I.2. - Transmission par voie sexuelle (53, 58)

La voie sexuelle est le mode de transmission le plus fréquent à l'échelon mondial. En effet 75 à 85 % des infections ont été acquises lors des rapports non protégés.

Le risque de transmission du VIH lors des rapports sexuels avec un partenaire infecté dépend de trois facteurs :

- le type de pratiques sexuelles ;
- le degré d'infectivité de la personne infectée. En effet la primo-infection et le stade sida sont les périodes d'infectivité les plus élevées ;
- le degré de susceptibilité du partenaire non encore infecté. En effet, le risque d'infectivité du partenaire non infecté est multiplié par 1,5 à 7 en présence d'infection ou de lésion génitale chez le partenaire infecté.

I.2.1. - Les pratiques sexuelles à haut risque

Toute pénétration anale ou vaginale comporte un risque important de transmission du VIH.

La pénétration anale d'une personne non infectée (homme ou femme) par un homme infecté par le virus est la pratique sexuelle qui comporte le plus haut risque du fait d'une plus grande vascularisation de la muqueuse anale.

Le risque de transmission, au sein de couples hétérosexuels ayant ce type de rapports est environ cinq fois plus élevé qu'au sein de couples n'ayant que des rapports sexuels avec pénétrations vaginales.

I.2.2. - Les pratiques sexuelles à moindre risque

Le risque de transmission du VIH lors des rapports oro-génitaux est très faible. Le tout dépendant de l'état de la cavité buccale (les gingivites peuvent favoriser la transmission).

Seuls quelques cas de transmission du VIH par fellation ont été publiés dans la littérature.

I.3. - La transmission mère-enfant ou transmission verticale ou périnatale

Le VIH peut se transmettre d'une mère à son enfant au cours de la grossesse par voie transplacentaire (en fin de grossesse ou au moment de l'accouchement) et par l'allaitement maternel.

C'est la méthode de propagation la plus courante de l'infection au VIH chez l'enfant.

Le taux de transmission d'une mère infectée à son enfant, en l'absence de traitement a été estimé dans une étude de cohorte française à 20 % (27).

Il augmente avec l'âge et le niveau d'immunodépression de la mère.

Pendant la grossesse la transmission a lieu entre la 34^{ème} et la 36^{ème} semaine.

Ce risque est diminué de 2/3 par l'instauration de traitement antirétroviral dès la 12^{ème} semaine à la mère et pendant les six premières semaines à l'enfant.

La possibilité de transmission par l'allaitement interdit à la femme infectée d'allaiter son enfant au sein. Le sevrage doit être systématique et l'enfant mis au biberon.

II - PREVENTION DE LA TRANSMISSION (50, 53)

La prévention de l'infection par le VIH va se faire en intervenant sur les différents modes de transmission du virus.

La prévention de la contamination sexuelle du virus repose essentiellement sur l'utilisation de préservatifs masculins lors de toute pénétration vaginale ou anale, à l'exception des relations entre des partenaires non infectés et mutuellement fidèles.

Au sein du personnel soignant, les mesures les plus efficaces pour réduire les risques accidentels de transmission du VIH sont des mesures générales de prévention en milieu de soins, qui ont pour but de limiter au maximum tout contact avec les liquides biologiques des patients, qu'ils soient connus ou non comme infectés par le VIH. En cas de blessures accidentelles chez un soignant, un traitement antirétroviral pourra être proposé en fonction du risque infectieux lié à cet accident.

Afin de réduire le risque de transmission du virus chez les toxicomanes, l'OMS recommande l'emploi de seringues autobloquantes.

Concernant la transmission par le sang et ses dérivés, le dépistage systématique des dons de sang est un acquis dans de nombreux pays.

La transmission mère-enfant est également un point qui à été cerné par de nombreux programmes à travers le monde.

CHAPITRE V : MANIFESTATIONS CLINIQUES

(3, 12, 18, 53, 61)

Les manifestations cliniques de l'infection par le VIH sont extrêmement variées et se repartissent de la primo-infection aux manifestations du déficit immunitaire évoluées avec des infections opportunistes en passant par le portage asymptomatique.

I - LA PRIMO-INFECTION

Les symptômes de la primo-infection peuvent survenir dans un délai de 1 à 6 semaines après le contact contaminant avec une fréquence qui est évaluée à 50 à 70 %.

Le tableau clinique le plus souvent retrouvé est un syndrome mononucléosique non spécifique, dont l'aspect très banal rend très potable sa sous estimation.

Les manifestations les plus décrites sont :

- fièvre (96 %) ;
- adénopathies disséminées (74 %) ;
- une pharyngite érythémateuse ;
- un rash cutané (70 %) ;
- des céphalées (38 %) ;
- plus rarement des ulcérations aphteuse .

II - LA PHASE LATENTE

Sans traitement le temps médian entre la séroconversion et la survenue de la maladie a été estimé selon des études de 6,5 à 13 ans environ.

Il s'agit d'une phase asymptomatique, silencieuse, caractérisée par la présence en quantité importante dans les tissus lymphoïdes de virus qui continuent de se répliquer d'où la persistance d'un taux élevé d'anticorps.

Le nombre de CD4 reste stable puis diminue progressivement jusqu'à un chiffre < à 200microlitres faisant place à une montée de la virémie

III - LA PHASE SYMPTOMATIQUE

Elle dure plusieurs mois à 2 ans et aboutit au décès du patient en absence de tout traitement.

III.1. - Les infections opportunistes

III.1.1. - Les atteintes pulmonaires

Elles constituent l'une des principales causes de complications de phases tardives de l'infection. Les atteintes pulmonaires sont les atteintes les plus fréquentes qui touchent à un moment ou à un autre de l'évolution de la maladie sans doute plus de 80% des malades .

Les manifestations cliniques sont très variables en fonction de l'épidémiologie et de l'évolution dans le temps.

■ *La tuberculose et les infections à Mycobactéries atypiques :*

M. tuberculosis et *M. avium* constituent les manifestations les plus rencontrées dans l'infection à VIH en Afrique.

La tuberculose est susceptible de se développer à un degré d'immuno-dépression moindre que pour les autres mycobactérioses.

■ *Les pneumonies à Pneumocystis carinii* : ont été les pathologies les plus fréquemment rencontrées aux USA et en Europe (jusqu'à 50% des formes initiales du sida, taux qui a diminué jusqu'aux alentours de 20% grâce à l'instauration d'une prévention primaire.

- *Les infections à pyogènes* dues notamment au *Pneumocoque*, à *Haemophilus influenzae b*, à *Pseudomonas aeruginosa*.
- *Les mycoses pulmonaires opportunistes* : on note plus fréquemment la *cryptococcose pulmonaire* à *Cryptococcus neoformans*. Et plus rarement une *candidose pulmonaire* bien que *Candida albicans* soit retrouvé de manière assez fréquente dans les prélèvements broncho-pulmonaires.

III.1.2. - Les atteintes neurologiques

L'ensemble du système nerveux peut être touché à un moment ou à un autre de l'évolution de la maladie précocement ou tardivement lié directement au VIH ou au déficit immunitaire.

- *La toxoplasmose cérébrale* (*T. gondii*) reste la plus fréquente en ce qui concerne les lésions intracérébrales mais sa prévalence diminue avec la chimioprophylaxie.
- *Les encéphalites à Cytomegalovirus* qui sont des encéphalites diffuses nécrosantes.
- *Les méningites à Cryptococcus* constituent l'atteinte méningée la plus fréquente et selon les régions du monde peut atteindre 10% des personnes souffrant du VIH.

III.1.3. - Les atteintes digestives

On note :

- des atteintes buccales : qui sont surtout des ulcérations dues à *Candida albicans* dont la gravité est corrélée à l'intensité du déficit immunitaire.

Ces lésions peuvent être également herpétiques, des ulcérations à *cytomegalovirus*, des stomatites aphéuses.

On note chez 10 % de la population infectée des atteintes péri-odontologiques.

- des atteintes œsophagiennes : il s'agit de candidoses œsophagiennes, d'œsophagites herpétiques, d'œsophagites à *Cytomegalovirus* ;
- des atteintes gastriques qui sont tumorales, surtout karposiennes ;
- des diarrhées parasitaires à *Cryptosporidium isospora* ;
- des diarrhées d'origine virale dues à des virus du groupe Herpes (CMV, Herpes simplex) ;
 - des diarrhées bactériennes dues à *Shigella*, *Salmonella* dont la fréquence semble diminuée considérablement du fait de l'utilisation d'antibiotiques en prévention chez les patients infectés.

III.1.4. - Les atteintes cutanées

La peau constitue le siège des premières manifestations de l'infection par le VIH. Ceci est perceptible chez 90 % des patients infectés à un moment ou à un autre de l'évolution de la maladie.

On peut noter :

- une éruption vésiculeuse cutanéo-muqueuse, ulcérante, chronique et extensive due à *Herpes simplex*. Ce signe constitue la marque d'un déficit immunitaire profond et est considéré comme indicateur clinique du SIDA ;
- un zona survenant dans 30 % des cas à un moment ou à un autre de la maladie ;
- des atteintes à type de folliculites ou de pyodermites survenant dans 10 à 20 % des cas. Les bactéries incriminées sont surtout : *Staphylococcus aureus*, *les streptocoques* et plus rarement *Haemophilus influenzae b* et *pseudomonas*.
- des dermatophyties (20 à 40 %) la plus fréquente étant l'onychomycose. On peut également rencontrer une fréquence importante d'intertrigo, d'herpès circiné voire de teignes ;
- une dermite séborrhéique chez plus de 30% des patients ;

- une localisation cutanée du sarcome de kaposi.

III.2. - Les tumeurs malignes

Les plus fréquentes sont :

- la maladie de Kaposi ;
- les lymphomes non hodgkiniens.

III.3. - Les autres manifestations viscérales

Compte tenu de la nature de la maladie et de sa physiopathologie, il est évident que tout organe d'un individu peut être touché à un moment quelconque de la maladie par une infection opportuniste ou une tumeur. Outre les organes principaux atteints quelques autres organes peuvent être touchés préférentiellement.

On note :

- des atteintes ophthalmiques : les conjonctivites sont les plus fréquentes ; des *rétinites toxoplasmiques*, *syphilitiques* ou à CMV ;
- des atteintes rénales ;
- des atteintes hématologiques : parmi lesquelles la *thrombopénie* semble la plus fréquente. L'*anémie* reste la manifestation hématologique habituelle.

III.4. - Les manifestations selon le CDC et l'OMS (18)

III.4.1. – Classification CDC, 1993

Tableau II

Nombre de lymphocytes TCD4	Catégories cliniques		
	(A) Asymptomatique Primo-infection ou LPG	(B) Symptomatique Sans critères (A) ou (C)	(C) SIDA
> 500 /mm ³	A1	B1	C1
200-499 /mm ³	A2	B2	C2
< 200 /mm ³	A3	B3	C3

Catégorie A : LGP (lymphadénopathie généralisée persistante) ;

Catégorie B :

- angiome bacillaire ;
- candidose oro-pharingée ;
- candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement ;

- dysplasie du col ;
- syndrome constitutionnel :
 - * fièvre $\geq 38^{\circ} 5$ C ;
 - * diarrhée supérieure à un mois.

- leucoplasie chevelue de la langue ;
- zona récurrent ;
- salpingite ;
- neuropathie périphérique.

Catégorie C : elle correspond à la définition du SIDA chez l'adulte :

- candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire ;
- candidose de l'œsophage ;
- cancer du col ;
- coccidiomycose, disséminée ou extra-pulmonaire ;
- cryptosporidiose intestinale supérieure à un mois ;
- infection à CMV (autre que foie, rate, ou ganglions) ;

- rétinite à CMV (avec altération de la vision) ;
- encéphalopathie due à VIH ;
- infection herpétique ;
- histoplasmose disséminé ou extra-pulmonaire ;
- isosporidiose intestinale chronique ;
- sarcome de Kaposi ;
- lymphomes de Burkitt, immunoblastique et cérébral primaire ;
- infection à *Mycobacterium*, identifiée ou non disséminée ou extra-pulmonaire ;
 - pneumopathie bactérienne récurrente ;
 - leuco-encéphalopathie multifocale progressive ;
 - septicémie à *Salmonella non typhi* non récurrente ;
 - toxoplasmose cérébrale ;
 - syndrome cachétique dû au VIH .

III.4.2. – Manifestations selon l'OMS

■ par scores

Elles témoignent de plusieurs affections d'immuno-dépression (manifestations révélatrices). Le diagnostic du sida est établi quand le score est supérieur ou égale à 12.

- kaposi généralisé : score 12 ;
- asthénie prolongée : score 4 ;
- amaigrissement : score 4 ;
- diarrhée de plus d'un mois : score 4 ;
- candidoses bucco-pharingées : score 4 ;
- zona récidivant : score 4 ;
- herpès cutané chronique ou récidivant : score 4 ;
- fièvre permanente ou à répétition de plus d'un mois : score 3 ;
- toux de plus d'un mois : score 3 ;

- dermatoses généralisées prurigineuse : score 2 ;
- polyadénopathies généralisées (axillaires, cervicales, sous-maxillaires) : score 2 ;
- signes neurologiques : score 2.

■ en stades cliniques

- Stade clinique 1

- 1 - patient symptomatique ;
- 2 - adénopathie persistante généralisée.

Degré d'activité 1 : patient asymptomatique, activité normale

- Stade clinique 2

- 3 - perte de poids supérieure à 10 %;
- 4 - manifestations cutanéo-muqueuses mineures (dermatites séborrhéiques, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilité angulaire) ;
- 5 - zona au cours des cinq dernières années ;
- 6 - infections récidivantes des voies respiratoires supérieures (sinusites bactérienne) ;

Degré d'activité 2 : patient asymptomatique, activité normale.

