

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2020

N° 38

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Debrosse Etienne 08/11/1994 Vierzon

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 septembre 2020

Élaboration d'un programme de sensibilisation et de prévention au VIH dans une région rurale
du Togo

JURY

Président : M. Brand Denys, Professeur universitaire, Faculté de pharmacie – TOURS

Membres : M. Barin Francis, Professeur universitaire, Praticien hospitalier, Faculté de
pharmacie - TOURS

Mme Maupoil Véronique, Professeur universitaire, Faculté de pharmacie - TOURS

Mme Deterne Justine, Docteur en pharmacie - JOINVILLE

ANNEE : 2019 - 2020

Directrice : Pr Véronique MAUPOIL

Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS

Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

17 PROFESSEURS

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	PHARMACOGNOSIE
GIRAUDAU	Bruno	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAUT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

2 PROFESSEURS EMERITES

AGAFONOV	Viatcheslav	CHIMIE PHYSIQUE
GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES

38 MAITRES DE CONFERENCES

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE

DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MUNNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
RESPAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 DIRECTEUR DE RECHERCHE

CHALON	Sylvie	INSERM
--------	--------	--------

2 CHARGES DE RECHERCHE

MEVELEC	Marie-Noëlle	INRA
MOIRE	Nathalie	INRA

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

3 AHU

FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

4 ATER

BILLET	Kevin	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DRIOUCH	Abderrazzak	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
LAKHRIF	Zineb	FORMATIONS BIO3 INSTITUTE
VERGES	Valentin	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 18 Septembre 2020

L'étudiant

M DEBROSSE Etienne

Le Doyen de la Faculté

Mme Véronique Maupoil

Remerciements

Au professeur Francis Barin :

Merci de m'avoir fait l'honneur de m'encadrer pour ce travail de thèse. Merci de m'avoir aidé, conseillé, corrigé et instruit, faisant de ce manuscrit l'objet de ma fierté.

Au professeur Denys Brand :

Merci d'avoir accepté la présidence de mon jury. J'espère que vous trouverez dans ce travail un intérêt particulier.

Au professeur Véronique Maupoil :

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, pour l'attention que vous avez porté à ce travail et à mon parcours durant ces années.

Au docteur Justine Deterne :

Merci d'avoir accepté de juger ma thèse et d'apporter un regard officinal à son évaluation.

A Aimé Doudji Yawo :

Merci de m'avoir permis de faire ce projet, d'avoir créé une si belle famille qu'est ACDS et merci pour tout ce que tu fais pour les autres.

A Georges Dotsé :

Un grand merci de nous avoir accompagné lors de cette expérience formidable, de nous avoir fait rire, soutenu, aidé. Aujourd'hui je suis plus riche de notre amitié.

A Odile Medé :

Merci de nous avoir accompagné, d'avoir pris soin de nous et de nos estomacs.

Aux personnes qui ont participé de près ou de loin au projet :

Merci pour votre aide et votre investissement.

A mes amis de pharma :

Je ne citerais pas vos noms de peur d'en oublier mais j'ai une pensée pour chacun d'entre vous, merci.

A ma famille :

Les mots ne sont pas assez forts pour exprimer ma gratitude. Merci de me soutenir depuis toujours et d'avoir contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui.

A Charlotte :

Sans toi ce projet n'aurait jamais vu le jour, merci.

Toutes et tous veuillez trouver ici, l'expression de ma gratitude.

Table des matières

Remerciements.....	1
Table des matières	3
Liste des abréviations	7
Liste des figures.....	8
Liste des tableaux.....	8
Liste des photos.....	8
Liste des annexes.....	8
1 Introduction.....	10
2 VIH SIDA	11
2.1 Généralités.....	11
2.2 Histoire	11
2.2.1 Origine et hypothèse.....	11
2.2.2 Découverte du VIH	11
2.3 VIH : aspect structural	12
2.3.1 Structure VIH	12
2.3.2 Cycle de réplication	13
2.3.3 Variabilité génétique	13
2.4 Physiopathologie de l'infection à VIH	14
2.4.1 Transmission.....	14
2.4.1.1 Transmission sexuelle	14
2.4.1.2 Transmission sanguine.....	14
2.4.1.3 Transmission materno-foetale ou mère enfant.....	14
2.4.2 Clinique.....	15
2.4.2.1 Primo-infection	16
2.4.2.2 Phase asymptomatique	16
2.4.2.3 Stade SIDA.....	17
2.5 Épidémiologie	17
2.5.1 Épidémiologie mondiale.....	17
2.5.2 Épidémiologie d'Afrique Subsaharienne	18
2.5.3 OMS : objectifs/plans	18
2.6 Dépistage / Diagnostic.....	19
2.6.1 Dépistage / Diagnostic sérologique.....	20
2.6.2 Suivi biologique	20
2.6.3 TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostic.....	21
2.7 Traitement : antirétroviraux.....	22
2.7.1 Inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase INRT	22
2.7.2 Inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase INNRT	22
2.7.3 Inhibiteurs de protéase IP	22
2.7.4 Inhibiteurs d'intégrase	22
2.7.5 Maraviroc (inhibiteur d'entrée).....	22

2.7.6	Enfuvirtide (inhibiteur de fusion)	23
2.7.7	Principales molécules disponibles et associations	23
2.7.8	Avancées, nouvelles perspectives de traitement.....	23
2.8	Prévention	24
2.8.1	Dépistage.....	24
2.8.2	TasP	24
2.8.3	Prévention contre la transmission sexuelle.....	25
2.8.4	Prophylaxie pré-exposition PrEP	25
2.8.5	Prévention contre la transmission sanguine	25
2.8.6	Prévention contre la transmission materno-foetale.....	26
2.8.7	Traitement post exposition TPE	26
3	Le Togo	28
3.1	L'Afrique subsaharienne : généralités.....	28
3.2	Géographie du Togo	28
3.2.1	Frontières géographiques et difficultés.....	28
3.2.2	Organisation territoriale du Togo.....	28
3.2.3	Milieu naturel : climats, reliefs, fleuves.....	29
3.2.3.1	Relief	29
3.2.3.2	Climat.....	29
3.2.3.3	Cours d'eau	30
3.3	Démographie	31
3.3.1	Démographie et répartition de la population	31
3.3.2	Diversité des peuples	32
3.3.2.1	Région septentrionale.....	32
3.3.2.2	Région Méridionale.....	32
3.4	Histoire	33
3.4.1	Le peuplement ancien	33
3.4.2	Les premières formes d'états XII-XVII	33
3.4.2.1	Cité de Tado XII-XVII.....	34
3.4.2.2	Cité de Notsé XV-XV	34
3.4.2.3	Dispora Ewé XVII	35
3.4.3	Époque coloniale	36
3.4.3.1	Traite négrière	36
3.4.3.2	Colonisation Allemande	36
3.4.3.3	Colonisation française.....	37
3.4.4	Bouleversements du XXème siècle.....	37
3.4.4.1	Vers l'indépendance	37
3.4.4.2	Indépendance du Togo	38
3.4.4.3	De l'indépendance à nos jours.....	38
3.5	Politique togolaise.....	38
3.5.1	Gouvernement et organisation politique togolaise	38
3.5.2	Économie.....	39
3.5.3	Éducation.....	39
3.5.4	Santé publique	40
3.5.4.1	VIH au Togo.....	40
3.6	Culture	41
3.6.1	Langues.....	41
3.6.2	La religion	41
3.6.3	Mœurs.....	41
3.6.3.1	La famille.....	42
3.6.3.2	Les enfants.....	42
3.6.3.3	Les femmes	42

3.6.3.4	Les hommes	43
3.6.3.5	Alliances matrimoniales et polygamie	43
3.6.3.6	Le travail.....	43
4	Élaboration d'un programme de sensibilisation et de prévention du VIH dans le canton d'Agbélouvé	45
4.1	Introduction	45
4.2	ACDS Togo (Action Contre la Déperdition Scolaire au Togo).....	45
4.2.1	Découverte de l'association et prise de contact	45
4.2.2	Présentation de l'association	45
4.2.3	Chantiers et missions	46
4.2.4	Entretien avec Aimé Yawo Doudji, président de l'association	46
4.3	Agbélouvé et préfecture du Zio	47
4.4	Élaboration du programme « ZERO VIH SIDA »	47
4.4.1	Définition des objectifs.....	48
4.4.2	Définitions des moyens d'action	48
4.5	Travail préalable.....	49
4.5.1	Obtention des autorisations auprès des autorités compétentes	49
4.5.2	Financements, récolte de préservatifs	49
4.5.3	Élaboration d'une brochure	49
4.5.4	Élaboration d'un emploi du temps	50
4.5.5	Entretien avec le Dr Amoussou, président du point focal de la région de Zio	50
4.6	Mise en place de la mission à Agbelouvé	51
4.6.1	Contexte sur place (personnes ressources, moyens...)	51
4.6.2	Séances d'animation et d'éducation au VIH dans les écoles.....	51
4.6.2.1	Déroulement de la séance	51
4.6.2.2	Quelques photos.....	53
4.6.2.3	Résultats	53
4.6.2.4	Discussion	54
4.6.3	Sensibilisation en porte à porte	55
4.6.3.1	Déroulement de la sensibilisation.....	55
4.6.3.2	Quelques photos.....	57
4.6.3.3	Résultats	57
4.6.3.4	Discussion	58
4.6.4	Sensibilisation à l'hôpital	59
4.6.4.1	Déroulement de la sensibilisation.....	59
4.6.4.2	Quelques photos.....	59
4.6.4.3	Résultats	60
4.6.4.4	Discussion	60
4.6.5	Missions non effectuées	60
4.6.5.1	Dépistage	60
4.6.5.2	Projet d'éducation pour les pairs éducateurs.....	60
4.7	Travail postérieur	61
4.7.1	Élaboration d'un rapport.....	61
4.7.2	Outil de l'évaluation de l'impact du projet.....	61
4.7.3	Futur du projet et perspective	61
4.7.4	Recherche de financement.....	62
4.8	Discussion générale	62
4.8.1	Observations	62
4.8.2	Limites et problématiques.....	63
5	Conclusion	65