- Stade clinique 3

- 7 - perte de poids supérieure à 10% ;
- 8 - diarrhée chronique inexplicable pendant plus d'un mois ;
- 9 - fièvre prolongée inexplicable pendant plus d'un mois ;
- 10 - candidose buccale ;
- 11 - leucoplasie chevelue buccale ;

12 - tuberculose pulmonaire dans l'année précédente ;

13 - infections bactériennes sévères.

Degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

- Stade clinique 4

14 - syndrome cachectisant du VIH, selon la définition des CDC ;

15 - pneumopathie à *Pneumocystis carinii* ;

16 - toxoplasmose cérébrale ;

17 - cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois

18 - cryptococcose extra-pulmonaire ;

19 - cytomégalovirose (CMV) touchant un organe autre que le foie, la rate, ou les ganglions lymphatiques ;

20 - herpès cutanéo-muqueux pendant plus d'un mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée ;

21- leuco-encéphalopathie multifocale progressive ;

22- toute mycose endémique généralisée (histoplasmose, coccidioidomycose) ;

23 - candidose de l'œsophage de la trachée, des bronches ou des poumons ;

24 - mycobactériose atypique généralisée ;

25 - septicémie à *Salmonella* non typiques ;

26 - tuberculose extra-pulmonaire;

27 - lymphome ;

28 - sarcome de kaposi ;

29 - encéphalopathie à VIH, selon le définition des CDC.

Degré d'activité 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

CHAPITRE VI : LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH (18, 53)

Le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficiency est un diagnostic sérologique utilisant des tests sensibles spécifiques et fiables permettant la détection d'anticorps sériques .

Dans certaines conditions (primo-infection, diagnostic chez l'enfant né de mère séropositive), on a recours à d'autres méthodes de détection telle que :

- la détection d'anticorps circulant ;
- la détection du virus par coculture lymphocytaire ;
- détection du matériel génétique viral.

Le diagnostic est rendu obligatoire par l'OMS en cas de don de sang dans les centres de transfusions sanguine depuis 1985. Il comprend un test de dépistage et un test de confirmation.

I - LE TEST DE DEPISTAGE

Il utilise un double test ELISA (enzyme linked immunosorbent assay) : ELISA de 1^{ère} ou 2^{ème} génération et un ELISA de 3^{ème} génération.

- Si les deux tests sont négatifs il n'y a pas de séroconversion et il n'est plus nécessaire de pratiquer d'autres tests. Au cas où il existerait un fort doute

de contamination on peut rechercher l'Ag p24 ou carrément refaire le test trois mois après.

- Si les résultats sont dissociés ou positifs faire le test de confirmation par un second prélèvement.

II - TEST DE CONFIRMATION

Les tests ELISA sont confirmés par le Western Blot.

Il existe d'autres tests appelés : immunoblot comparable au Western Blot mais qui ne l'ont pas encore remplacé.

CHAPITRE VII : TRAITEMENT DU SIDA

Aucun médicament jusqu'à nos jours n'a pu guérir la maladie. Les stratégies de traitement utilisées ne servent qu'à freiner la multiplication exagérée du virus dans les cellules lymphocytaires afin d'améliorer les défenses immunitaires de l'organisme et prolonger l'espérance de vie des malades .

Le traitement du sida c'est non seulement l'emploi des ARV mais également le traitement des infections opportunistes.

I - LES ANTIRETROVIRaux (ARV)

I.1. - Modes d'action des ARV (15, 23, 25, 55, 62)

La connaissance du mode de réplication du VIH a permis d'envisager les différentes cibles d'action potentielle.

Les cibles actuelles connues de la thérapeutique anti-VIH sont :

1° - l'adhésion du VIH au récepteur CD4

La stratégie des protéines CD4 synthétisées par génie génétique était fondée sur l'hypothèse que ces protéines pourraient se lier au virus et l'empêcher d'infecter les lymphocytes. Cette stratégie efficace *in vitro* sur les lignées cellulaires ne l'est pas *in vivo* du fait de la durée de vie plasmatique très courte de ces protéines solubles. Même liées à des IgG, leur conférant une plus longue durée de vie, leur efficacité n'est pas supérieure à celle de l'AZT.

Cependant une molécule de cette nouvelle classe semble active sur la plupart des VIH résistants par rapport aux médicaments actuels et présente donc un intérêt pour les personnes chez qui les autres traitements ne sont plus efficaces. Il s'agit du T-20 (enfuvirtide : FUZEON) administré en sous-cutané deux fois par jour. Il sera disponible d'ici la mi-2003 (55).

2° - Pénétration du VIH dans la cellule

Aucun médicament efficace à ce stade n'est disponible de nos jours.

3° - Transcription de l'ARNviral en ADN proviral

On distingue deux classes d'ARV inhibiteur de la reverse transcriptase : les inhibiteurs nucléosidiques et les inhibiteurs non nucléosidiques.

■ Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase (INTI)

Ils représentent la première classe de molécules ayant démontré une activité chez les patients infectés par le VIH .

Ce sont des prodrogues qui doivent être phosphorylés par des enzymes cellulaires pour être actives. Ils inhibent ainsi l'elongation de la chaîne d'ADN en prenant la place des désoxynucléotides naturels.

Les six molécules approuvées sont :

- l'Azidothymidine ou Zidovudine (AZT) : RETROVIR
- la Stavudine (D4T) : ZERIT
- la Didanosine (DDI) : VIDEX
- la Zalcitabine (DDC) : HIVID
- la Lamivudine (3TC) : EPIVIR
- l'Abacavir : ZIAGEN

■ Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) (7)

Leur structure est différente de celle des analogues nucléosidiques mais ils partagent le même site d'action.

Ce sont des inhibiteurs non compétitifs de la reverse transcriptase qui se lient directement à l'enzyme sans transformation préalable.

Ils agissent spécifiquement sur le VIH1 et pas sur le VIH2.

Les trois molécules approuvées sont :

- la Nevirapine (VIRAMUNE) ;
- la Delavirdine (RESCRIPTOR) ;
- l'Efavirenz (SUSTIVA).

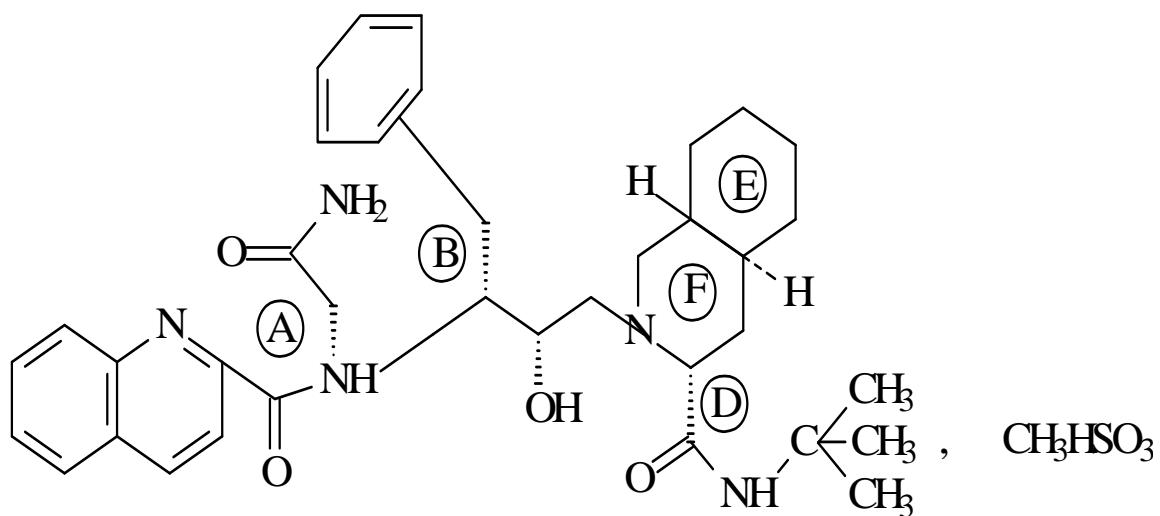
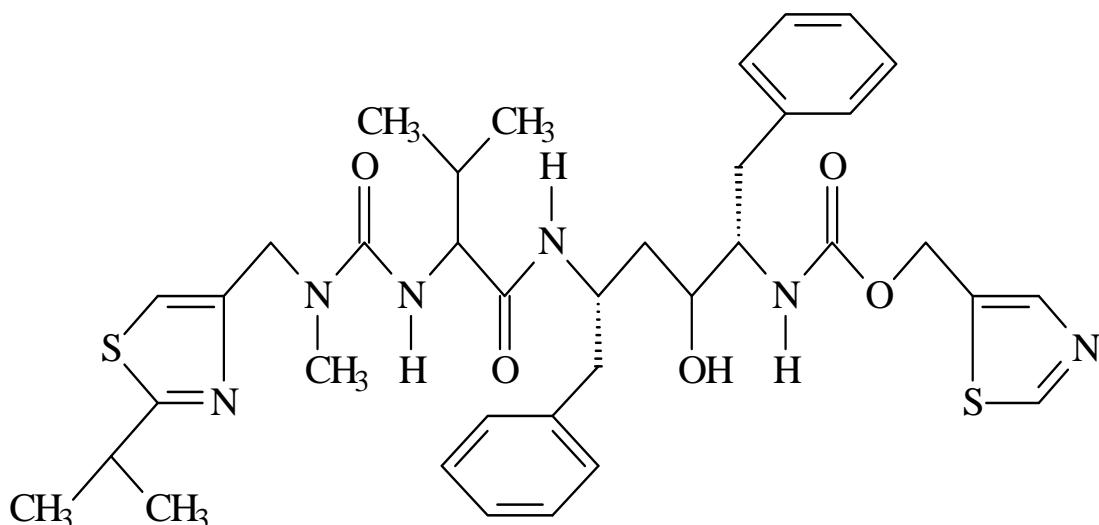
4° - Clivage protéolytique des polypeptides viraux

Il s'agit d'anti-protéases : les inhibiteurs de la protéase du VIH entraînant une inhibition compétitive.

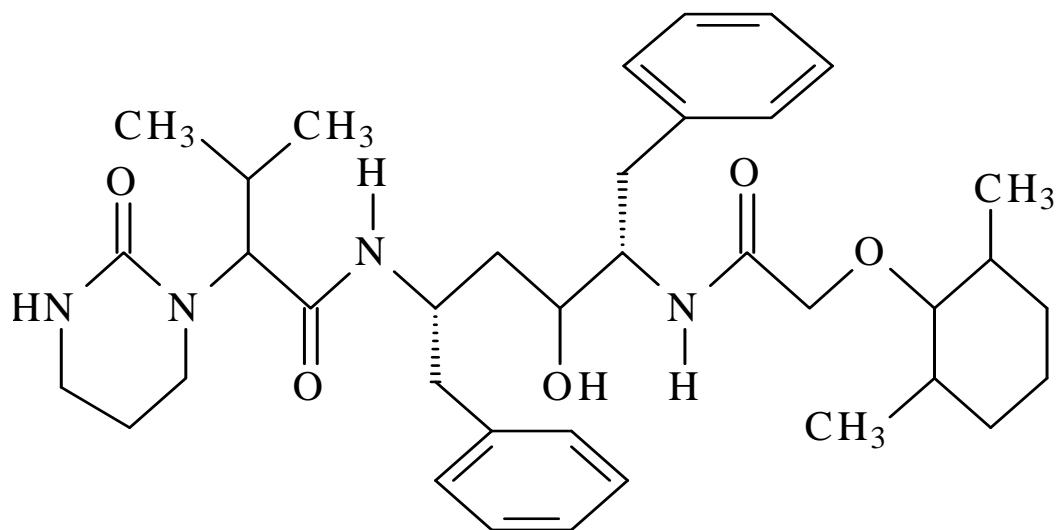
Les molécules approuvées et disponibles sont :

- la Ritonavir (NORVIR) ;
- l'Indinavir (CRIXIVAN) ;
- la Saquinavir (FORTOVASE, INVIRASE) ;
- la Nelfinavir (VIRACEPT) ;
- l'Amprénavir (AGENERASE) ;
- l'Atazanavir ;
- l'association Lopinavir + Ritonavir (KALETRA).

Une nouvelle anti-protéase active sur les VIH résistants aux autres anti-protéases, le TIPRANAVIR devrait être disponible d'ici juin 2003 (**55**).

**Saquinavir = INVIRASE Roche, capsules rigides****FORTOVASE, capsules molles****Ritonavir = NORVIR (Laboratoire Abbot France)**

Capsules à conserver au réfrigérateur (2-8°C)
Solution buvable à conserver à température ambiante



Lopinavir = Association Ritonavir + Lopinavir = KALETRA
(Laboratoire Abbot France)

Capsules et solution buvable.

5• - *Intégration au génome de l'hôte*

Une nouvelle molécule active sur cette phase a été mise au point mais ne sera pas disponible avant 2005.

Figure 2 : Point d'impact des principaux antirétroviraux

D'autres concepts thérapeutiques font également l'objet de recherches comme :

- les inhibiteurs de la protéine TAT (qui favorise la transcription in vitro et dont l'absence diminue considérablement ou totalement la production des protéines virales) (3) ;
- les oligonucléotides anti-sens (qui agissent in vitro en bloquant l'ARNm du virus) ;
- l'interféron ;
- la thérapie génique (25, 62).

Malgré les résultats décevants obtenus dans certains cas qui ont vu l'abandon partiel ou définitif de ces pistes, certains concepts restent encore intéressants .

Cependant le développement actuel se poursuit dans les classes de médicaments bien connus comme inhibiteurs de la transcriptase reverse, les anti-protéases.

I.2. - Critères virologiques d'emploi des ARV

I.2.1. - La charge virale

Il s'agit de mesurer la concentration plasmatique de l'ARN du virus. C'est le nombre de particules virales qui reflète l'intensité de réPLICATION dans l'organisme. Sa mesure est essentielle dans le décision de mise en route d'un traitement antiviral.

Elle s'exprime en copies /ml.

I.2.2. - La numération de CD4

Le nombre de T4 reflète l'importance de la destruction du système immunitaire par le VIH . Il s' exprime en taux de CD4 /mm³ de sang.

I.3. - Traitement initial (62)

I.3.1. - Quand débuter un traitement ?

Les connaissances actuelles permettent de considérer comme nécessaire la mise en oeuvre d'un traitement dès qu'il existe une réPLICATION significative du virus c'est-à-dire >10000 copies/ml et un taux de CD4 < 500/mm³.

La mise en place d'un traitement est d'autant plus rapide que le taux de CD4 est bas et la charge virale élevée.

De manière générale, le traitement est actuellement recommandé :

- aux personnes symptomatiques ;
- aux personnes asymptomatiques ayant un taux de T4 < 350/mm³.

I.3.2. - Par quoi débuter un traitement ?

L'objectif du traitement doit être de réduire la charge virale plasmatique au niveau le plus bas possible, afin de la rendre indétectable et le plus longtemps possible.

Pour cela il est nécessaire d'associer plusieurs molécules d'ARV, ce qui limite le risque d'émergence de résistance du VIH aux ARV.

La réussite du traitement engage fortement l'avenir. En pratique une tri-thérapie doit être proposée chez les personnes ayant un risque significatif de progression.

■ La tri-thérapie

En raison de l'efficacité prouvée à différents stades de l'infection l'association :

2 IN + 1 IP reste le choix préférentiel. Les tableaux possibles sont :

AZT (Zidovudine) + DDI (Didanosine)		
AZT + DDC (Zalcitabine)		
AZT + 3TC (Lamivudine)		
D4T (Stavudine) + DDI		
D4T + 3TC		

D'autres tri-thérapies sont envisageables :

- 2 IN + 1 INN constitue une alternative au schéma précédent mais reste moins efficace ;
- la tri-thérapie avec IN ; *ex* : AZT +3TC +Abacavir (TRIZIVIR).

■ Autres associations (5)

- Association de 2 IN : n'est pas recommandée car très peu puissante mais par contre peut être préférable à l'absence de traitement chez les patients à risque d'évolution clinique à court terme.
- Association de 2 IP (Ritonavir + Saquinavir) est de plus en plus rencontrée.

I.4. - Changement de traitement

I.4.1. - Quand changer de traitement ?

On peut être amené à changer de traitement antiretroviral, soit à cause de sa toxicité, soit à cause de l'échec du traitement.

L'échec thérapeutique peut être évalué cliniquement, immunologiquement, en mesurant le nombre de CD4 et/ou virologiquement par la mesure de la charge virale.

La toxicité peut se traduire par l'incapacité à tolérer les effets secondaires du médicament et par des disfonctionnements d'organes importants.

I.4.2. - Traitement de deuxième intention

Tableau III : Traitement de deuxième intention

Traitement initial	Traitement de deuxième intention
2 IN	2 IN + 1 IP (nouveaux) 2 IN + 1 INN (nouveaux)
2 IN + 1 INN	2 IN + 1 IP (nouveaux)
2 IN + 1 IP	2 IN nouveaux + 1IP 2 IN nouveaux + 1 IP nouveaux ou 1 INN

I.5. - Les difficultés et exigences du traitement ARV (11, 43)

- Les ARV étaient très coûteux donc n'étaient pas accessibles à tous.
- Certains schémas de prises sont compliqués et nécessitent plusieurs comprimés par jour.
- Le traitement entraîne de nombreux effets secondaires et parfois graves (cf annexes).
- Les interactions avec d'autres médicaments sont très nombreuses (cf annexes). Or, le traitement et la prévention des infections opportunistes revêtent une importance capitale.
- Le traitement aux ARV demande une surveillance biologique étroite souvent onéreuse sans la subvention de l'Etat.
- La bonne observance des schémas de prise des ARV est essentielle pour éviter le développement de souches de VIH résistantes.
- L'exigence du maintien de la confidentialité.

II - TRAITEMENT ET PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Le traitement et la prévention des infections opportunistes gardent toute leur place dans la stratégie thérapeutique de l'infection par le VIH et le sida. Cette stratégie a permis, indépendamment de l'efficacité des traitements anti-rétroviraux, d'améliorer considérablement l'espérance de vie et la morbidité de cette infection. Compte tenu de la multiplicité d'infections possibles tout doit être mis en œuvre pour permettre d'identifier le plus précisément possible l'infection en cause pour traiter de manière spécifique afin d'éviter les traitements empiriques.

Tableau IV : Dose quotidienne pour le traitement des infections parasitaires (53)

Parasites	Traitements	Alternative
<i>P. carinii</i>	Triméthoprime (20 mg/kg) + sulfadoxine	Atovaquone (3*750 mg) Trimétrexate (45 mg)
<i>T. gondii</i>	Pyriméthamine (50 mg) + Sulfadiazine (4 g) + acide folinique (20 mg)	Pyriméthamine (50 mg) Clindamycine (2,4 à 3,6 g) Atovaquone
<i>I. belli</i>	Triméthoprime (7 mg/kg) + sulfaméthoxazole	Pyriméthamine (50 mg)

Tableau V : Dose quotidienne pour le traitement des infections fongiques (53)

Mycoses	Traitements	Alternative
<i>C. neoformans</i>	Amphotéricine B (0,7 mg/kg)	Fluconazole (400 mg)

<i>Candida</i>	Amphotéricine B (locale) Nystatine (locale)	Fluconazole (400 mg) Kétoconazole (200mg)
----------------	---	--

Tableau VI : Dose quotidienne pour le traitement des infections bactériennes (53)

Bactéries	Traitement	Alternative
<i>M. tuberculosis</i>	Isoniazide (5 mg/kg) Rifampicine (10mg/kg) Ethambutol (20 mg/kg) Pyrazinamide (25 mg/kg)	
<i>Salmonella</i>	Ampicilline (4g)	Triméthoprime (7mg/kg)

Tableau VII : Dose quotidienne pour le traitement des infections virales (53)

Virus	Traitement	Alternative
<i>Cmv</i>	Ganciclovir (10 mg/ kg)	
<i>Herpes simplex</i>	Aciclovir (15 mg/kg)	Vidarabine (15 mg/kg)

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE I : DONNEES GENERALES SUR LE TOGO

I - SITUATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

I.1. - Situation géographique

Situé sur la côte ouest africaine et faisant une superficie de 56600 km², le TOGO se présente par sa forme allongée du Nord au Sud comme un couloir reliant les enclavés du Sahel et l’Océan Atlantique .

Il est limité au Nord par le BURKINA FASO, au Sud par l’Océan Atlantique, respectivement à l’Est et à l’Ouest par la République du BENIN et le GHANA.

Le climat est tropical avec deux zones climatiques. Le TOGO est subdivisé en cinq régions administratives à savoir :

- la région maritime
- la région des plateaux
- la région centrale
- la région de la Kara
- la région des savanes

Chacune de ces régions étant divisée en 4 à 9 préfectures.



Carte géographique du TOGO.

I.2. - La situation démographique (22, 31)

La population togolaise estimée à 4.620.026 habitants en l'an 2000 est caractérisée par son extrême jeunesse.

En effet la population des enfants de moins de 15 ans représente au moins 50 % de la population totale .La densité moyenne de la population est estimée à 82 habitants au km² en l'an 2000.

La répartition selon le sexe est de 51,3 % de femmes et de 48,7 % d'hommes. La population est inégalement repartie sur le plan spatial avec une forte concentration dans les régions maritime et des plateaux qui regroupent à elles seules 66 % de la population totale sur une superficie d'environ 41 % du territoire national. LOME, la capitale, regroupe plus de la moitié des citadins du pays (1.142.867 habitants).

Les principaux indicateurs socio- démographiques du pays sont :

- taux brut de natalité : 37⁰/₀₀ ;
- taux brut de mortalité : 13⁰/₀₀ ;
- taux de mortalité infantile : 80⁰/₀₀ ;
- espérance de vie à la naissance : 57,5 ans ;
- taux de croissance démographique : 2,4⁰/₀₀ ;
- indice synthétique de fécondité : 5,4 enfants/femme ;
- taux de mortalité maternelle 478 pour 100.000 naissances vivantes.

I.3. - Situation socio-culturelle

Le TOGO compte une quarantaine d'ethnies répartie en six groupes.

L'âge au premier mariage est fixé pour l'homme à 20 ans révolus et à 17 ans pour la femme. La polygamie qui est autorisée par la loi est chose courante. 53,2 % des femmes mariées sont dans une union polygame.

La majorité de la population est animiste. Les chrétiens et musulmans représentent respectivement 28,3 % et 12,1 % de la population totale.

I.4. - La situation socio-économique (22, 51)

Le TOGO fait partie des pays les moins avancés (PMA). Le revenu annuel par habitant est estimé à 330 dollars USD. Le PNB est de 410 dollars par habitant. L'économie togolaise est dominée par l'agriculture. Le secteur minier est presque entièrement couvert par l'exploitation des phosphates qui constitue la première richesse nationale. La situation économique du TOGO présente de nombreuses contraintes et difficultés. La crise socio-politique sans précédent vécue entre 1990 et 1993 a entraîné une paralysie de l'appareil productif avec répercussion particulièrement grave sur les finances publiques.

Ce contexte particulier n'a pas permis d'atteindre les objectifs de développement économiques fixés.

La croissance du PIB est tombée à -3,6 % par an et le revenu net à -5,75 %.

Une telle situation a accentué la pauvreté, rendant encore plus difficile l'accès aux soins de santé d'une frange importante de la population.

Le vaste programme de relance économique mis en œuvre en vue du rétablissement de l'équilibre économique et financier a permis une reprise progressive de la croissance économique et financière.

L'environnement socio-économique rendu ainsi difficile, n'est pas sans conséquence sur la situation sanitaire du pays.

II - LE SYSTEME SANITAIRE TOGOLAIS (22, 51)

Le système de santé du TOGO est organisé en une pyramide avec :

- au **sommet**, *un niveau central* représenté sur le plan de l'offre de services par 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) représentant les hôpitaux de référence nationale compte tenu de leur plateau technique élevé. Il s'agit des CHU de Tokoin, CHU Campus, CHU de Kara.

- au **milieu**, *un niveau intermédiaire* représenté par quatre centres hospitaliers régionaux (CHR) répartis dans le pays. Ce sont des hôpitaux de référence pour les malades dont la prise en charge dépasse un niveau périphérique. Ces CHR disposent d'un plateau technique moyen leur permettant un minimum de soins spécialisés. Il s'agit des hôpitaux de Dapaong Sokodé, Atapkamé, Tsévié.

- un *niveau périphérique* constitué par :

- . 30 centres hospitaliers préfectoraux situés au niveau des chefs – lieux des préfectures ;
- . des hôpitaux secondaires ;
- . des centres médicaux des armées ;
- . des centres médicaux professionnels ;
- . des polycliniques ;
- . des centres médico-sociaux ;
- . des cabinets privés ;
- . des unités de soins périphériques et des centres de protection maternelle et infantile.

Tous ces niveaux sont impliqués à des degrés variables dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA au TOGO.

La couverture du pays en infrastructures sanitaires est de :

- une unité de soins pour 8500 habitants (la norme de l'OMS étant de 1 unité pour 5000 habitants) ;
- un médecin pour 12470 habitants (la norme de l'OMS étant de 1 médecin pour 10.000 habitants) ;
- une sage-femme pour 9330 habitants (la norme de l'OMS étant de 1 sage-femme pour 300 femmes en âge de procréer);
- un infirmier pour 3093 habitants (norme de l'OMS étant de 1 infirmier pour 300 habitants).

Au plan de l'état de santé, la situation sanitaire du TOGO est caractérisée par des taux élevés de mortalité infanto-juvénile imputable aux maladies infectieuses et parasitaires dont le chef de file est le Paludisme ; viennent ensuite les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les carences nutritionnelles etc...

En dehors des affections courantes, de nouveaux problèmes de santé ont graduellement pris l'ampleur. Ce sont les maladies mentales, la toxicomanie, le tabagisme, l'alcoolisme et surtout les IST dont le VIH/SIDA.

CHAPITRE II : SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH/SIDA /IST (31, 35, 42, 46, 47, 51)

I - LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (35)

Les IST demeurent un problème de santé préoccupant au TOGO.

Elles représenteraient une cause fréquente de consultation sans qu'il soit possible d'en évaluer le poids avec précision. En 1999, dans l'ensemble du pays, 16.558 cas ont été notifiés sur la base d'approche syndromique.

En l'an 2000 de janvier à la fin juin un total de 3088 cas d'IST ont été notifiés pour l'ensemble du pays avec un taux de complétude de 30 %.

Ces valeurs ne permettent pas d'évaluer l'ampleur réelle de ces infections.

La plupart ne parvenant pas aux services de santé agréés sans compter ceux qui vont directement dans les pharmacies privées.

II - LES NOTIFICATIONS DES CAS DE SIDA DE 1987 à 2001 (22, 36, 42)

A l'instar de la plupart des pays africains les premiers cas de sida ont été diagnostiqués au TOGO en 1987.

Bien que le nombre de cas notifiés soit loin de refléter la réalité, celui-ci n'a cessé d'augmenter pour atteindre un total de 13705 cas en l'an 2001.