<i>Annexes</i>	66
<i>Bibliographie</i>	82

Liste des abréviations

PrEP : Prophylaxie Pré exposition
TasP : Treatment as prevention
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis
CD4+ : Lymphocyte CD4+
SIV : Simian immunodeficiency virus
KGB : Comité pour la sécurité de l'état
GRID : Gay-related immunodeficiency disease
RT : Reverse Transcriptase
PR : Protéase
IN : Intégrase
gp : Glycoprotéine
ARN : Acide Ribo Nucléique
ADN : Acide Désoxyribo Nucléique
ARNm : ARN messenger
IST : Infection sexuellement transmissible
IV : Intraveineuse
HAS : Haute autorité de santé
CMV : Cytomégalovirus
OMS : Organisation Mondiale de la santé
ONUSIDA : Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA
ELISA : Enzyme-linked immunosorbent assay
Ag : Antigène
Ac : Anticorps
RT-PCR : Reverse transcriptase polymerisation chain reaction
TROD : Test rapide d'orientation diagnostic
INRT : Inhibiteur nucléosidique de la reverse transcriptase
INNRT : Inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase
IP : Inhibiteur de protéase
II : Inhibiteur d'intégrase
CRISPR : Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats
TPE : Traitement post exposition
CUT : Comité de l'unité Togolaise
MPT : Mouvement populaire Togolais
UNIR : Union pour la République
UFC : Union des forces de changement
NET : Nouvel engagement Togolais
ONG : Organisation non gouvernementale
ACDS : Action contre la déperdition scolaire
JMVE : Jeune du monde vivons ensemble
PIB : Produit intérieur brut

Liste des figures

Figure 1 : Modèle d'une particule de VIH mature (Welker et al., 2000)	12
Figure 2 : Évolution de l'infection à VIH et marqueurs biologiques (HAS, 2008)	16
Figure 3 : Carte géographique de la répartition du VIH dans le monde en 2017 (vih.org)	18
Figure 4 : Carte géographique de l'organisation préfectorale du Togo (Histoire des Togolais volume 1, 1997)	29
Figure 5 : Carte géographique reliefs et cours d'eau (Histoire des Togolais volume 1, 1997) .	31
Figure 6 : Carte de la répartition ethnique du Togo (Histoire des Togolais volume 1, 1997) ...	33
Figure 7 : Royaume d'Ajatado et ses provinces (Histoire des Togolais volume 1, 1997)	34
Figure 8 : Enceinte de Notsé (Histoire des Togolais volume 1, 1997)	35
Figure 9 : Division du Togoland en 1914 (Alchetron.com)	37
Figure 10 : Logo de l'association ACDS (acds-togo.org)	46

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des différents taux de transmission du VIH	15
Tableau 2 : Complications au stade SIDA	17
Tableau 3 : Bilan paraclinique initial d'un adulte infecté par le VIH (Blanc et al. 2018)	21
Tableau 4 : Molécules antirétrovirales disponibles	23
Tableau 5 : Indication de TPE après exposition sexuelle (Blanc et al. 2017)	26
Tableau 6 : Indication de TPE après exposition au sang (Blanc et al. 2017)	27
Tableau 7 : Emploi du temps des activités de mi-juin à mi-juillet	50

Liste des photos

Photo 1 : Sensibilisation au collège public d'Agbélouvé	/	Photo 2 : Sensibilisation au collège public d'Agbélouvé	53
Photo 3 : Sensibilisation au lycée public d'Agbélouvé	/	Photo 4 : Sensibilisation à l'école La Sagesse	53
Photo 5 : Sensibilisation dans un atelier de couture	/	Photo 6 : Sensibilisation au grand marché	57
Photo 7 : Sensibilisation chez une coiffeuse	/	Photo 8 : Sensibilisation à Adzarra kopé	57
Photo 9 : Sensibilisation à l'accueil de l'hôpital public	/	Photo 10 : Sensibilisation à la maternité	59

Liste des annexes

Annexe 1 : Projet « ZERO VIH-SIDA »	66
Annexe 2 : Autorisation du ministère de la santé	71
Annexe 3 : Autorisation du ministère des enseignements primaire et secondaire	72
Annexe 4 : Brochure « Zéro VIH Sida »	73
Annexe 5 : Document " Séance d'animation et d'éducation au VIH dans les écoles"	74

Annexe 6 : Sensibilisation en porte à porte	76
Annexe 7 : Rapport Zéro VIH Juillet 2019.....	78

1 Introduction

Depuis son émergence dans les années 1980 les progrès thérapeutiques contre le virus de l'immunodéficience humaine n'ont cessé de croître. Aujourd'hui, loin d'en avoir terminé avec la pandémie du VIH nous disposons cependant de connaissances et de moyens thérapeutiques efficaces qui ont considérablement modifié notre rapport au virus et à la pathologie. Dans nos pays industrialisés l'accès aux soins est tel que les personnes séropositives peuvent vivre sans ne jamais connaître le stade SIDA et aussi longtemps que des personnes saines, cela au prix d'un système de santé organisé, expérimenté et solidaire. Comme pour tout agent infectieux le meilleur moyen de lutte mais aussi le moins coûteux reste actuellement la prévention et passe toujours par la sensibilisation et l'information de la population. Celle-ci a fait ses preuves notamment en France où l'incidence a diminué de 7% entre 2017 et 2018, 16% chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et 22% chez les hétérosexuels entre 2013 et 2018 (1) grâce à la prise de conscience collective, la promotion de l'utilisation des préservatifs, le dépistage, l'éducation de la population, la prophylaxie pré-exposition (Prep), le traitement large de la population infectée en tant que prévention (TasP, *Treatment as Prevention*)...

Mais qu'en est-il dans les régions du monde où la conjoncture économique et l'instabilité politique ne permettent pas l'organisation d'un système de lutte et d'un accès aux soins efficaces ? Dans un tel contexte le concept de prévention résonne doublement de par son efficacité qui n'est plus à prouver et de par son coût économique qui est compatible avec ces régions dites « en voie de développement ». Malgré cela, nous constatons que celles-ci restent dramatiquement touchées par le VIH : en Afrique sub-saharienne 25,6 millions de personnes vivent avec le VIH en 2018 ce qui correspond à 2/3 des séropositifs à l'échelle mondiale. (2)

Dans ce contexte nous avons voulu apporter notre contribution en élaborant avec l'aide d'une association locale Togolaise un programme de sensibilisation et de prévention au VIH dans une région rurale du Togo. Notre travail sera organisé en 3 points, d'abord nous aborderons les généralités et connaissances actuelles sur le VIH et sa prise en charge, ensuite la situation du Togo, sa culture, son économie, et enfin notre retour d'expérience sur ce projet : « élaboration d'un programme de sensibilisation et de prévention au VIH dans une région rurale du Togo ».

2 VIH SIDA

2.1 Généralités

Le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) est l'agent infectieux responsable du SIDA (Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise) qui se caractérise par une diminution progressive des défenses immunitaires du sujet infecté. Le virus a un tropisme pour les lymphocytes CD4+ : cellules jouant un rôle primordial de régulateur dans le système immunitaire. L'issue sans traitement est létale par l'apparition de pathologies opportunistes (infectieuses ou non) comme la pneumocystose, le sarcome de Kaposi... ou liées aux complications du virus lui-même.

Le virus est responsable de la plus grande pandémie du XX-XXIème siècle et aurait causé la mort d'environ 32 millions de personnes. (2)

2.2 Histoire

2.2.1 Origine et hypothèse

L'origine du VIH a été sujette à beaucoup d'hypothèses plus ou moins sérieuses et conspirationnistes :

- Création et introduction volontaire du virus en Afrique, théorie complotiste qui aurait été initiée par le KGB pendant la guerre froide. (3)
- Responsabilité et lien de cause à effet des campagnes de vaccination antivariolique ou antipoliomyélitique. (4)

L'hypothèse désormais admise par la communauté scientifique est celle du « chasseur de viande de brousse » : le VIH serait apparu suite au franchissement de la barrière d'espèce singe-homme en Afrique dans le bassin du fleuve Congo au début du XXème siècle par exposition avec du sang d'animal infecté par le SIV : Simian Immunodéficience Virus, possédant une affiliation génétique avec le VIH et étant responsable d'un syndrome similaire au SIDA chez les chimpanzés et gorilles.