Tableau VIII : Cas de SIDA déclarés par année au TOGO de 1987 à 2001 (Source : PNLS)

Années	Nombre
1987	06
1988	20
1989	166
1990	458
1991	628
1992	864
1993	1330
1994	1284
1995	1710
1996	1527
1997	1211
1998	1620
1999	998
2000	687
2001	1193
1987 à 2001	13705

La répartition des cas de SIDA selon l'âge montre que 81,5 % surviennent dans la tranche d'âge de 19-49 ans (**tableau VIII**). Le sex-ratio est de 0,8.

8,1% de garçons contre 30,5 % de filles entre 15-19 ans. Ceci dénote la précocité des rapports sexuels chez les filles par rapport aux garçons de la même tranche d'âge.

Comme dans la plupart des pays africains la répartition suivant le mode de contamination montre que 82,47 % des cas sont survenus par la voie hétérosexuelle suivie de la transmission mère-enfant 5,11 %.

La répartition suivant le lieu de résidence montre que 67,07% des cas de sida proviennent des zones urbaines et 32,3% des zones rurales.

Tableau IX : Répartition par âge et par sexe des cas de SIDA notifiés de janvier à décembre 2002

Age (ans)	Sexe	Sexe féminin	Non précisé	TOTAL
0-4	31	09		40
5-9	04	07		11
10-14	01	02		03
15-19	04	14		18
20-24	12	29		41
25-29	23	64		87
30-34	128	95		223
35-39	117	65		182
40-44	88	38		126
45-49	70	27		97
50-54	37	09		46
55 -60	13	10		23
60 et +	10	03		13
Non précisé	05	-	278	283
Total	543	372	278	1193

■ *La séro-prévalence de l'infection par le VIH*

Il existe une certaine controverse en ce qui concerne la séroprévalence du VIH dans la population générale. Selon le Centre National de Référence, elle serait de 6 % dans la population générale.

Selon le bureau de l'ONUSIDA Togo, la prévalence du VIH est estimée à 8,5 % en 1998 et le nombre de personnes vivant avec VIH se chiffrerait entre 150000 et 200000.

III - IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE DE L'EPIDEMIE SUR LA POPULATION (31, 36)

Comme il a été signalé précédemment, le nombre cumulé de cas de SIDA de 1987 à 2001 s'élève à 13705 dont 81,5 % sont survenus chez des sujets de 19 à 49 ans. Le SIDA frappe principalement les groupes d'âge de 20 à 49 ans qui représentent les forces vives de la nation. De plus, parmi ces cas, plus des ¾ soit environ 10000 sujets sont déjà décédés et ont probablement laissé 25000 orphelins.

Les victimes du SIDA appartiennent à diverses catégories socio-professionnelles et constituent en raison de leur tranche d'âge d'appartenance, la tranche productive du pays y compris les élites.

Il s'en suit un absentéisme, une perte de main d'œuvre, une baisse de la productivité. Par ailleurs la maladie affecte les cadres nationaux qualifiés non aisément remplaçables rapidement. Si on ajoute à cela l'ignorance ou l'incompréhension de la maladie et la peur irraisonnée qu'elle peut susciter dans la population, tout ceci engendre des effets socio-économiques importants, compromettant gravement le développement d'un pays dont les moyens de lutte contre l'épidémie sont par ailleurs insuffisants.

III.1. - Au niveau des ménages

L' impact est d'autant plus important que chaque chef de ménage soutient économiquement 5 personnes en moyenne. On note :

- une perte de revenus ;
- un réarrangement du budget du ménage avec :
 - . une augmentation des dépenses consacrées à la santé ;
 - . baisse de l'épargne et des investissements productifs ;
 - . une augmentation du nombre de personnes dépendantes par personne productive valide ;

- des réactions de rejet possible ;
- à terme, enfants et personnes âgées se retrouvant seules et démunies. Il se pose alors un problème d'éducation de ces enfants orphelins .

III.2. - Au niveau des entreprises et des filières de production

On note :

- une augmentation des coûts de production et donc des coûts de consommation ;
- une baisse des investissements ;
- une diminution de la production.

Dans une filière agricole par exemple, la défaillance d'un des maillons de la chaîne (transport par exemple) a des répercussions sur l'ensemble des opérations .

III.3. - Au niveau du gouvernement

Il y a une baisse des recettes fiscales, du budget alors que les besoins croissent en raison de cette infection à VIH, des investissements en infrastructures et également des réserves en devises.

III.4. - Au niveau du secteur de l'éducation

De nombreux enseignants ont été touchés par le sida ceci pose un problème de développement, vu le rôle important que joue cette catégorie de personnes dans le domaine.

IV - LES PRINCIPAUX DETERMINANTS QUI ENTRETIENNENT L'EPIDEMIE (51)

Ce sont :

- l'activité sexuelle élevée au sein de la population des jeunes, la multiplicité des partenaires sexuels ;
- la non perception du risque et le déni de la maladie ;
- la pauvreté ;
- la prostitution importante et très mobile dans le pays et dans ceux de la sous-région ;
- l'existence de groupes vulnérables : femmes portefaix , filles domestiques ;
- l'analphabétisme élevé chez les femmes 63 % ;
- le faible taux d'utilisation du préservatif chez les jeunes ;
- l'exode rural, la migration et la prostitution ;
- l'activité sexuelle précoce des jeunes ;
- la prévalence élevée des IST ;
- la stigmatisation des PV/VIH ;
- l'abandon scolaire et le retrait précoce de la fille de l'école pour raison économique et sociale ;
- le phénomène de la dote de libération des apprenties ;
- l'existence de pratiques traditionnelles néfastes.

V - OBSTACLES ET OPPORTUNITES DANS LA LUTTE

V.1. - Les principaux obstacles s'opposant à la lutte

Ils sont d'ordre :

- **économique** : essentiellement le manque de moyens financiers ; pas de fonds débloqués par l'Etat pour la lutte ;
- **socioculturel** : le poids de la tradition et de la culture, le fait que le SIDA soit considéré comme étant dû à un pouvoir magique surnaturel, ce qui ne favorise pas le recours aux soins. De plus, il existe une grande influence des tradithérapeutes qui promettent la guérison de cette terrible maladie sur toutes les antennes radiotélévisées du pays ;
- **religieux** : refus de certaines communautés religieuses de l'utilisation des préservatifs.

V.2. - Les opportunités pour renforcer la lutte

- Engagement du secteur privé
- La volonté de la région AFRIQUE de la Banque Mondiale qui se traduit par son initiative spéciale d'intensification de la lutte contre le VIH/SIDA
- Le lancement du partenariat international de la lutte contre le SIDA en Afrique, et sa concrétisation au TOGO à travers le groupe thématique élargi de l'ONUSIDA et la banque mondiale en collaboration avec tous les partenaires impliqués spécifiquement dans ce domaine.

CHAPITRE III : LES MOYENS DE LUTTE

I - REPONSE GOUVERNEMENTALE (31)

La réponse gouvernementale s'est caractérisée par la mise en place d'un comité national de lutte contre le sida dont l'organe exécutif est le PNLS /IST. Il a été mis en œuvre un plan à court terme (PCT 1988) et deux plans à moyen terme (PMT1 1989-94 et PMT 1995-1999).

Ces plans ont été essentiellement articulés autour de :

- la prévention de la transmission sexuelle (IEC pour un changement de comportement) et du contrôle des IST et des préservatifs ;
- prévention de transmission sanguine (dépistage systématique des dons de sang) ;
- prévention primaire de la transmission mère-enfant.

Parallèlement des interventions en vue de la réduction de l'impact individuel et social de l'infection ont été menées notamment pour assurer une prise en charge psychosociale et médicale des PV/VIH ainsi que de leurs familles.

Ces interventions ont consisté à former les personnes en counseling et à la prise en charge des infections opportunistes.

Un processus de planification stratégique a démarré en Avril 2000 et a vu l'amélioration d'un plan d'action stratégique de lutte contre le SIDA.

Néanmoins cette nouvelle orientation des interventions se heurte à un certain nombre de contraintes :

- une situation politique caractérisée par un faible soutien des partenaires au développement réduisant de manière drastique les ressources affectées à la lutte contre le SIDA ;

- un engagement politique national jugé insuffisant au regard de l'ampleur du problème ;
- une implication insuffisante des secteurs autres que la santé dans les activités de prévention.

II - LE CADRE INSTITUTIONNEL (PNLS)

Le programme national de lutte contre le sida est géré au niveau central par la Direction Générale de la Santé (DGS) du Ministère de la Santé Publique (MSP). Il est chargé d'organiser et de coordonner la réponse contre le VIH/SIDA à l'échelle du pays. Il a à sa tête une direction assistée de plusieurs unités techniques (unités administratives et financières, unité de recherche, une unité épidémiologie, une unité d'IEC, une unité de prise en charge médicale et psychosociale, une unité IST).

Ce processus impulsé par le groupe ONUSIDA implique les différents niveaux et l'ensemble des acteurs et partenaires dans la réponse VIH/SIDA au TOGO.

III – ORGANIGRAMME DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU TOGO (*figure 4*)

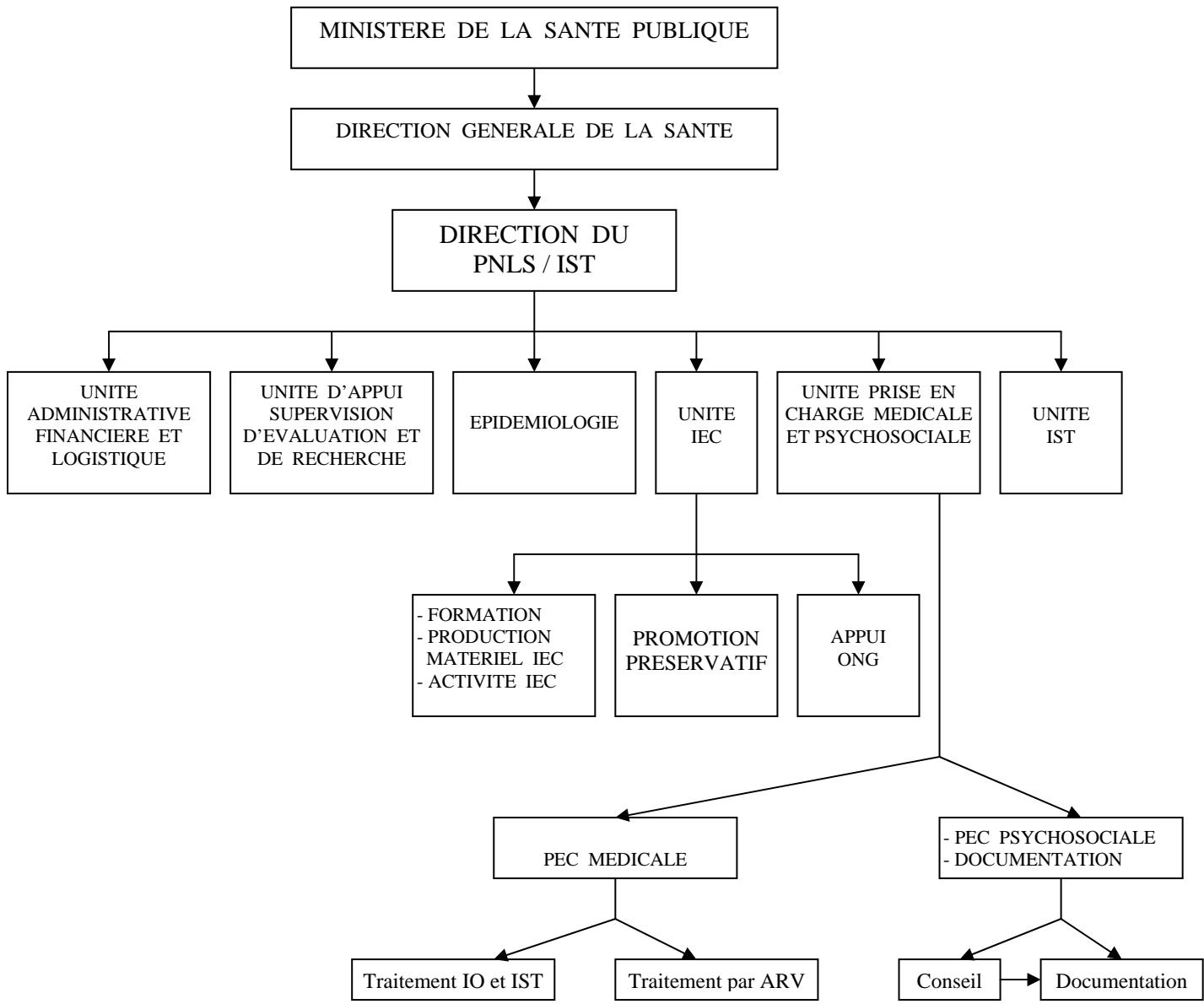


Figure 4 : Organigramme de la lutte contre le VIH/SIDA au TOGO.

III.1. - Objectifs du PNLS/IST TOGO

- Informer, éduquer et communiquer.
- Améliorer la prise en charge des PV/VIH/SIDA.
- Améliorer la connaissance de la situation épidémiologique et apprécier l'évolution de l'épidémie.
- Développer et coordonner les activités de prévention et de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).
- Réduire l'impact socioéconomique du VIH/SIDA/IST.
- Coordonner et promouvoir la recherche en matière de VIH/SIDA/IST.

III.2. - Stratégie de lutte contre le SIDA

■ ***Décentralisation*** : responsabilisation des niveaux régionaux et préfectoraux pour l'exécution des activités.

■ ***Déconcertation*** : délégation d'activités à l'ensemble des partenaires :

- gouvernementaux ;
- privés ;
- associatifs à but non lucratif.

Pour une lutte intersectorielle et interdisciplinaire.

■ ***Intégration***

- des programmes synergiques : VIH/SIDA, IST, tuberculose, santé de la reproduction ;
- de l'ensemble des activités de lutte contre le SIDA dans les actions habituelles de chaque partenaire (soins de santé de base, éducation pour la santé, système éducatif...).

La prévention étant au centre de toutes les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA /MST.

IV - LES PARTENAIRES FINANCIERS DANS LA LUTTE (1, 22, 44)

IV.1. - USAID et le Gouvernement Américain

Depuis la fermeture de son bureau au Togo, l'USAID continue de soutenir la lutte contre le VIH/SIDA à travers le projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS). La première phase de ce projet exécutée de 1996 à 2000 a surtout axé ses interventions dans le domaine de la planification familiale (incluant la prise en charge des IST) et de la prévention de la transmission de l'infection à VIH. En ce qui concerne la prévention du Sida, les actions ont surtout porté sur la sensibilisation de la population générale. Par ailleurs le projet SFPS a formé des prestataires cliniques en compétence de prévention des infections et en techniques de communication interpersonnelle.

Un programme de marketing social du préservatif soutenu par l'USAID existe au TOGO depuis 1992. D'abord mis en œuvre par Futures Group, ce programme a été piloté depuis 1996 par Population Services International (PSI).

Ce programme dont l'objectif est d'accroître la disponibilité, l'accessibilité et surtout l'utilisation correcte des préservatifs au TOGO a obtenu un résultat spectaculaire. De plus, dans le cadre de l'initiative régionale de prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest (PSAMAO), P.S.I., en collaboration avec les ONG locales, assure une dissémination de l'information préventive et une disponibilité accrue des préservatifs à proximité de l'axe routier principal LOME-CINKASSE.

Le gouvernement américain soutient également les efforts de sensibilisation à travers un réseau de volontaires du corps de la paix en milieu rural surtout.

IV.2. - Les autres bailleurs de fonds et agences de coopération

La lutte contre le VIH/SIDA est également soutenue au Togo par d'autres partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Le groupe thématique ONUSIDA-TOGO, créé pour appuyer le Gouvernement Togolais (représenté par le directeur du PNLS) par une action conjointe et coordonnée des agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, FNUAP, UNESCO, FAO, Banque Mondiale) est élargi aux autres partenaires bi- et multilatéraux (Union Européenne, GTZ, Coopération française, CARE international, SFPS) ainsi qu'à des collectifs d'ONG.

Le groupe thématique élargi constitue ainsi un cadre de concertation et de coordination susceptible de favoriser l'émergence d'orientations stratégiques consensuelles.

La présidence du groupe thématique qui a été assurée, de 1995 à Février 2000 par l'OMS, est actuellement assurée par le FNUAP. Le groupe thématique ONUSIDA-TOGO a élaboré un Plan de Travail 2000-2001 et se réunit en moyenne un fois tous les deux mois.

Tableau X : Domaines d'intervention des partenaires au développement du TOGO (source : ONUSIDA TOGO)

	IEC	PEC	IST	REACTIF	SURVEILLANCE EPIDEMIO-LOGIQUE	PRESERVATIFS	A.I	A.M	PTME	CDV
ONUSIDA	*	*					*	*		
PNUD							*	*		
FNUAP	*					*				
UNICEF	*			*					*	
OMS		*		*	*		*			
B.M	*						*	*		
U.E	*	*		*		*				
FRANCE		*		*						*
USAID	*		*			*				
GTZ	*			*	*					

IV.3. – Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) (41)

Des 136 ONG de lutte contre le SIDA recensées au TOGO, 93 (68 %) sont basées dans la région maritime.

Parmi ces ONG, seules 36 sont affiliées au PNLS.

Les ONG du TOGO à l'image des ONG sœurs des autres pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont surtout été actives dans la prévention par le développement de campagnes de sensibilisation en direction essentiellement de la population générale surtout, et parfois en direction des groupes vulnérables et/ou à risque tels que les jeunes et les travailleuses du sexe.

Les activités des ONG qui offrent la prise en charge sont menées en collaboration avec des structures sanitaires. Les services offerts par les ONG de prise en charge comprennent : le counseling individuel, le counseling de famille, l'assistance en médicaments en examens biologiques, les visites à domicile, les consultations médicales gratuites offertes par des médecins volontaires.

Malgré la détermination de ces ONG à réduire l'impact du VIH/SIDA, leurs efforts sont fortement limités par le manque de moyens financiers. Certaines reçoivent des aides de bailleurs de fonds travaillant à LOME, d'autres sont directement affiliées à des partenaires à l'extérieur du TOGO qui les financent.

Il est à noter l'effort du PNLS à organiser les ONG en réseau afin de mieux coordonner leurs activités.

TROISIEME PARTIE

***LA PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES VIVANT AVEC
LE VIH AU TOGO***

CHAPITRE I : LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

I - LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES (22)

L'essentiel de la morbidité liée au VIH est le fait d'un nombre limité d'infections opportunistes ainsi que de leurs complications auxquelles les personnes infectées sont susceptibles. Il s'agit de la tuberculose, des pneumopathies, des diarrhées, des candidoses oro-pharyngées.....

Le diagnostic de ces infections est généralement possible au niveau des centres de santé de premier niveau et des hôpitaux de district et elles peuvent être traitées avec des antibiotiques efficaces, accessibles parce que peu coûteux mais pas toujours disponibles.

Il s'agit de la toxoplasmose, la cryptococcose, la pneumonie à *Pneumocystis carinii* des infections à *herpes simplex* et au cytomégavirus et aux mycobactéries atypiques.

Les infections les plus courantes sont prises en charge avec plus ou moins d'efficacité grâce à la prescription des médicaments antibactériens et antifongiques génériques inscrits dans la liste des médicaments essentiels.

En 1997, le PNLS/IST a renforcé l'accès aux médicaments essentiels génériques disponibles à la centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques (CAMEG).

Des problèmes se posent encore quant à la disponibilité de certains médicaments tels que la *pyriméthamine* et le *fluconazole* nécessaires pour le traitement de certaines infections graves telles que la toxoplasmose et la cryptococcose.

La tuberculose fait l'objet d'une prise en charge bien organisée dans le cadre d'un programme de lutte bien structuré, décentralisé sur l'ensemble des préfectures où il existe un Centre de Traitement Antituberculeux disposant d'un

laboratoire. Le protocole de traitement dure huit mois avec une phase d'hospitalisation initiale de deux mois suivie d'une phase de consolidation de six mois. Le traitement repose sur une quadrithérapie :

- Rifampicine + Ethambutol + Pyrazinamide + Isoniazide

Chez les tuberculeux, l'infection à VIH est généralement suspectée en cas de résistance au traitement. Malgré plusieurs sollicitations du PNLS, il n'a pas été possible d'instaurer un dépistage systématique du VIH au sein de cette population compte tenu de la non disponibilité des tests.

II - L'ACCES AUX ARV (39, 45)

Conscients du caractère d'urgence que prenait l'épidémie de SIDA, les dirigeants des pays de la CEDEAO ont dû réagir en intégrant dans leur système de soins les traitements antirétroviraux.

II.1. – Mise en place des ARV au TOGO

Le traitement par les ARV a été introduit au TOGO en 1997. Les premiers disponibles étaient :

- Zidovudine (RETROVIR) ;
- Didanosine (VIDEX) ;
- Stavudine (ZERIT) ;
- Indinavir (CRIXIVAN).

Ces produits étaient exonérés de taxes douanières afin de permettre aux malades de pouvoir supporter le coût ; cependant le traitement restait accessible aux plus nantis compte tenu de la cherté des ARV.

Pour illustration en 1997 où le nombre de malades était estimé au TOGO à 1211, le nombre de patients traités n'était que de 10 (39).

De ce fait, en marge de la 53^{ème} Session de l'Assemblée Mondiale de la Santé réunie à Genève, le 17 mai 2000, les Ministres de la Santé des pays de la communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest ont évoqué leur stratégie de participation aux négociations internationales sur la réduction des prix des ARV conformément à la déclaration d'intention commune entre les cinq firmes pharmaceutiques, l'ONUSIDA, l'OMS et d'autres Agences du Système des Nations Unies (45, 47).

II.2. – La baisse des prix de vente des ARV par les Laboratoires fabricants (29, 45)

Suite aux décisions prises aux termes de la conférence de Genève (45), le Gouvernement Togolais, par son Ministre de la Santé, s'est engagé auprès des firmes ci-après : Glaxo Smith Kline (GSK), Merck Sharp & Dohme (MSD) et Bristol-Myers Squibb (BMS), Roche/Abbot pour la signature de contrats visant à la baisse des prix des ARV de 20 à 80 %. Ces contrats furent signés au cours d'une réunion tenue le 15 juin 2001 dans les locaux du Ministère de l'Intérieur.

Le contrat avec les représentants MSD visait à la réduction du prix de vente de CRIXIVAN et du STOCRIN.

Le contrat avec BMS fut signé pour la réduction du prix de vente de VIDEX et ZERIT.

Le contrat avec Glaxo Smith Kline concernait la réduction du RETROVIR, EPIVIR, COMBIVIR, ZIAGEN, TRIZIVIR.

Les prix du KALETRA (Lopinavir + Ritonavir) et du NORVIR des laboratoires Abbot restent en cours de négociation.

II.3. – Système d’approvisionnement et financement des ARV au TOGO (38)

II.3.1. - Approvisionnement en ARV

Il existe au TOGO, quatre grossistes-répartiteurs distributeurs d’ARV qui se chargent de les commander et de les mettre à la disposition des patients.

Ce sont :

- la Centrale d’Achat des Médicaments Essentiels Génériques : CAMEG;
- le Groupement Togolais des Pharmaciens : GT-PHARM ;
- SOCOPHARM ;
- SOTOMED.

Le grossiste exprime ses besoins par une commande définissant les quantités.

Les commandes sont envoyées aux firmes pharmaceutiques (GSK, BMS, MSD) qui réagissent par une facture pro-forma, laquelle servira à l’établissement de l’intention d’importation pour permettre à la COTECNA, organisme de contrôle, de procéder à l’inspection des expéditions et d’émettre une attestation permettant l’enlèvement des marchandises de la douane.

Dans le cas particulier des ARV, les expéditions se font en CAF (Coûts Assurant Frets) par voie aérienne.

L’Etat assure la disponibilité et l’accessibilité des ARV ; ainsi ils sont exonérés de toutes taxes douanières.

Seuls les frais portuaires et d’échange de documents (LTA) entrent en ligne de compte dans la détermination du prix de revient.

II.3.2. - Source de financement

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) n’a pas de budget voté pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH et les malades de

SIDA, du fait de la situation de crise qui prévaut depuis près d'une dizaine d'année dans un contexte où l'union européenne n'accorde plus aucune aide au TOGO. Les ARV sont commandés par les différents grossistes avec leurs propres fonds .

Tableau XI : Liste des ARV disponibles au TOGO

Type d'ARV	Abréviation formule chimique	DCI	Nom commercial
INTI	AZT	Zidovudine	RETROVIR
	ddI	Didanosine	VIDEX
	ddC	Zalcitabine	HIVID
	d4T	Stavudine	ZERIT
	3 TC	Lamivudine	EPIVIR
	ABC	Abacavir	ZIAGEN
INNTI	NVP	Névirapine	VIRAMUNE
	DLV	Délavirdine	RESCRIPTOR
	EFZ	Efavirenz	STOCRIN
Inhibiteurs de la protéase	SQV	Saquinavir	INVIRASE
	RTV	Ritonavir	NORVIR
	IDV	Indinavir	CRIXIVAN
	NFV	Nelfinavir	VIRACEPT
	APV	Amprénavir	AGENERASE
	LPV	Lopinavir	KALETRA

II.4. – Structures impliquées dans l'accès aux ARV au TOGO (22, 38)

■ *Le PNLS/IST*

Chargé de coordonner toutes les activités visant à obtenir une régression du taux de prévalence de l'infection à VIH au TOGO.

■ *La Direction des Laboratoires et des Pharmacies*

Chargée de :

- l'application de la législation et de la réglementation pharmaceutique ;
- l'enregistrement des médicaments avant leur commercialisation ;
- veiller au respect des normes, de la sécurité et de l'assurance de qualité des médicaments et autres produits de la pharmacopée ;
- collaborer étroitement avec le PNLS/IST.

■ *Les grossistes répartiteurs*

Ce sont principalement la CAMEG et GT-PHARM puis accessoirement SOCOPHARM et SOTOMED.

■ *Les CHU, CHR et Cliniques de la place*

■ *Les laboratoires d'immuno-virologie*

- Le Centre National de Référence VIH/SIDA (**CNR/VIH**) : créé par décret ministériel et basé à LOME il est matérialisé par le laboratoire de microbiologie du CHU Tokoin. Il est chargé de la supervision et du contrôle de qualité des laboratoires du pays en matière de VIH/SIDA/IST.

Il dispose d'une chaîne ELISA, d'un western blot (qui n'est pas systématiquement fait) pour le diagnostic sérologique de l'infection à VIH.

Il dispose également d'un fascount pour CD3/CD4/CD8.

Le CNR est dirigé par un Professeur et comprend une équipe de biologistes et de techniciens formés en matière de diagnostic et de suivi de l'infection.

Si au cours des premières années de l'épidémie le CNR a pu assurer ses missions, la situation qui prévaut dans le pays depuis quelques années affecte gravement les capacités du centre. En effet les derniers rapports remontent à 1996 et font état des formations et stages de techniciens.

- Les laboratoires d'analyses du CHU campus, de l'INH et du CNTS.
- Un laboratoire privé (pharmacie pour tous).