A la suite de cela, les changements sociétaux, la mondialisation et l'accès aux différents moyens de transports comme le train ou l'avion auraient contribué à la dissémination du virus dans le monde et auraient déclenché l'épidémie de VIH telle que nous la connaissons actuellement. (4)

2.2.2 Découverte du VIH

C'est en 1981 à Los Angeles qu'est observé une recrudescence de cas de pneumocystose et de sarcome de Kaposi : pathologies qui ont la particularité d'affecter les individus immunodéprimés. Les sujets concernés présentaient tous une forte diminution du taux de Lymphocyte CD4 et appartenaient à la communauté homosexuelle, ce qui a valu son premier nom au SIDA : Gay-Related Immunodeficiency Disease (GRID). Par la suite des cas identiques sont rapportés chez des hémophiles, des usagers de drogues injectables, des hétérosexuels et certaines populations migrantes. (5)

La communauté scientifique penche alors pour une origine infectieuse de la pathologie transmissible par voie sexuelle et sanguine, vraisemblablement un virus au vu des modes de transmission. Peu à peu les cas se multiplient notamment en France, plus largement en Europe en 1983, et les chercheurs du monde entier s'intéressent au SIDA. Il est mis en évidence une activité de transcriptase inverse dans les ganglions lymphatiques de sujets infectés puis le rétrovirus est visualisé en microscopie électronique pour la première fois le 4 février 1983. Le lien de causalité entre le virus et l'effondrement du taux de CD4 sera établi, cette découverte fera l'objet d'un prix Nobel de médecine en 2008 décerné à L. Montagnier et F. Barré-Sinoussi. (7)

2.3 VIH : aspect structural

2.3.1 Structure VIH

Le VIH est un virus enveloppé de 80 à 120 nm de diamètre à ARN monocaténaire de polarité positive et capsid de forme conique. Il appartient au genre des lentivirus.

C'est un rétrovirus : son génome doit être transcrit en ADN par une reverse transcriptase avant d'être inséré dans le génome de l'hôte pour être répliqué.

Son génome est organisé de la façon suivante :

- Gène gag : code les protéines de structure (capside p24, matrice...)
- Gène pol : code les enzymes virales (reverse transcriptase RT, protéase PR, intégrase IN)
- Gène env : code les glycoprotéines d'enveloppe (gp120, gp41)

Il comporte également des gènes dits accessoires, essentiels au pouvoir pathogène du virus (nef, vpr...). (8) (9)

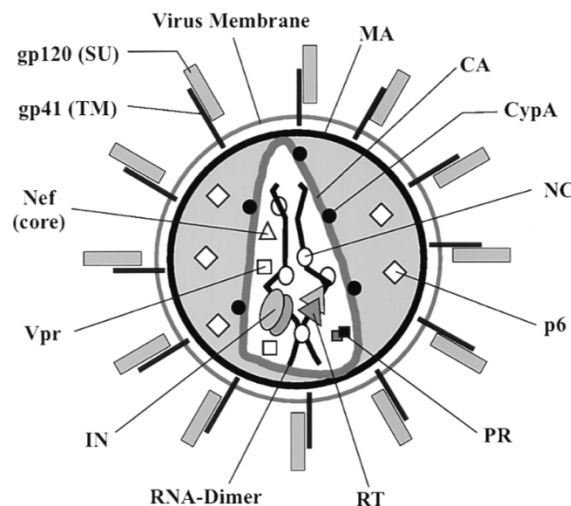


Figure 1 : Modèle d'une particule de VIH mature (Welker et al., 2000)

2.3.2 Cycle de réplication

Le cycle de réplication du VIH peut se diviser en 6 étapes :

1. Entrée du VIH dans la cellule cible (cellule CD4+)

Le virus va reconnaître le récepteur CD4 notamment à la surface des lymphocytes CD4+ et s'y fixer grâce à la gp120. Il va fusionner son enveloppe avec la membrane cytoplasmique de la cellule cible grâce aux co-récepteurs CXCR4 et CCR5 et larguer le contenu de sa capside dans la cellule.

2. Transcription inverse du génome viral

La reverse transcriptase va se fixer à l'ARN viral et synthétiser de l'ADN viral

3. Transport vers le noyau et intégration de l'ADN viral dans le génome de la cellule.

L'ADN viral nouvellement synthétisé est transporté vers le noyau et va être intégré à l'ADN de la cellule hôte par une enzyme virale : l'intégrase.

4. Transcription de l'ADN viral puis traduction en protéines virales

L'ADN viral est transcrit en ARNm viral par les enzymes de la cellule hôte et va pouvoir migrer vers le cytoplasme.

5. Formation, assemblage de nouveaux virions et maturation

L'ARNm viral va être traduit en protéines précurseurs qui vont être clivées et maturées par une enzyme virale, la protéase pour les précurseurs gag-pol, ainsi que par des protéases cellulaires (furine) pour le précurseur env.

6. Sortie de la cellule cible

Les nouvelles particules de VIH formées vont sortir de la cellule par bourgeonnement à la surface de la membrane cytoplasmique et seront capables d'effectuer un nouveau cycle de réplication. (10)

2.3.3 Variabilité génétique

Le VIH possède une grande variabilité génétique, on retrouve le VIH-1 et le VIH-2.

Elle s'explique en grande partie par la rétrotranscription : la reverse transcriptase, enzyme qui doit synthétiser l'ADN à partir de l'ARN viral doit assurer de multiples tâches (hydrolyse de l'ARN, synthèse de l'ADN, fixation à l'ARN et à l'ADN) et ce de façon répétée sans mécanisme de correction ce qui implique de nombreuses erreurs (mutations).

Une mutation est associée à chaque cycle viral et un à 10 milliards de virus sont répliqués tous les jours par l'organisme infecté.

La variabilité génétique et la pression de sélection est telle que les souches sélectionnées échappent aux anticorps neutralisants, aux lymphocytes CD8 et développent des résistances aux antirétroviraux, c'est pourquoi il est entre autre si difficile de développer un vaccin contre le VIH. (9)

2.4 Physiopathologie de l'infection à VIH

2.4.1 Transmission

Bien que présent dans tous les liquides corporels, une quantité suffisante de virions est nécessaire à la transmission (cas du sperme, du sang, des sécrétions vaginales et du lait maternel) et le risque de transmission est d'autant plus important que la quantité de virus (charge virale) est élevée. De plus, de par la présence de son enveloppe le VIH est un virus fragile qui résiste peu dans le milieu extérieur et a donc besoin d'un contact rapproché et prolongé pour être transmis. Ces deux critères définissent les 3 modes de transmission majeurs du VIH. (11)

2.4.1.1 *Transmission sexuelle*

Le VIH est présent en quantité suffisante dans les liquides génitaux : sperme et sécrétions vaginales. Tout rapport sexuel avec une personne infectée par le VIH est à risque de transmission, par ordre décroissant : anal réceptif > anal insertif > vaginal réceptif > vaginal insertif > fellation réceptive . Un seul contact est suffisant pour transmettre la maladie mais les risques augmentent avec le nombre de rapports et la multiplicité des partenaires. On peut noter l'existence de facteurs de risque comme les rapports anaux (plus traumatiques), la présence de lésions génitales ou d'IST...

2.4.1.2 *Transmission sanguine*

Le sang est également un liquide biologique contaminant, pour cela il doit y avoir contact entre le sang d'un sujet infecté et une lésion / plaie / brèche d'un sujet non infecté. On peut de ce fait imaginer de nombreux moyens de transmission par cette voie :

- Chez les usagers de drogue IV (partage de seringue).
- Par transfusion sanguine ou greffe. Les mesures prises pour prévenir ce mode de transmission (dépistage des donneurs) font que le risque résiduel est désormais extrêmement limité.

D'autres moyens de transmissions marginaux et souvent négligés nous intéresseront d'avantage par la suite :

- Partage de matériel pouvant être en contact avec du sang comme un rasoir, une tondeuse, des ciseaux, une brosse à dent.
- Professionnel : couturières, coiffeurs, personnels de santé.
- Tatouage, mutilations rituelles...

2.4.1.3 *Transmission materno-foetale ou mère enfant*

Il s'agit de la contamination du fœtus ou de l'enfant par l'intermédiaire de sa mère séropositive, trois cas de figure sont possibles :

- Pendant la grossesse : en cas de primo-infection ou de charge virale importante, le fœtus peut être contaminé par voie transplacentaire notamment au cours du 3^{ème} trimestre.
- Lors de l'accouchement : la transmission aura lieu par l'intermédiaire du sang et des sécrétions vaginales entrant en contact avec le nouveau-né. Ce cas est le plus fréquent.
- Par l'allaitement : présent dans le lait maternel, le virus peut infecter le jeune enfant.

Ce mode de transmission est très répandu dans les pays économiquement pauvres où l'allaitement est le seul moyen d'alimentation de l'enfant et où il ne sera pas rare de voir une autre mère allaiter un enfant qui n'est pas le sien.

En l'absence de traitements, la moitié des enfants naissant avec le VIH mourront avant l'âge de 2 ans. On notera donc l'importance de connaître le statut virologique de la mère avant, en cours et après la grossesse. (12)

On peut établir une probabilité de transmission comme dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des différents taux de transmission du VIH

TRANSMISSION	POPULATION INFECTÉE	TAUX DE TRANSMISSION*
Transmission sexuelle	. Homosexuels . Hétérosexuels	. 0,5 à 3 % . 0,05 à 0,15 %
Transmission par voie sanguine	. Transfusés . Toxicomanes . Contaminations professionnelles	• Risque résiduel estimé à 0,0002 % . 0,67 % . 0,04 à 0,3 %
. Transmission verticale . In utero . A l'accouchement (le plus souvent) . Par l'allaitement	. Enfant né de mère positive	. 20 % en France sans traitement . 5 % avec traitement par AZT . ≅ 0,3 % sous trithérapie efficace

** probabilité de transmission par acte*

2.4.2 Clinique

Infecté par le VIH, le sujet évoluera lentement vers le stade SIDA en l'absence de traitement antirétroviral efficace. On distinguera 3 grandes phases caractérisées par des marqueurs biologiques : la primo-infection, la phase asymptomatique et le stade SIDA.