II.5. – La prescription des ARV au TOGO

II.5.1. - Conditions requises

En raison des moyens très limités de nos pays (non disponibilité de charge virale) le traitement antirétroviral est débuté en tenant compte de l'état clinique du patient et des CD4 comme le recommande l'OMS (**54**)

- maladie à VIH de stade IV (stade OMS) quel que soit le nombre de CD4 ;
- maladie à VIH de stades I, II ou III (stade OMS) avec un nombre de CD4 inférieur à $200/\text{mm}^3$.

II.5.2. - Bilan pré-thérapeutique (33)

Avant tout traitement antiretroviral, un bilan initial est nécessaire ce dernier permettra de respecter les contre-indications d'une part mais aussi d'apprécier le suivi de la maladie et du traitement d'autre part.

Ce bilan comporte en général :

- un examen clinique en vue de la détection des risques d'une ou des affections opportunistes ;
- le dosage des CD4 ;

- la mesure de la charge virale (non indispensable dans le contexte).

Ces trois examens permettant d'apprécier le niveau d'évolution de la maladie mais aussi de décider de l'indication d'un traitement ou pas.

■ Un bilan standard :

- NFS – VS ;
- bilan hépatique (GOT, GTP, Gamma GT, PAL) ;
- urée- créatinine ;
- amylasémie ;
- lipasémie ;
- glycémie ;
- cholestérolémie, TG, uricémie.

■ Une radiographie pulmonaire.

■ Sérologie : CMV, VHC, VHB, Syphilis, Toxoplasmose (si possible).

II.5.3. - Personnel de santé habilité à prescrire

Il s'agit essentiellement des médecins formés à la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH et donc habilités à prescrire des ARV.

De nombreux ateliers de formations sur la prise en charge du VIH/SIDA au cours desquels plus d'une soixantaine de médecins issus de Lomé et de l'intérieur du pays ont été organisés.

Il n'y a pas de centre de référence pour la prise en charge des personnes infectées ; chaque médecin ayant suivi les ateliers de formation prend en charge ses patients dans sa clinique ou au niveau du centre hospitalier où il exerce. Il n'y a de ce fait aucune appréciation sur l'ampleur et la qualité de l'utilisation des ARV.

Nombreux sont les médecins qui effectuent cette prise en charge de façon bénévole au niveau des différentes ONG de la place.

II.5.4. - Les protocoles thérapeutiques

Le choix thérapeutique du TOGO reste la trithérapie sauf cas exceptionnel de manque de moyens financiers.

Les protocoles utilisés sont :

II.5.4.1. - Chez l'adulte

Les différentes combinaisons faites sont :

P₁ = ZERIT 40 mg +VIDEX100 mg + STOCRIN 200 mg

P₂ = EPIVIR 150 mg + ZERIT 40 mg + STOCRIN 200 mg

P₃ = CRIXIVAN 400 mg + EPIVIR 150 mg + ZERIT 40 mg

P₄ = ZERIT 40 mg +VIDEX 100 mg + CRIXIVAN 400 mg

P₅ = COMBIVIR 150 mg + COMBIVIR 300 mg + STOCRIN

P₆ = RETROVIR300 mg + EPIVIR150 mg + CRIXIVAN 400

P₇ = TRIOMUNE 40 ou 30 (Lamivudine + Névirapine + Stavudine)

II.5.4.2. - Chez l'enfant

Les associations thérapeutiques utilisées restent les mêmes que chez l'adulte mais forcément en utilisant des formes pédiatriques.

Les nouveaux-nés, issus de mères déjà sous thérapie pendant leur grossesse posant le problème de manque de formes pédiatriques des molécules et de techniques de dépistage dans nos milieux, sont traités cas par cas. Mais de manière générale ils sont mis sous Zidovudine + Lamivudine.

II.5.4.3. – Protocole chez la femme enceinte et prévention de transmission mère-enfant (PTME)

Différentes situations se présentent :

- *femme enceinte ne nécessitant pas de traitement ARV dans l'immédiat* : le traitement est différé chez la mère en fonction de la clinique et des CD4 ;

- *femme enceinte nécessitant un traitement* : dans ce cas le traitement antirétroviral est débuté à partir de la 14ème semaine (Zidovudine + Lamivudine + 1 antiprotéase)

Dans les deux cas, la PTME comporte :

- Zidovudine *per os* du troisième trimestre jusqu'à l'accouchement ;
- Zidovudine en IV pendant l'accouchement ;
- Zidovudine chez le nouveau-né pendant 6 semaines ;

Si césarienne accouchement sous Zidovudine en IV.

■ *Femme sous antirétroviraux et qui tombe enceinte* :

- si elle était sous bithérapie poursuivre la bithérapie ou ajouter une antiprotéase après 14 semaines de grossesse ;
- si elle était sous tri thérapie poursuivre traitement ;

la PTME reste la même.

II.5.4.4. – Protocole en cas d'accident d'exposition au sang

Une chimioprophylaxie est débutée dans les 24h suivant l'exposition. Il s'agit d'une bithérapie (COMBIVIR + 1 anti-protéase) pendant au moins un mois.

Cette chimioprophylaxie est faite après des gestes immédiats tels que nettoyage et désinfection des plaies qui sont connus par tous les professionnels.

II.6. - Coût du traitement antirétroviral au TOGO (tableau XII)

Tableau XI : Prix des antirétroviraux - (PNLS)

N°	Associations	Coût (FCFA) Nouveau Prix
1	ZERIT 40 mg	3.200
	VIDEX 100 mg (2 Boîtes)	20.000
	STOCRIN 200 mg	38.000
	Total du coût de la trithérapie 1	61.200
2	EPIVIR 150 mg	14.200
	ZERIT 40 mg	3.200
	STOCRIN 200 mg	38.000
	Total du coût de la trithérapie 2	56.000
3	CRIXIVAN 400 mg	42.000
	EPIVIR 150 mg	14.200
	ZERIT 40 mg	3.200
	Total du coût de la trithérapie 3	59.400
4	ZERIT 40 mg	3.200
	VIDEX 100 mg (2 Boîtes)	20.000
	STOCRIN 200 mg	42.000
	Total du coût de la trithérapie 4	65.200
5	COMBIVIR 150 mg + 300 mg	45.500
	STOCRIN 200 mg	38.000
	Total du coût de la trithérapie 5	83.500
6	RETROVIR 300 mg	33.400
	EPIVIR 150 mg	14.800
	CRIXIVAN 400 mg	42.000
	Total du coût de la trithérapie 1	90.200
7	TRIOMUNE	22.500

Le coût moyen d'une trithérapie est de 65.000 FCA.

II.7. - Observance des traitements

Les traitements antirétroviraux ont la particularité d'exiger un niveau d'observance très élevé pour des thérapeutiques contraignantes.

L'observance des traitements exige d'une part la continuité de l'approvisionnement en médicament et d'autre part la régularité de la dispensation.

Les motifs d'inobservance déclarés sont divers :

- départ du patient pour l'étranger ;
- changement de statut social ;
- épuisement économique ;
- désengagement des proches ;
- apparition d'un nouveau besoin antirétroviral dans le foyer ;
- les contraintes liées aux médicaments surtout aux antiprotéases telles que le rythme d'administration contraignant et les nombreux effets secondaires.

II.8. - Suivi biologique des patients sous traitement antirétroviral

La surveillance biologique souhaitable et qui est faite au niveau du Centre National de Référence comporte le dosage de la bilirubinémie, de l'amylasémie, des lipides sériques et de la numération des CD4.

Le dosage des CD4 ne se fait qu'au niveau du Centre National de Référence et au niveau d'un laboratoire privé, "Pharmacie pour tous", aux tarifs respectifs de 10.000 F et 17.000 F CFA.

La mesure de la charge virale qui est actuellement considérée comme facultative en raison de la limitation des ressources dans le pays (recommandation pour une approche de santé publique) n'est pas réalisable au TOGO.

II.9. - Accompagnement et soins psycho-sociaux pour les PV/VIH au TOGO (19, 24, 32, 49, 59, 60)

Les réactions psychologiques observées chez les patients de la découverte de la maladie au traitement antiretroviral sont des réactions typiques passant progressivement du choc à la peur, à l'incrédulité, à la dépression, à la panique, à la culpabilité, à la colère, à l'apitoiement sur soi même, pour aboutir à une prise de conscience de son état, d'action positive et d'acceptation. Bref un tableau de symptômes d'anxiété et de dépression comme l'ont décrit le peu d'études réalisées chez les personnes vivant avec le VIH suivies médicalement.

Le lien clairement établi entre syndrome dépressif et aggravation de la maladie a permis aux autorités sanitaires du pays de percevoir assez tôt l'importance du counseling des personnes infectées et affectées (24, 38). Cela s'est traduit par :

- l'élaboration en 1993 des guides de formateurs et des conseillers psychosociaux, des guides du conseiller psychosocial révisés en 1999.
- la formation au counseling entre 1991 et 1995, de 546 personnes dont plus de 80 % sont des personnels de santé : médecins, infirmiers, sage femmes, assistants d'hygiène, techniciens supérieurs, agent de promotion social, techniciens de laboratoire.
- l'ouverture d'un Centre de Conseil de Dépistage et de Documentation (CCD) à Lomé.

L'accent mis sur la formation du personnel de santé au Togo n'a cependant pas donné les résultats escomptés. Très peu d'agents de santé bien que formés pratiquent encore le counseling de manière satisfaisante.

Contrairement au personnel de santé qui a bénéficié de la plupart des formations effectuées, se sont les associations de personnes infectées et/ou affectées par le VIH (Espoir et vie ; FAMME ; AMC) qui mènent avec le Centre de

Conseil et Dépistage (CCD), la majeure partie des activités de counseling et d'accompagnement psychologique qui sont essentiellement concentrées à Lomé.

II.10. - Circuit d'accès des ARV et financement de l'achat par les patients

Sur instruction de l'Etat, les médicaments antirétroviraux sont cédés directement aux patients au niveau de la CAMEG.

Certains malades trouvaient que, pour plus de confidentialité, il valait mieux confier l'achat de leurs médicaments à leurs médecins.

L'aspect financier est cependant analysé avec le patient afin d'assurer un suivi continu du traitement vu que les contraintes financières constituent une cause fréquente d'arrêt de traitement.

De nombreux patients sous traitement ARV ne se les procurent pas auprès des grossistes de la place mais les font venir par leur parent en dehors de l'Afrique. Tout ceci ne permet pas de faire une évaluation efficace du traitement par les ARV.

CHAPITRE II : AUTRES ASPECTS DE LA PRISE EN CHARGE

I - LES TRADITHERAPEUTES

Les Tradithérapeutes constituent l'un des points forts qui entourent la lutte. Ces derniers sont convaincus et arrivent à convaincre une bonne partie de la population qu'ils guérissent le SIDA. Le plus grave est qu'ils passent par les médias (radio, télévision, journaux) pour se faire connaître.

Ceci pose un vrai problème d'autant plus qu'il est de ce fait difficile au PNLS de cerner la vraie prévalence du VIH/ SIDA au Togo.

Plusieurs médecins se plaignent du fait que bon nombre de leurs malades sous tri-thérapie disparaissent dès qu'ils se sentent mieux parce qu'ils sont détournés par les tradithérapeutes et ne reviennent les voir que dans un état de dégradation totale.

II - LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE

L'intégration des stratégies communautaires de prise en charge et soutien aux personnes vivant ou affectées par le VIH/SIDA à celles de prévention dans le contexte du "continuum de soins" a un impact positif sur la réduction des effets néfastes du VIH/SIDA sur l'individu, la famille et la communauté ainsi que sur la réduction de la transmission du VIH. La prise en charge et le soutien au niveau communautaire doivent compléter les activités entreprises au niveau des structures formelles de soins et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

La communauté est définie en terme de proximité géographique, d'affinités socioculturelles de groupement associatif, etc.

Quelle que soit la façon dont elle est définie, bien organisée et engagée elle joue un rôle crucial dans la prévention de la prise en charge du VIH/SIDA. Elle contribue spécifiquement à :

- apporter un soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH et à celles affectées (*ex* : les orphelins ou autres enfants vulnérables) ;
- réduire la stigmatisation et la discrimination ;
- promouvoir une manière positive de vivre chez les personnes vivant avec le VIH ;
- apporter les soins à domicile ;
- promouvoir les mesures préventives dans la communauté.

Au Togo, les activités de prise en charge au niveau communautaire des personnes vivant avec le VIH sont encore très peu développées. Il n'existe pas encore un effort concerté pour soutenir le renforcement de la prise en charge au niveau communautaire.

Les quelques activités de prise en charge communautaires qui sont actuellement menées sont pour la plupart localisées à Lomé. Ces activités sont parcellaires et d'une couverture limitée.

III - LES SOINS A DOMICILE

Les soins à domicile représentent une composante majeure de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Ces soins à domicile peuvent être définis comme tous les soins (médicaux, psychologiques, sociaux) que la personne vivant avec le VIH reçoit dans le confort de son domicile. Ces soins peuvent être administrés par la personne elle-même, sa famille, les membres de la communauté ou les agents de santé.

Bien conçus et organisés, les soins à domicile peuvent offrir les avantages suivants :

- permettre de décongestionner les structures de santé (en réduisant la durée d'hospitalisation) ;

- permettre à la personne vivant avec le VIH de rester active et productive le plus longtemps possible ;
- permettre à la personne vivant avec le VIH d'être dans son cadre de vie habituel entourée par sa famille et ses amis ;
- réduire la stigmatisation et la discrimination au niveau de la famille et de la communauté par l'éducation des familles et des communautés sur la prévention du SIDA ;
- réduire les coûts liés aux soins hospitaliers et aux arrangements faits par la famille pour visiter et soutenir la personne hospitalisée.