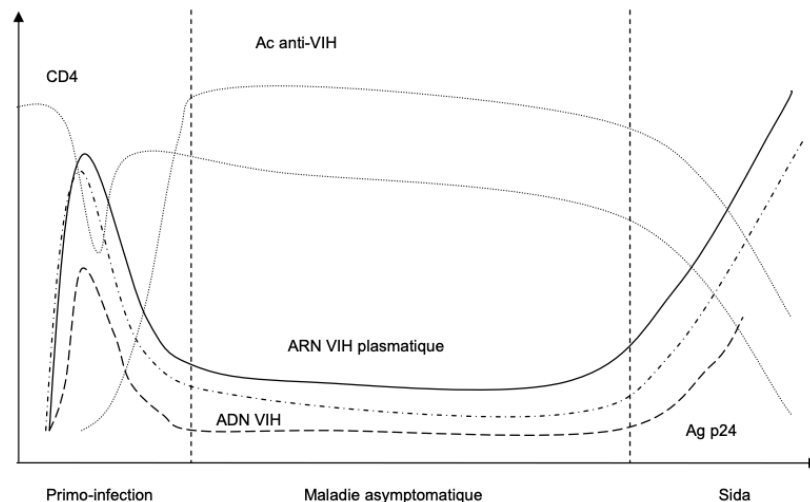


Figure 2 : Évolution de l'infection à VIH et marqueurs biologiques (HAS, 2008)

2.4.2.1 Primo-infection

La primo-infection est la première expression clinique de l'infection au VIH : elle caractérise le premier contact du virus avec l'hôte et survient entre 15 et 30 jours après la contamination.

Biologiquement, on aura une multiplication du virus importante qui correspond à une augmentation des concentrations d'ARN viral plasmatique (charge virale) avec une diminution de CD4+. Le système immunitaire va rapidement contrôler l'infection et la charge virale va diminuer, associée à un retour du taux de CD4+ à la normale.

Cliniquement, cette phase est asymptomatique dans 70% des cas. Pour 30% des cas on observera un syndrome mononucléosique : fièvre, courbature, fatigue, adénopathies disséminées, éruptions cutanées, angines qui régresseront en quelques jours.

Noter que lors de la primo-infection la charge virale est très importante et le sujet infecté est donc à haut risque infectieux.

2.4.2.2 Phase asymptomatique

A la suite de la primo-infection va s'installer une phase de progression lente vers le SIDA. Celle-ci pourra durer de 5 à 10 ans en fonction des individus et sera majoritairement asymptomatique. Dans certains cas, des infections cutanéomuqueuses telles que des candidoses, un zona, des condylomes et des symptômes généraux comme des sueurs nocturnes, des fièvres modérées et un amaigrissement pourront apparaître de manière sporadique. Généralement les sujets s'ignorent à ce stade de la maladie et ceci explique de nombreuses contaminations.

Biologiquement, il y a une diminution lente des CD4+ vers un seuil critique qui caractérisera l'arrivée au stade SIDA.

2.4.2.3 Stade SIDA

Ce stade est défini cliniquement par l'apparition de maladies opportunistes et biologiquement par un effondrement des lymphocytes CD4+ ($< 200/\text{mm}^3$). On distinguera différents seuils avec le taux de CD4+ du sujet qui correspondra à l'apparition de maladie opportuniste spécifique.

Différentes pathologies pourront se déclarer :

Tableau 2 : Complications au stade SIDA

<u>Respiratoires</u>	<u>Neurologiques</u>	<u>Digestives</u>	<u>Cutanées</u>	<u>Oculaires</u>	<u>Hématopoïétiques</u>	<u>Néoplasies sexuellement transmissibles</u>
Pneumopathies bactériennes (pneumocoque, <i>Haemophilus influenzae</i>) -Pneumocystose -Tuberculose -Mycobactéries atypiques	-Toxoplasmose cérébrale -Cryptococcose -Lymphome cérébral -Encéphalite à CMV -Encéphalopathie constitutive	-Gastro-entérites à Salmonelle, amibes -Candidoses œsophagiennes	-Infection herpétique chronique -Maladie de Kaposi	- Rétinite à CMV -Toxoplasmose oculaire -Herpes ophtalmique -Zona ophtalmique	-Lymphomes malins Hodgkiniens ou non	-Cancer du col -Cancer ano-rectal

2.5 Épidémiologie

Les données épidémiologiques concernant le VIH dans les pays à revenu élevé reposent essentiellement sur la déclaration obligatoire des nouveaux diagnostics de VIH. Ces données ne renseignent pas directement sur l'incidence car beaucoup de séropositifs s'ignorent, cela tend à sous-estimer le nombre réel de personnes infectées. (13)

2.5.1 Épidémiologie mondiale

Depuis le début de l'épidémie 74,9 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 32 millions sont décédées des suites de la maladie.

On estime que 36,7 à 37,9 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde entre 2017 et 2018, parmi eux 1,7 millions étaient des enfants de moins de 15 ans. Cette année-là, l'incidence est estimée à 1,7 millions de nouveaux cas, et 770 000 personnes sont décédées du SIDA, chiffre en baisse de 56 % depuis 2004 grâce aux avancées médicales et aux dépistages de masse : 23,3 millions de séropositifs ont accès aux traitements antirétroviraux dans le monde.

On identifie des populations particulièrement touchées : professionnels du sexe, consommateurs de drogue injectable, personnes transsexuelles, détenus et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui représentent 80% de toutes les nouvelles infections en dehors de l'Afrique subsaharienne. Ce dernier chiffre tend à l'augmentation du fait de discrimination et de programmes de prévention peu adaptés à leurs situations.

Le VIH présent dans le monde entier est réparti de façon très inhomogène avec un gradient Nord Sud et un pic de concentration en Afrique subsaharienne. (2)(14)

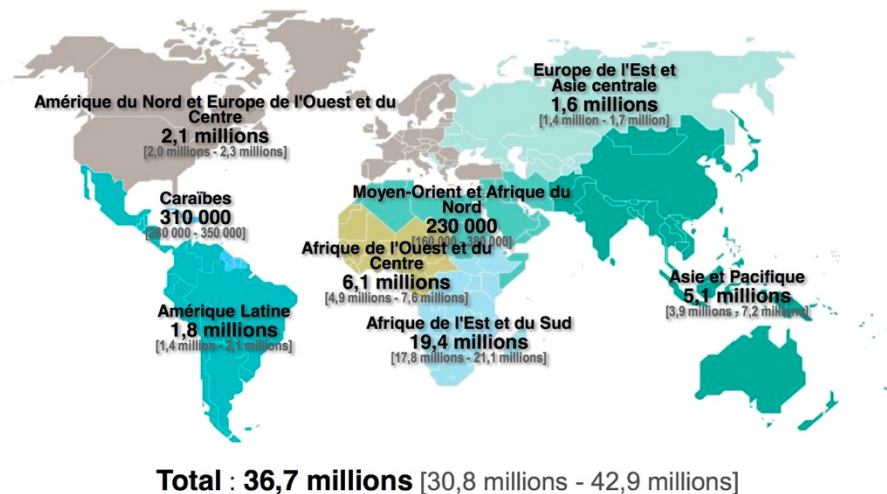


Figure 3 : Carte géographique de la répartition du VIH dans le monde en 2017 (vih.org)

2.5.2 Épidémiologie d'Afrique Subsaharienne

En 2004-2005 près de 1,5 millions d'Africains mourraient du SIDA par an... L'épidémie a fortement contribué à faire régresser les indicateurs de développement tels que l'espérance de vie et la mortalité infantile dans ces pays. Les efforts des gouvernements et des donateurs ont toutefois commencé à inverser la tendance : depuis 2001, l'incidence du VIH a diminué de plus de 25% dans 22 pays d'Afrique. On estime à 22,9 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans cette région du monde et environ 1,9 millions de personnes ont été nouvellement infectées en 2010 cela représente 68% de toutes les personnes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale. Le taux de dépistage chez les jeunes de 15 à 24 ans est particulièrement faible : en moyenne 15% des femmes et 10% des hommes connaissent leurs statuts sérologiques et le SIDA représente la première cause de décès dans cette population. Au Congo, environ 70% des séropositifs s'ignoraient en 2009.

Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral est en augmentation : 5,1 millions de séropositifs ont accès au traitement ce qui représente 49% des patients VIH connus mais la couverture varie considérablement selon les sous régions, de 56 % en Afrique australe et de l'Est contre 30% en Afrique de l'Ouest et centrale. Pour les enfants et les adolescents la couverture n'est que d'environ 21%.

On note donc que malgré l'augmentation des progrès en terme d'accès au traitement, les objectifs sont loin d'être atteints. (15)

2.5.3 OMS : objectifs/plans

L'OMS souhaite en terminer avec l'épidémie mondiale du VIH d'ici à 2030, pour cela elle publie régulièrement des objectifs dont ceux de 2013 fixés par le conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA.

Ainsi à l'horizon 2020, il était souhaité que :

1. 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique,
2. 90% de toutes les personnes infectées dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable,

3. 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

Une fois cette cible atteinte 73% des sujets vivants avec le VIH dans le monde auraient une charge virale supprimée.

L'ONUSIDA a donc une nouvelle approche concernant la thérapeutique : l'accès au traitement antirétroviral pour toutes les personnes vivant avec le VIH quel que soit leurs taux de CD4.