Au Togo les soins à domicile ne sont pas encore organisés de manière systématisée. Il existe quelques initiatives à l'actif des groupes tels que : *Aide Médicale et Charité, Espoir vie et Action contre le SIDA*. Ces groupes identifient les malades au niveau des structures sanitaires ou reçoivent les malades référés par d'autres prestataires des soins (ex : Centre de Dépistage et de Conseil, médecins, autres ONG, etc.). Les services offerts par ces groupes se limitent essentiellement au réconfort moral, à quelques soins infirmiers, à une aide aux travaux domestiques et à un soutien matériel limité. Ces services sont souvent handicapés par les moyens humains et financiers limités et par le secret qui entoure encore le VIH/SIDA limitant ainsi l'implication effective des membres de la famille et de la communauté dans l'administration des soins à domicile.

CHAPITRE III : ETUDE ANALYTIQUE

I - CADRE D'ETUDE, PERIODE D'ETUDE ET POPULATION CIBLE

I.1. - Cadre et période d'étude

Cette étude a été menée principalement au niveau du PNLS/IST où étaient pris en charge un grand nombre de PVVIH par le médecin directeur et également au niveau de deux grandes cliniques de la place à savoir : la Polyclinique Internationale St Joseph et la Clinique BARRUET.

Ces trois structures ont été choisies de façon arbitraire du fait de l'inexistence de centres agréés pour la prise en charge et aussi à cause du nombre important de patients qu'ils avaient à leur charge.

L'étude a été menée de Janvier à Avril 2003.

I.2. - Population cible

Le travail a été mené sur 102 personnes infectées par le VIH et qui sont sous traitement ARV.

II - MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude statistique menée sur les patients des trois structures citées plus haut. Le matériel était constitué non seulement par les fiches de consultations et de suivi de ces patients mais également de leurs ordonnances.

III - OBJECTIFS

Cette étude rentre dans l'évaluation de quelques dimensions de l'accès aux traitements antiretroviraux au TOGO à savoir :

- l'aspect comportemental à travers l'observance ;
- l'aspect économique.

En vue d'optimiser les résultats du programme ACCESS qu'on aura à proposer.

IV - ANALYSE DES RESULTATS

IV.1. - Répartition des patients en fonction du sexe

Tableau XIII : Répartition en fonction du sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	61	60
Féminin	41	40

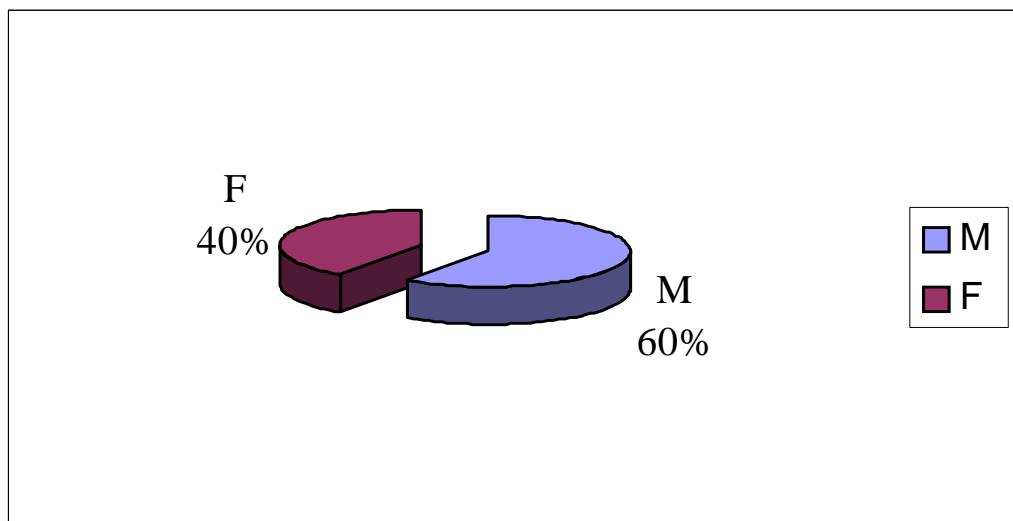


Figure 5 : Répartition en fonction du sexe

On remarque ici que moins de femmes suivent le traitement antiretroviral par rapport aux hommes.

IV.3. - Répartition en fonction du type de traitement

Tableau XV : Répartition en fonction du type de traitement

Type traitement	Effectif	%
P1	54	53
P2	39	38
P3	4	4
P4	5	5

P1 = 2INTI + 1 INNTI

P3 = Bithérapie

P2= 2INTI + 1 IP

P4 = autre

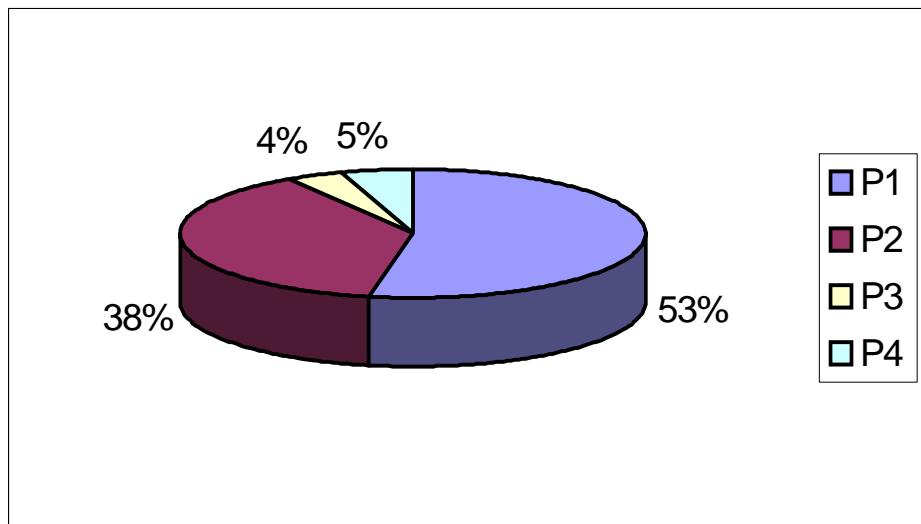


Figure 7 : Répartition en fonction du type de traitement

D'après la figure 7 ci-dessus 91,17 % des patients sont sous trithérapie avec 53 % pour P1 et 38 % pour P2 .

La bithérapie n'est presque plus prescrite, seulement 3,92 % sont sous bithérapie.

IV.4. - Répartition en fonction de la provenance

Tableau XVI : Répartition en fonction de la provenance

Provenance	Effectif	%
Lomé et environs	63	62
Hors de Lomé	32	31
Indéterminée	7	7

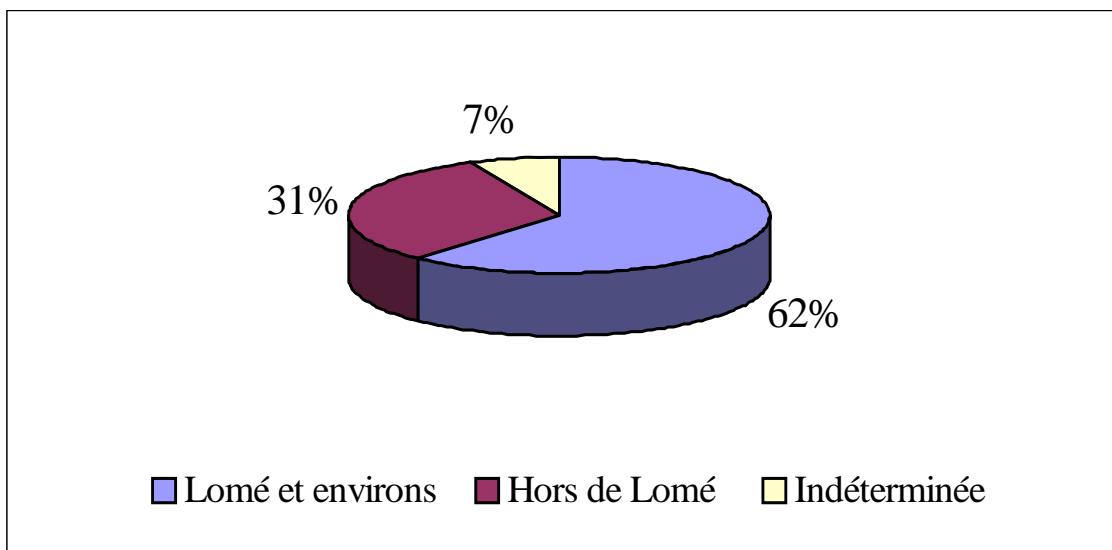


Figure 8 : Répartition en fonction de la provenance

61,76 % des patients sous thérapie viennent de LOME et de ses environs.

31,37 % viennent non seulement des autres villes de LOME mais également de certaines villes du Bénin .

On note ici 6,86 % de patients dont la provenance reste indéterminée.

IV.5. - Nombre de patients n'ayant pas renouvelé leur traitement

25 sur les 102 patients de l'étude n'ont pas renouvelé leur traitement. Les raisons du non renouvellement restent multiples.

On a noté :

- 12 perdus de vue ;
- 6 décès ;
- 4 cas de non renouvellement pour faute de moyens ;
- 3 cas pour indiscipline.

V - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V.1 – Les différentes tranches d’âge

V.1.1. - La majorité des patients ont entre 31 et 45 ans (49,01 %)

Dans cette tranche d’âge on retrouve des personnes en pleine activité sexuelle au Togo. C’est également la tranche d’âge où on retrouve plus de travailleurs qui arrivent à prendre en charge leur thérapie .

Ceci montre une certaine prise de conscience, un comportement responsable qui est vraiment à encourager si l’on veut faire régresser la prévalence du VIH au Togo .

V.1.2. - Un faible taux de jeunes de 16 à 30 ans suivent un traitement antirétroviral

Il s’agit de la tranche d’âge la plus touchée après celle de 31 à 45 ans. Compte tenu du fait que la plupart d’entre eux sont encore à la charge de leurs parents, ils ne peuvent pas eux même subventionner leurs thérapies ; ceci justifie leur faible adhésion aux traitements ARV.

Il y a aussi le fait que bon nombre d’entre eux ne se rendent pas compte de la gravité du problème que constitue le SIDA et ne sont pas informés de l’importance des traitements.

V.1.3. - Un faible taux de personnes ayant 60 ans et plus suivent le traitement

Ils sont les moins touchés par le phénomène VIH/SIDA mais néanmoins le taux de patients traités ne suit pas le nombre de patients malades dans la tranche d’âge.

Ceci peut s’expliquer par le fait que leurs pensions de retraite ne leur permettent pas de prendre en charge le coût des thérapies du VIH. Mis à part ce fait, la complexité de ces traitements constitue pour eux un facteur décourageant.

Ils se disent qu'ils n'ont plus rien à perdre et jugent mieux de se laisser mourir.

V.2. – Le sexe des patients

Plus d'hommes suivent les traitements ARV au TOGO selon cette étude que les femmes contrairement à la prévalence dans la population (Sex ratio homme/femme de 0,7).

Ceci peut s'expliquer par le fait que beaucoup d'entre elles soient entretenues par leur mari et ne peuvent pas prendre en charge elles-mêmes leurs thérapies .

Cette non concordance entre la prévalence du VIH dans la population féminine et le taux d'adhérence aux traitements peut être corrélée également avec le fait qu'elles soient très peu informées. Elles ignorent l'existence et l'importance des ARV.

V.3. - Les perdus de vue

Un nombre élevé de patients sous traitement sont perdus de vue (11,76 %).

Ceci pose un réel problème d'autant plus que l'interruption de traitement survient toujours au moment où une amélioration de l'état général est noté chez ces patients.

Les raisons sont multiples. La plus importante est le détournement vers les tradithérapeutes et les séances de prières. L'une des causes reste aussi l'absence de moyens financiers des malades.

IV.2. - Répartition en fonction de l'âge

Tableau XIV : Répartition en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectif	%
≤ 15 ans	3	2,94
16-30 ans	17	16,66
31-45 ans	50	49,01
46-60 ans	26	25,49
> 60 ans	1	0,98
Indéterminée	5	4,9

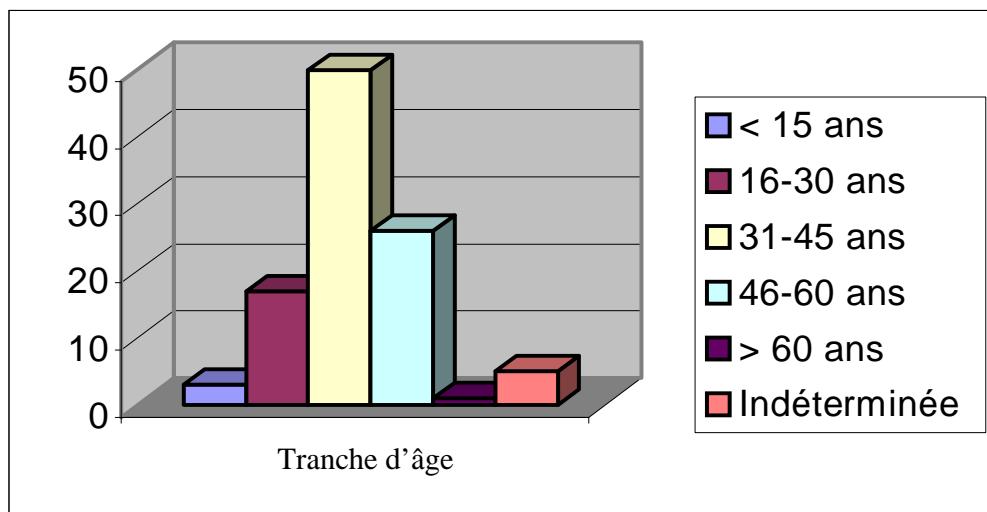


Figure 6 : Répartition en fonction de l'âge

Cette étude montre une forte participation des patients de 31 à 45 ans avec un pourcentage de 49,01%. Viennent ensuite ceux ayant entre 46 et 60 ans avec eux un pourcentage de 25,49 %.