« Mettre fin au SIDA nécessitera un accès ininterrompu à un traitement à vie pour des dizaines de millions de personnes ce qui exige la mise en place de systèmes communautaires et sanitaires solides et flexibles, la protection et la promotion des droits humains et des mécanismes de financement durables capables de soutenir des programmes de traitement à vie pour les personnes vivants avec le VIH » (16)

En 2018 à l'échelle mondiale, 79% des séropositifs connaissent leur statut, parmi eux 78% avaient accès au traitement et 86% ont vu leur charge virale supprimée. (2)

En Afrique Subsaharienne 45% des personnes vivant avec le VIH connaissent leurs statuts en 2013, 39% des personnes dépistées positives reçoivent un traitement antirétroviral, 29% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont vu leur charge virale supprimée. (16)

Pour atteindre ces objectifs :

- Les campagnes de dépistage doivent passer d'une approche passive à une approche active en faisant la promotion de celle-ci dans les points chauds géographiques et au cœur des populations clés.
- La proposition d'un traitement précoce à toute personne infectée par le VIH dépistée sans l'exigence préalable d'un test CD4.
- La gratuité du dépistage et du traitement pour tous.
- L'amélioration de l'accès aux tests et au suivi de la charge virale.

La prise en charge des femmes enceintes séropositives, le renforcement des mesures visant à protéger les populations clés, l'information et l'accompagnement des adolescents doivent rester une priorité selon l'ONUSIDA. (17)

2.6 Dépistage / Diagnostic

Étant donné le caractère longtemps asymptomatique de l'infection, le dépistage est un outil primordial permettant de connaître le statut sérologique du sujet et éviter de nouvelles contaminations. Il consiste en la recherche de différents marqueurs biologiques dans un prélèvement sanguin variablement présent aux différents stades de la pathologie.

Deux méthodes existent, elles peuvent être combinées pour garantir une meilleure efficacité :

- Méthodes indirectes : recherche des anticorps dirigés contre le VIH1 ou VIH2
- Méthodes directes : recherche de l'ARN viral ou de l'antigène p24.

2.6.1 Dépistage / Diagnostic sérologique

Le diagnostic sérologique combiné est la méthode officielle pour affirmer une infection à VIH, celle-ci se présente en 2 étapes :

1. Test immunoenzymatique ELISA :

Il détecte de manière combinée les Ac anti-VIH1, les Ac anti-VIH2 et l'Ag p24 dans un prélèvement sanguin effectué en général au pli du coude. La présence de l'un ou l'autre de ces marqueurs suffisent à rendre le test positif.

- L'Ag p24 sera présent dans le sang au stade de la primo-infection, il permet le diagnostic précoce en moyenne à partir de la 2^{ème} semaine et jusqu'au 25ème jour suivant l'exposition au VIH.
- Les Ac VIH1 et VIH2 sont présents plus tardivement, du 21ème jour jusqu'au décès du patient.

Il est donc à noter que le dépistage du VIH n'est pas possible dans les 15 jours suivant la contamination présumée et qu'un test négatif ne peut pas écarter une infection très récente. Le risque de faux positif malgré une très bonne spécificité du test ELISA combiné oblige les biologistes à effectuer un test de confirmation.

2. Test de confirmation, Western blot :

Révélation par une technique immuno-enzymatique de la présence d'Ac dirigés contre différentes protéines du VIH (Ac anti-protéine d'enveloppe, anti-protéine de core...).

Pour être positif le test doit mettre en évidence des anticorps dirigés contre au moins deux protéines codés par le gène env ± des anticorps contre les protéines gag et/ou pol.

Si les test ELISA et Western blot sont positifs, on peut donc affirmer que le sujet est infecté par le VIH, on va donc caractériser le stade de l'infection en recherchant d'autres marqueurs qui seront utilisés dans le suivi de la pathologie.

2.6.2 Suivi biologique

Une fois le patient diagnostiqué séropositif, d'autres marqueurs seront recherchés :
La mesure de l'ARN viral : charge virale par amplification génomique (RT-PCR) permet de quantifier le nombre de virus présent dans le sang du patient et donc l'intensité de la réplication virale. Elle est utilisée pour évaluer l'efficacité du traitement antirétroviral et est indétectable en dessous du seuil de 20-50 copies/mL. Elle permet aussi un diagnostic précoce car elle est détectable dans les 8 jours suivant l'exposition.

Le taux de CD4 plasmatique est systématiquement mesuré afin d'apprécier l'état immunitaire du patient et d'évaluer le stade de l'infection.

La mesure de la charge virale et du taux de CD4 seront réalisés tous les 6 mois pour réévaluer si nécessaire le traitement antirétroviral.

Des examens supplémentaires sont effectués : bilan hépatique, bilan pour les autres IST, radiographie, hémogramme...

Tableau 3 : Bilan paraclinique initial d'un adulte infecté par le VIH (Blanc et al. 2018)

<p>Sérologie VIH : un test ELISA de 4^e génération et un test de confirmation par Western Blot avec différenciation VIH1/VIH2</p> <p>Numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8</p> <p>Dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale VIH)</p> <p>Test génotypique de résistance du VIH (transcriptase inverse, protéase, intégrase) et détermination du sous-type VIH-1</p> <p>Recherche de l'allèle HLA-B*5701</p> <p>Hémogramme avec plaquettes</p> <p>Transaminases, γGT, phosphatases alcalines, bilirubine totale et conjuguée</p> <p>Créatininémie et estimation du DFG par la méthode MDRD ou CKD-EPI</p> <p>Phosphorémie à jeun</p> <p>Glycémie à jeun</p> <p>Bilan lipidique à jeun : cholestérol total, LDL et HDL, triglycérides</p> <p>Recherche d'une protéinurie [bandelette urinaire] ou dosage du rapport protéinurie/créatininurie</p> <p>Marqueurs de l'hépatite virale B : Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc</p> <p>Sérologie de l'hépatite virale C</p> <p>Sérologie de l'hépatite virale A [IgG]</p> <p>Sérologie de la syphilis</p> <p>Sérologie de la toxoplasmose</p> <p>test IGRA [Quantiféron ou T-spot TB] pour le dépistage de la tuberculose latente</p>
<p>Chez les femmes : consultation gynécologique avec cytologie cervicovaginale</p>
<p>Chez les HSH, sujets à partenaires multiples et femmes avec ATCD de condylomatose et/ou pathologie cervicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultation proctologique pour le dépistage des lésions précancéreuses de l'anus. - prélèvements PCR à la recherche d'IST (chlamydia, gonocoque) au niveau anal, urétral et/ou pharyngé selon circonstances (absence de remboursement début 2018 du test gonocoque)
<p>Chez les patients provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - radio thoracique
<p>Si CD4 <100/ mm³</p> <ul style="list-style-type: none"> - dosage de l'antigène cryptocoque et sérologie CMV (si positive: PCR CMV et fond d'œil)

2.6.3 TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostic

Le TROD ou Test rapide d'orientation diagnostic est un outil de dépistage disponible depuis peu et se généralise grâce à son utilisation simple et son accessibilité. Il met en évidence les Ac anti VIH-1 et anti VIH-2, et l'Ag p24 (seulement pour quelques réactifs) à partir du sang capillaire (prélevé au bout du doigt) avec une réponse en quelques minutes. Plus facile à manipuler (ne nécessite pas de geste médical technique), ils ont toutefois certaines particularités :

- Les TROD ont plus de faux positifs que le test ELISA
- Ils sont moins sensibles, c'est à dire capables de détecter une séroconversion seulement 3 à 4 semaines après le rapport à risque. Ainsi, on ne peut écarter avec certitude une nouvelle contamination par un résultat négatif que dans un délai de 3 mois suivant la date de contamination présumée
- Ils doivent toujours être accompagnés d'une information sur leurs limites, la démarche à suivre en cas de résultat positif et sur les moyens de prévention du VIH.

Ces tests ne se substituent pas à la méthode de diagnostic classique dans les pays industrialisés. Cependant ils s'avèrent intéressants dans le cadre de campagnes de dépistage de terrain et notamment en Afrique où ils sont utilisés en première intention du fait de leur praticabilité.

2.7 Traitement : antirétroviraux

Depuis 2013, l'OMS recommande d'instaurer un traitement chez tous les patients séropositifs quel que soit leur taux de CD4 afin de garantir la meilleure efficacité possible mais aussi, nous le verrons par la suite, de réduire les risques de transmission en supprimant la charge virale des patients infectés. Actuellement le traitement médical de l'infection à VIH repose sur la trithérapie antirétrovirale, association de 3 antirétroviraux qui vont agir sur différentes étapes de réplication du virus :

2xINRT (Emtricitabine + Tenofovir, par exemple) + IP boosté ou INNRT ou INI

L'objectif du traitement antirétroviral sera d'atteindre une charge virale indétectable soit inférieur à 50 copies/mL de sang. (11)

2.7.1 Inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase INRT

Les inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase sont des analogues structurels de bases nucléotidiques sans radical 3'OH : ils vont entrer en compétition avec les nucléotides naturels, se lier à la transcriptase inverse et de ce fait bloquer la rétrotranscription, le virus ne peut donc pas rétrotranscrire son ARN en ADN.

2.7.2 Inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase INNRT

Les inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase vont agir sur une petite poche hydrophobe située au-dessous du site catalytique de la transcriptase inverse lui faisant perdre sa mobilité et donc bloquer la rétrotranscription. Ils ont la particularité de n'être actifs que sur le VIH-1 car leur site d'action n'est pas présent sur les RT du VIH-2.

2.7.3 Inhibiteurs de protéase IP

Les inhibiteurs de protéase vont inhiber la maturation des protéines virales gag-pol nouvellement synthétisées après réplication du virus en ciblant la protéase virale ce qui aboutira à la formation de virions non matures et donc incapables d'initier de nouveaux cycles de réplication.

Les IP sont fortement métabolisés par les cytochrome P450. On utilise du Ritonavir pour inhiber ces cytochromes et ainsi « booster » l'efficacité de l'IP : on parle alors d'IP boosté. Ils sont également à l'origine de nombreuses interactions médicamenteuses.

2.7.4 Inhibiteurs d'intégrase

Les inhibiteurs d'intégrase vont empêcher l'intégration de l'ADN viral nouvellement synthétisé dans l'ADN de l'hôte qui ne pourra donc pas être transcrit par la suite en ARNm viral.

2.7.5 Maraviroc (inhibiteur d'entrée)

Le Maraviroc est un antagoniste du co-récepteur CCR5 qui permet la liaison du virus à la cellule cible. Il va ainsi empêcher le virus de pénétrer dans la cellule.

2.7.6 Enfuvirtide (inhibiteur de fusion)

L'Enfuvirtide se lie à la gp-41 du virus bloquant ainsi la fusion entre la membrane virale et la membrane de la cellule cible et empêchant l'ARN viral d'entrer dans la cellule.

2.7.7 Principales molécules disponibles et associations

Tableau 4 : Molécules antirétrovirales disponibles

<u>INRT</u>	<u>INNRT</u>	<u>IP</u>	<u>INI</u>	<u>Inhibiteurs d'entrée</u>	<u>Inhibiteur de fusion</u>
-Lamivudine (3TC) -Emtricitabine (FTC) -Zidovudine (ZDV) -Tenofovir (TDF/TAF) -Abacavir (ABC)	-Efavirenz -Névirapine -Etravirine -Rilpivirine -Doravirine	-Atazanavir -Lopinavir -Darunavir	-Raltegravir -Elvitegravir -Dolutegravir -Cabotegravir -Bictégravir	-Maraviroc	-Enfuvirtide

Ces différentes molécules peuvent être associées dans une seule formulation (*STR : single tablet regimen*), dont voici quelques exemples:

- Truvada® : Tenofovir + Emtricitabine
- Eviplera® : Tenofovir disoproxil + Emtricitabine + Rilpivirine
- Genvoya® : Elvitégravir + Cobicistat + Emtricitabine + Tenofovir disoproxil.
- Kivexa® : Abacavir + Lamivudine
- Atripla® : Tenofovir + Emtricitabine + Efavirenz
- Odefsey® : Tenofovir + Emtricitabine + Rilpivirine
- Triumeq® : Abacavir + Lamivudine + Dolutegravir

Grace à l'arrivée des génériques sur le marché, le prix des traitements antirétroviraux de première intention a diminué de 30% de 2014 à 2016.

A titre d'exemple le prix de l'association Atripla® en 2016 est estimé à 100\$ par personne et par année.

Ce coût tend encore à diminuer avec l'utilisation de bithérapie voir de monothérapie pour les patients dont la charge virale est stabilisée. (18)

2.7.8 Avancées, nouvelles perspectives de traitement

Bien que les traitements antirétroviraux permettent de supprimer la charge virale, il est toujours impossible de guérir de l'infection à VIH et d'éradiquer complètement le virus de l'organisme infecté. L'avancée de la recherche ouvre différentes perspectives notamment grâce à la thérapie génique CRISPR-Cas9 qui permet de couper l'ADN à un endroit précis du génome et d'y insérer une séquence d'ADN synthétique. Différentes approches sont alors explorées :

- Edition génique de lymphocytes B humains produisant des anticorps neutralisants le VIH 1 : perspective prophylactique et thérapeutique. (19)

- Suppression ou modification du gène du co-récepteur CCR5 pour empêcher l'entrée du virus dans l'organisme comme dans le modèle du « patient de Berlin ». (20)
- L'association du CRISPR-Cas9 et d'une thérapie antirétrovirale modifiée (LASERT ART) a montré son efficacité sur des souris humanisées en laboratoire. (21)

2.8 Prévention

Selon l'OMS, la prévention est définie comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ».

C'est au 18^{ème} siècle que la santé publique et la notion de prévention émerge en Europe, elle se réfère alors à l'adage populaire « *mieux vaut prévenir que guérir* ». La politique de lutte contre la tuberculose au XVIII-XIX^{ème} siècle donnera le jour aux premières politiques de prévention: les dispensaires par le biais de « visiteuses de l'hygiène » étaient chargées de se rendre dans les domiciles pour mener des enquêtes sociales et prêcher la bonne tenue des ménages.

En 1902, même si légèrement en retard par rapport à ses voisins Européens, la France va voter la première loi sur la protection de la santé publique. (22)

2.8.1 Dépistage

Le dépistage de l'infection à VIH est recommandé à toutes et tous au moins une fois dans leur vie.

Pour les populations à risques :

- Les homosexuels masculins (notamment ceux ayant des partenaires multiples) : le dépistage est recommandé tous les 3 mois
- Chez les personnes originaires de zones de fortes prévalences (Afrique subsaharienne) : 1 fois par an
- Chez les usagers de drogues injectables : 1 fois par an

En cas d'exposition, un dépistage est effectué de J1 à J4 (bilan initial), à S6 puis S12 ; seul le dépistage négatif au 3^{ème} mois pourra exclure une éventuelle transmission du virus. (23)

2.8.2 TasP

Avec le développement des trithérapies antirétrovirales est né le concept de TasP « Treatment as Prevention » : un traitement antirétroviral bien mené et efficace aboutira à une charge virale indétectable et annulera quasi-intégralement le risque de transmission du sujet. Le risque de transmission est considéré comme nul si le patient a une charge virale indétectable depuis plus de 6 mois et qu'il prend son traitement sans interruption.

Ceci souligne l'importance de dépister les sujets séropositifs et de les traiter correctement, non seulement pour eux mais aussi pour les autres.

2.8.3 Prévention contre la transmission sexuelle

Le plus vieux moyen de prévention et le plus efficace est toujours l'utilisation de préservatifs lors de rapport vaginal, anal ou oral avec tout partenaire dont on ignore le statut sérologique ou lorsque l'on ignore soit même son statut ; auquel cas il est fortement recommandé de se faire dépister.

Le TasP constitue également un moyen efficace pour éviter la transmission sexuelle, notamment dans les couples sérodiscordants qui, avec un suivi correct et un traitement efficace, peuvent avoir des rapports non protégés. (24)

La circoncision masculine volontaire a également montré un effet protecteur contre la transmission du VIH et est reconnu comme une méthode de prévention complémentaire en Afrique subsaharienne. L'incidence de l'infection à VIH chez les hommes circoncis seraient diminués de 50 à 60% selon différentes études. (25)

2.8.4 Prophylaxie pré-exposition PrEP

La prophylaxie pré-exposition consiste à utiliser une thérapie antirétrovirale Truvada® (ou Ténofovir/Emtricitabine génériques) avant une prise de risque de contamination sexuelle par le VIH.

Deux protocoles peuvent être prescrits :

- Une prise en continu : 1 prise/jour
- Une utilisation à la demande : 2 comprimés 2 à 24h avant le rapport sexuel, puis 1 comprimé toutes les 24h jusqu'à deux jours après le dernier rapport sexuel.

Elle s'adresse aux sujets séropositifs les plus exposés comme HSH ayant des pratiques à risque, les travailleurs sexuels et les usagers de drogues injectables.

2.8.5 Prévention contre la transmission sanguine

Pour des raisons d'hygiène évidente il faut éviter tout contact avec le sang d'une autre personne et donc éviter de partager les objets pouvant être souillés de sang.

- Lors de don de sang, le dépistage du donneur doit être systématique : recherche d'anticorps anti-VIH et d'ARN viral obligatoire dans la plupart des pays industrialisés.
- En milieu professionnel, le port de gants, la suppression de la charge virale des sujets infectés (TasP), l'utilisation de conteneurs DASRI, la désinfection du matériel souillé sont des moyens de réduction efficaces de la transmission.
- Pour les usagers de drogue injectable, les stéribox et programmes d'échanges de seringues.

En Afrique où les règles d'hygiène ne peuvent pas toujours être respectées ou accessibles du fait d'un manque de moyen économique, il est important de rappeler de ne pas partager les brosses à dents, les ciseaux ou les rasoirs chez les coiffeurs par exemple. Il faut également aborder les risques liés à certaines pratiques comme les circoncisions ou mutilations rituelles (excisions...) sans désinfection préalable du matériel chirurgical.

2.8.6 Prévention contre la transmission materno-fœtale

Un dépistage en cours de grossesse est fortement recommandé et est systématiquement proposé. En cas de séropositivité un traitement antirétroviral doit être mis en place avec pour objectif une charge virale indétectable au 8^{ème} mois de grossesse.

Pendant le travail, une perfusion de zidovudine est effectuée quelle que soit la charge virale de la mère et une prophylaxie (Zidovudine, Lamivudine et/ou Névirapine) sera instaurée chez le nouveau-né pendant 4 semaines. Dans le cas où la charge virale de la mère est détectable en fin de grossesse, une césarienne sera programmée.

Ces mesures prophylactiques permettent d'abaisser le taux de transmission mère enfant à 0,3% : ceci est possible grâce à un suivi généralisé et systématique des femmes enceintes ainsi qu'une bonne prise en charge de la grossesse ce qui n'est pas toujours le cas dans les pays en voie de développement où ces femmes ont un suivi médical limité et accouchent dans la majeure partie des cas à domicile.