Les patients les moins représentés sont ceux ayant moins de 15 ans et ceux ayant plus de 60 ans avec des pourcentages respectifs de 2,94 % et 0,1 %.



Le syndrome d'immunodéficience acquise a été plus redoutable que ce que l'on a cru à la découverte de la maladie dans les années 80, de par les pertes en vies humaines recensées jusqu'alors. En ce début de siècle l'avenir de nombreux hommes femmes et enfants se trouve obscurci par cette maladie inéluctablement mortelle encore inconnue il y a quelques décennies.

Il y a moins de 10 ans quand il n'existe qu'une seule classe d'ARV (inhibiteurs de la transcriptase inverse) incapable d'inhiber suffisamment la réPLICATION du virus, la vie de personnes vivant avec le VIH suivait un seul cours immuable aboutissant à un déficit profond de leur système immunitaire puis finalement la mort dans un tableau cachectique indescriptible.

Depuis 1997, l'apparition de nouveaux ARV (inhibiteurs de la protéase) avec les multiples combinaisons proposées malgré la lourdeur des traitements, les effets secondaires , les problèmes de résistance , a diminué de façon considérable la morbidité et la mortalité et amélioré la qualité de vie des malades.

De nouvelles molécules touchant d'autres cibles seront bientôt disponibles sur le marché (inhibiteurs de la fixation VIH-récepteurs CD4, inhibiteurs de l'intégrase...).

L'énorme problème qui se pose à l'heure actuelle est celui de l'accessibilité financière des ARV aux plus pauvres. Tous sont importés par les pays les moins développés des pays riches à monnaie forte pour un coût très élevé.

En 2002, plus de 3 millions de morts dans le monde dont 2,4 en Afrique :

- nombre de décès depuis le début de l'épidémie : 28 millions dans le monde dont 90 % en Afrique ;

- nombre de cas cumulés depuis le début : 42 millions dont 28 en Afrique.

Dans ce contexte où l'Afrique subsaharienne subit les plus grosses pertes face à ce fléau, nos pays s'organisent pour une meilleure prise en charge des malades vivant avec le VIH.

Le TOGO pays de l'Afrique de l'Ouest, situé sur les côtes de l'océan atlantique voit sa population décimée de jour en jour par cette catastrophe.

La prévalence tourne autour de 8,5%. Près de 700 personnes seulement sont sous traitement ARV. Il n'y a pas pour l'heure un budget destiné à la prise en charge des porteurs du VIH et ceci est d'autant plus inquiétant que le TOGO vit dans un contexte socio-économique déplorable où toute coopération lui est coupée.

Actuellement le gouvernement togolais a pu signer avec des firmes pharmaceutiques, des accords en vue de la réduction du prix des ARV dans le cadre du plan d'action des Nations Unies, mais ne participe pas lui-même financièrement à l'achat de ceux-ci par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG) qui a la charge exclusive de la commande et de la dispensation des ARV.

Le résultat est que ces produits restent encore inaccessibles à une bonne partie des malades. Le coût moyen d'un traitement antirétroviral par mois et par personne est de 65.000 FCFA.

Pour ce qui concerne la prise en charge biologique, la capacité de suivi biologique des patients sous ARV reste très limitée : le dosage du taux de CD4 ne se fait qu'au niveau du Laboratoire National de Référence et dans un laboratoire privé (Pharmacie pour Tous). L'accompagnement psychologique est essentiellement assuré par des ONG.

La mise à disposition d'ARV à un tarif abordable ne résout pas à elle seule la question de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, en majorité démunies. Le coût du traitement reste un obstacle indéniable.

Pour l'heure, l'ampleur de l'infection nécessite au TOGO aussi bien un effort international qu'une grande implication de l'Etat Togolais et du secteur privé.

Au vu de cette étude, des recommandations ont été formulées :

1[•] - A l'endroit du Gouvernement Togolais

a) Mise en place d'un cadre institutionnel de lutte contre le VIH/SIDA

■ ***Au niveau central*** : création d'un Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) présidé par le Premier Ministre avec comme Vice-Président, le Ministre de la Santé et un Coordonnateur National ou Secrétaire Exécutif.

Ce Conseil impliquerait beaucoup de Ministères autour du Premier Ministre.

■ ***Au niveau régional*** : des Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS).

■ ***Au niveau départemental*** : des Comités Départementaux de Lutte contre le SIDA (CDLS).

b) Débloquer chaque année des fonds pour la lutte contre le VIH/SIDA

Ces fonds serviraient :

■ au financement des structures de surveillance comportementale et séro-épidémiologique (des sites sentinelles dans chaque région, département, grandes villes en général pour la prise en charge des IST particulièrement les personnes vivant de vagabondage sexuel (prostituées) ;

■ financement de la formation de personnel : Techniciens Biologistes, Médecins, Pharmaciens Biologistes de haut niveau, Médecins Cliniciens Infectiologues spécialistes du VIH, Psychologues, Psychiatres, Assistants Sociaux pour la prise en charge psycho-sociale des malades ;

■ mise en place dans chaque hôpital régional, départemental, de centres de dépistage du VIH anonyme, volontaire, confidentiel et gratuit;

- réfection et équipement du laboratoire de Biologie du CHU de LOME qui est le Centre de Référence ;
- achat de réactifs de laboratoire pour le dépistage et le suivi biologique des personnes infectées par le VIH (comptage des CD4, de la charge virale) ;
- achat d'ARV par la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG) pour les rendre partout accessibles et envisager de subventionner les traitements, seul moyen d'une prise en charge de tous les malades, en majorité démunis.

c) Porter une attention particulière à la surmédiation des tradithérapeutes

Les bons guérisseurs n'ont pas besoin d'occuper les antennes, radio et télévisuelles pour attirer les malades.

Tous ces efforts mis en œuvre par le gouvernement Togolais devraient permettre une régression de la prévalence du VIH/SIDA au Togo, prévalence qui dépasse 8 % ; ce qui est énorme et constitue une menace nationale.

2° - A l'endroit du PNLS

■ Mise en place d'un programme ACCESS à l'instar des pays comme le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Gabon qui commencent à enregistrer des résultats intéressants :

- stabilisation de la prévalence dans ces pays ;
- subvention des ARV pour une meilleure accessibilité financière des malades (les plus démunis bénéficient de la gratuité des soins au Sénégal depuis la réduction de 85 % accordée par les laboratoires fabricants d'ARV. Les autres payent au maximum 5000 FCFA par mois).

■ Etendre l'IEC à toutes les couches de la population à partir des cibles les plus vulnérables (femmes, jeunesse en activité sexuelle) avec l'aide des notables, des chefs religieux, des ONG.

- Renforcer la sécurité transfusionnelle.
- Encourager la prise en charge communautaire.
- Convaincre les populations à se soumettre au dépistage confidentiel :
 - jeunesse en pleine activité sexuelle ;
 - femmes enceintes à condition de les prendre en charge dans les structures de Prévention de la Transmission Mère – Enfant (PTME) à créer impérativement.

3° - A l'endroit des malades infectés par le VIH

Aucun ARV n'est dénué d'effets secondaires indésirables. Le traitement exige de tout malade, une adhésion totale donc de la volonté en vue d'une bonne observance. Il s'agit de bloquer le développement exagéré des virus dans l'organisme malade, pour permettre aux personnes infectées de vivre longtemps avec leur maladie tout en vaquant à leurs occupations sans souffrir.

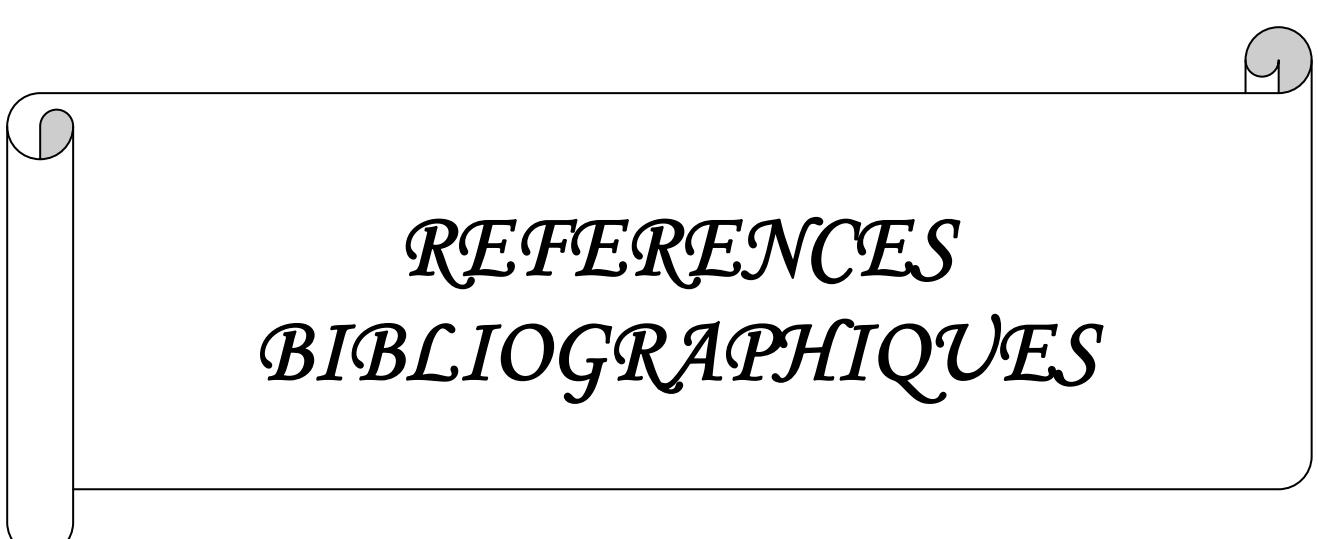
L'arrêt de tout traitement conduit rapidement à la mort.

Les malades doivent être coopératifs avec les médecins soignants et les pharmaciens dispensateurs d'ARV.

Le succès du traitement en dépend.

4° - A l'endroit des familles des malades

- Plus de compréhension et de solidarité pour les parents malades dans la peine. Ils ont besoin d'assistance morale et matérielle.
- Eviter l'exclusion souvent responsable de l'inobservance chez les malades qui arrêtent tout traitement et se laissent mourir pour « soulager » leurs familles.



*REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES*

1. AMBASSADE DE FRANCE TOGO

Service de Coopération et d'Action Culturelle.

La Coopération Française dans le secteur de la santé, Togo, 2000.

2. ANCELLE R., BLETTY O., BAGLIN AC.

Long incubation period for HIV 2 infection.

Lancet, 1987 : 688-689.

3. AUBRICK RH, ACTG 213 team.

A randomised study of safety tolerance, pharmacokinetic and activity of oral R₀24-7429 (tat antagonist) in patients with HIV infection.

IX International Conference on AIDS, Berlin 1993.

4. BARIN F., MBOUP S., DENIS F., KANKI P., ALLAN J.S.,**LEE T., ESSEX M.**

Serologic evidence for virus related to simian T lymphotropic retrovirus III in residents of west Africa.

Lancet, 1985 : 1387-1389.

5. BARRE SINOUSSI F.-

HIV as the cause of AIDS.

Lancet, 1996 : 31-35.

6. BOUVET E., CASALINO E., CALVEZ V., LAPORTE A.,**TARAMBLE A.**

Accidents d'exposition au VIH.

Bases scientifiques et recommandations pour la prise en charge.

Bash, 1999.

7. CERTAIN A.

Les antirétroviraux inhibiteurs de la reverse transcriptase.

Fiche Technique CESSPF, Paris, Mai 2000.

8. CERTAIN A.

Les antirétroviraux inhibiteurs de la protéase.

Fiche technique CESSPF, Paris, Juin 2000.

9. CLAVEL F., GUETARD D., BRUN V. and al.

Isolation of a new human rétrovirus from West african patients with AIDS.

Science, 1986, 233 : 343-346.

Annexes

LES NUCLEOSIDIQUES

I.N.	NC	Présentation	Posologie	Effets secondaires
Zidovudine AZT	RETROVIR	Susp. Buv. Mg/ml Injection : 250 mg/ml Gel : 100-250 –300 mg	Adulte : 500-600 mg en 2 prises Enfants : 6 mg/kg	- Myélotoxicité - Anémie, neutropénie - Hépatotoxicité - Myopathie
Didanosine DDI	VIDEX	Comprimés de 25, 50, 100 et 150 mg ; Susp. Buv. 150 mg	400 mg/j si poids < 60kg; 400 mg/j si poids > 60kg; en 2 prises ou en une prise unique 1h avant les repas ou 2h après le repas	Diarrhées Pancréatite Neuropathie Périphérique hépatotoxicité
Zalcitabine DDC	HIVID	Comprimés : 0,375 mg 0,750 mg	0,750 mg x 3/j aux repas	Neuropathie périphérique Hémopathie Stomatite Pancréatite
Stavudine D4T	ZERIT	Gel. de 15, 20, 30, 40 mg solution buvable 1 mg/ml	Adulte Si Poids >60 kg : 40 mg x 2/j ; Si Poids < 60 kg : 30 mg x 2/j à jeûn Enfant 1 à 2 mg x 2/j en 2 prises	Neuropathie périphérique Pancréatite Hépatotoxicité Troubles digestifs
Lamuvidine	EPIVIR	Comp. 150 mg Susp. Buv. 10 mg/ml	Adulte 150 mg x 2/j aux repas Enfant 8 mg/kg/j en 2 prises	Hémotoxicité Pancréatite Népatotoxicité