2.8.7 Traitement post exposition TPE

En cas de contact supposé ou avéré avec le virus par une de ses voies de transmission connue, l'intérêt d'un traitement médical prophylactique par Truvada® sera évalué selon le risque de transmission.

En France le traitement post exposition est discuté en fonction des recommandations du Pr Morlat. (26)

Tableau 5 : Indication de TPE après exposition sexuelle (Blanc et al. 2017)

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

Tableau 6 : Indication de TPE après exposition au sang (Blanc et al. 2017)

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important : – piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
Intermédiaire : – coupure avec bistouri – piqûre avec aiguille IM ou SC – piqûre avec aiguille pleine – exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
Faible : – piqûres avec seringues abandonnées – crachats, morsures ou griffures, autres cas	TPE non recommandé		

3 Le Togo

Togo ou Tao Gao en langue Ewé signifie « de l'autre côté de la rive ». Selon la tradition orale, le chef féticheur de Notsé fut contraint de fuir par la présence des blancs de l'autre côté de la rive vers un lieu qu'il nomma Tao Gao et qui deviendra plus tard Togoville.

3.1 L'Afrique subsaharienne : généralités

L'Afrique subsaharienne désigne l'étendue du continent africain au sud du Sahara : elle abrite 48 états, représente un territoire de 30,3 millions de km² et 1,25 milliards d'habitants.

Elle est considérée comme une zone géographique économiquement pauvre, en voie de développement. En effet, à peu d'exceptions près (Liberia et Ethiopie) tous les pays africains ont eu pour points communs d'avoir été colonisés par des pays Européens et d'être ancrés dans le monde en développement depuis leur indépendance autour de 1960.

La délimitation de ses 48 états fut exogène et est le fruit du colonialisme et non des réalités ethniques ou culturelles de ce vaste territoire.

Son identité historique pré coloniale a souvent tendance à être négligée bien qu'elle soit le lieu de naissance de l'homme moderne *homo sapiens*. (27)

3.2 Géographie du Togo

3.2.1 Frontières géographiques et difficultés

Le Togo est une petite bande de terre de 56 600 km², entre le Ghana à l'ouest et le Bénin à l'est. Large de 45 km à ses extrémités et de 140 km en son centre, il s'étire sur près de 600 km de l'océan Atlantique au sud jusqu'au Burkina Faso au nord. Cette configuration explique qu'en dépit de sa faible superficie, le pays connaît une grande diversité spatiale, humaine et économique.

Les frontières terrestres du Togo sont le résultat des compétitions et des partages coloniaux successifs entre la France, l'Allemagne et la Grande-Bretagne et n'ont pas de réelles significations historiques en dehors du colonialisme, il est donc plus pertinent d'aborder la région d'Afrique dans laquelle s'inscrit le Togo et non le Togo lui-même en tant que pays qui a une histoire plus récente. (28)

3.2.2 Organisation territoriale du Togo

Le Togo possède une organisation territoriale complexe, il est divisé en régions puis préfectures elles-mêmes divisées en cantons puis en villages.

Les chefs de village et chef de cantons au nombre de 200 sont nommés par l'autorité publique. Ces chefs sont les gardiens officiels de la tradition et ont un rôle de transmission entre l'état et la population, de juge de paix et d'administration foncière.

Les préfectures sont l'articulation essentielle du pouvoir territorial de l'état, elles sont au nombre de 21 depuis 1985 et possèdent toutes un chef-lieu où est concentré l'essentiel du service public. La région maritime (chef-lieu : Lomé), des plateaux (Atakpamé), centrale (Sokodé), des savanes (Mango) et de Kara (Kara) ont vu le jour juste avant l'indépendance. Aux régions correspondent des directives régionales : développement rural, plans, statistiques, affaires sociales, mains d'œuvre...

Le Togo est extrêmement centralisé à Lomé, la capitale, où siège le gouvernement et l'état n'a que peu de contreponds locaux, les communes et préfectures ayant très peu de moyens matériels et financiers. (29)



Figure 4 : Carte géographique de l'organisation préfectorale du Togo (Histoire des Togolais volume 1, 1997)

3.2.3 Milieu naturel : climats, reliefs, fleuves

3.2.3.1 Relief

Le Togo est traversé en écharpe par une chaîne de montagnes de direction nord-est/sud-ouest, qui divise le territoire en deux plaines : la plaine du Mono au sud-est et la plaine alluviale de l'Oti au nord-ouest. Cette chaîne de montagnes est peu élevée (de 700 à 900m d'altitude). Il s'agit du prolongement au Togo du massif béninois de l'Atakora. (28)

3.2.3.2 Climat

Le Togo présente trois zones climatiques où le relief commande la pluviosité :

Dans la zone méridionale, le climat tropical est beaucoup moins humide que ne le laisserait penser cette latitude subéquatoriale. On y distingue deux saisons pluvieuses, la première de mars à juillet et la seconde plus courte de septembre à octobre alternant avec deux saisons sèches de novembre à mars et d'août à septembre.

La zone centrale n'a qu'une saison des pluies d'avril à octobre et une saison sèche.

La région septentrionale a un climat de type soudanien avec une brève saison des pluies de mai à septembre et une longue saison sèche.

Cette diversité climatique divise le pays en deux grandes zones écologiques :
Au Nord la région à climat soudano-guinéen est dominée par la savane à végétation arbustive et herbacée, avec des forêts claires sur les montagnes.
Au Sud, la région à climat guinéen est couverte par la savane guinéenne à végétation arborée, les reliefs du sud-ouest sont couverts par la forêt. (28)

3.2.3.3 Cours d'eau

Le réseau hydrographique du Togo constitué de fleuves, de rivières et de lacs peut être regroupé en 3 grands systèmes dépendants des formes du relief, du matériel rocheux et de la perméabilité des sols :

Le bassin de l'Oti au Nord-Ouest : l'Oti prend sa source au Bénin, il traverse la partie septentrionale du Togo en suivant une diagonale nord-est/sud-ouest sur près de 170km, il forme un réseau complexe de cours d'eau notamment sur sa gauche avec le Koumongou, le Kara et le Mo et sur sa rive droite avec l'Oualé, le Sansargo et le Koulombo.

Le bassin du Mono au Sud-Ouest : le Mono est le seul vrai fleuve Togolais, il prend sa source non loin d'Aledjo Kura et parcourt une distance de 560km avant de se jeter dans l'Atlantique au Bénin. Il constitue l'artère centrale d'un réseau arborescent très ramifié. Il reçoit sur sa rive gauche les eaux de l'Ogou et de Nonkponé et celles de l'Anié et l'Amou sur sa rive droite.

Le système des cours d'eau côtiers, très modeste avec le Zio et le Haho alimentant le lac Togo

En dehors des vallées, l'eau est assez rare et le Togo est handicapé par le manque de ressources phréatiques. La maîtrise de l'hydraulique est l'un des problèmes les plus sérieux de son développement. (28)

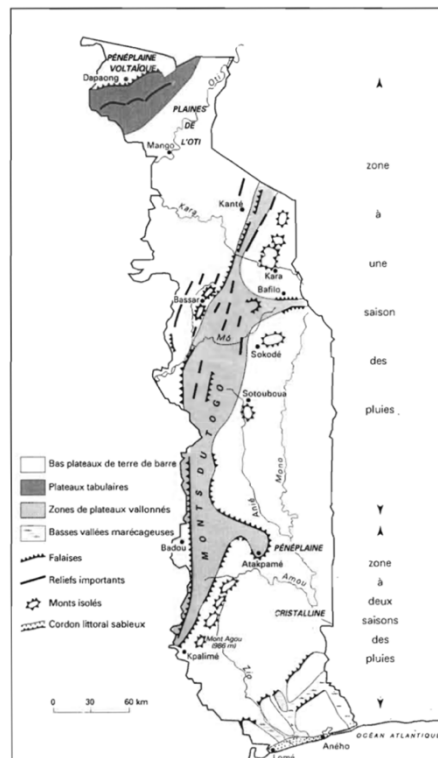


Figure 5 : Carte géographique reliefs et cours d'eau (Histoire des Togolais volume 1, 1997)

3.3 Démographie

3.3.1 Démographie et répartition de la population

Au dernier recensement de 2020, la population togolaise était de 8 608 444 habitants avec 49,3% d'hommes pour 50,7% de femmes.

Le pays connaît une forte croissance démographique avec une augmentation d'environ 1 million d'habitants tous les 10 ans due à un fort taux de natalité (34,1%) en partie lié à un faible niveau de contraception de 19,9% et un âge moyen des mères à la naissance de 21 ans. Toutefois ces chiffres tendent à s'améliorer avec l'élargissement de l'accès aux méthodes de contraception et les campagnes de sensibilisation à la sexualité.

La population Togolaise est très jeune, l'âge médian est de 19,9 ans avec 60% de personnes âgées de moins de 25 ans et seulement 3,57% de plus de 65 ans.

La répartition du peuple Togolais a la particularité d'être très inégale, majoritairement rurale (40% d'urbanisation) avec 132,8 habitants par km² ; elle est une des nations africaines les plus densément peuplée. On y trouve trois zones de fortes densités :

- A l'extrême nord autour de Dapaong
- Le pays Kabyié au Nord Est du Togo
- Le Sud Est avec le littoral et la capitale Lomé

(30)

3.3.2 Diversité des peuples

Malgré ses dimensions modestes, le Togo est habité par une mosaïque de populations de toutes tailles. On peut les diviser territorialement en peuples de la région septentrionale et méridionale.

3.3.2.1 Région septentrionale

Les « para-gourma »

On y trouve différents groupes composés d'une part d'un peuplement ancien (Moba) et d'autre part d'immigrants en provenance des régions avoisinantes comme les Yanga, Mossi et les Gourma venus du Burkina Faso ; des populations du bassin de l'Oti (Dyé, Kokomba...) ; des populations des monts Atakora (Tamberna et Biyobé) et pour finir les Bassar. Les para-gourma forment environ 15% de la population Togolaise et vivent majoritairement de l'agriculture.

Les Kabiyé-tem

Les Kabiyé vivant dans les montagnes environnantes et les Tem représentant l'un des groupes les plus islamisés du Togo

Les Nawdéba

Ils vivent dans les plaines entre les monts Kabiyé et la chaîne de montagne Défalé.

Les Anoufoum

Population Ivoirienne ayant conquis la région de Sansanné-Mango au XVIIIème siècle.
(28)

3.3.2.2 Région Méridionale

Le peuplement du sud est nettement plus homogène :

L'ensemble Ajatado

Les Aja-Hwé habitent les abords du fleuve Mono, autour de Tado, leur cité historique, ainsi que les Ewé originaires de la ville de Notsé qui après leur exode essaimèrent toute la région méridionale comprise en le Mono et la Volta. Les Ewé représentent plus de 40% de la population du Togo et c'est en général à eux qu'on attribue une histoire commune Togolaise.

Des minorités Guin/mina ; Adangbé

Elles sont originaires du Ghana plus particulièrement d'Accra, ce sont des populations qui ont migré dans l'aire culturelle d'Ajatado au cours du XVIIème siècle.

A la marge de ces deux grandes régions, on peut trouver dans tout le Togo des petits groupes épars d'origines diverses comme les Haoussa : musulmans, citadins et commerçants et les Peuls : nomades et éleveurs. (28)

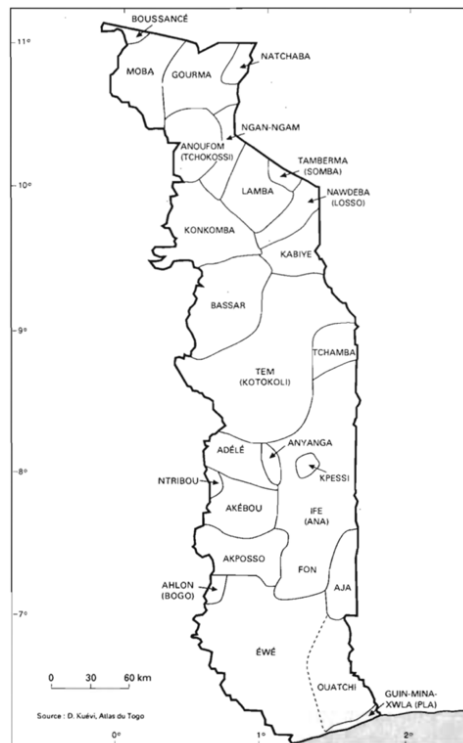


Figure 6 : Carte de la répartition ethnique du Togo (Histoire des Togolais volume 1, 1997)

3.4 Histoire

Comme dit précédemment il est difficile de parler de l'histoire unifiée du Togo car ce pays, création artificielle du colonialisme n'a pas de réalité ethnique et culturelle. De plus, le manque de données historiques actuelles et de témoignages empêche la restitution fidèle et exhaustive des événements de son histoire pré coloniale. Pour ces deux raisons nous allons donc aborder son histoire ancienne de manière locale à la région méridionale qui nous concerne avec la ville de Notsé et le peuple Ewé. (28)

3.4.1 Le peuplement ancien

Des recherches archéologiques aboutissant à la découverte d'objets lithiques (meules, broyeurs, pierre taillées...) témoignent du peuplement ancien du territoire Togolais. De nombreuses traces d'anciens fourneaux ont été retrouvées suggérant que les populations présentes (les Bassar) avaient des activités de métallurgie. (28)

3.4.2 Les premières formes d'états XII-XVII

Les premières formes d'état au Togo vont apparaître avec l'Aire Ajatado à partir du XIIème siècle. Cette aire est géographiquement délimitée par la Volta pour les Ewé à l'ouest, par l'Ouémé à l'est, s'enfonce au nord sur une profondeur de 150 à 200 kilomètres et s'ouvre au sud sur l'océan Atlantique. Elle est principalement peuplée de population d'origine Aja et Ewé d'où lui vient son nom Ajatado (Aja, le peuple ; Tado, sa capital historique).

Elle est aussi connue sous le nom de côte des esclaves durant l'époque coloniale. (28)

3.4.2.1 Cité de Tado XII-XVII

La capitale de Tado fut fondée au XII^{ème} siècle par l'unification des populations migrantes du Nord et de l'Est (Kétou, Oyo...) et des clans Azanou déjà présents. A l'âge d'or de Tado (XIV-XVII^{ème}), elle fut une cité importante dans la région, un carrefour commercial et un foyer industriel réputé pour ses travaux de forge. Les échos de cette renommée dépassaient largement le cadre régional, les écrits d'un jésuite espagnol du XVII^{ème} parle d'un « *royaume puissant s'étendant sur un territoire immense* ».

La première structure politique fut instaurée par Togbé-Aniy, le premier roi de Tado : l'Anygbafio, détenant le pouvoir religieux et ses conseillers : les Tashinon choisis dans différents clans et détenant le pouvoir politique : ils jugent, commandent, décrètent. Au XV^{ème} siècle des bouleversements dans la vie du royaume déclenchèrent d'importantes migrations qui aboutirent à la fondation d'Allada au sud-est et à celle de Notsé à l'ouest. (28)

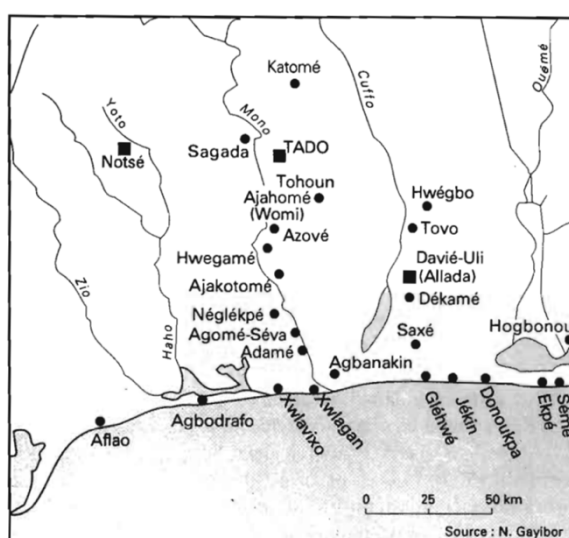


Figure 7 : Royaume d'Ajatado et ses provinces (Histoire des Togolais volume 1, 1997)

3.4.2.2 Cité de Notsé XV-XV

Les migrants fondateurs de Notsé auraient quitté Tado suite aux conflits politiques relatifs à la succession au trône ou à la recherche d'espace vital. Rejoints par des immigrants d'autres cités comme Dogbo, Notsé prit rapidement de l'importance au cours du XV^{ème} siècle : sa population se répartit en 36 quartiers dans l'enceinte d'une cité fortifiée. Les activités économiques de la ville ne différaient que très peu de celle de Tado : agriculture, chasse, artisanat (métallurgie, céramique) et celle-ci entretenait également des relations commerciales avec ses voisins Tado, Keta...

A son apogée au XVII, la ville connaît elle aussi une renommée dans toute la région : « *Le roi de ces terres est puissant (...). L'on dit qu'il met facilement cinq cent mille hommes sur pied et que la ville où il demeure est plus grande et plus peuplée que Paris* ».

Politiquement, le souverain : mawoufia règne mais ne gouverne pas, il est élu tous les 3 ans dans les familles princières de la ville. Les conseillers du roi : Tchami, pour la plupart membre du clan royal géraient l'administration de la cité, tandis que la sécurité était assurée par les soldats : Asafo. La cité était organisée en quartiers : Komé qui réunissaient un certain nombre de lignages : Homé, intégrant plusieurs familles descendant d'un ancêtre commun.

Chaque famille était dirigée par un patriarche qui jouait le rôle de chef du lignage ; ils choisissaient ensemble un chef de quartier : Koméfia qui siégeait à l'assemblée royale : Fiaha avec les conseillers du roi, juridiction suprême de la cité. (28)

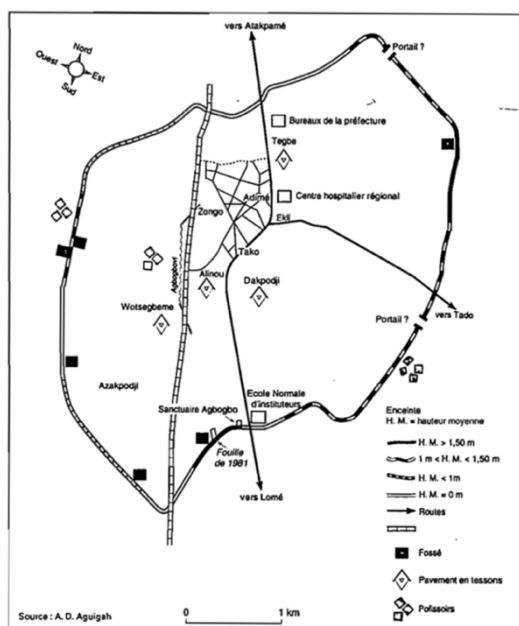


Figure 8 : Enceinte de Notsé (*Histoire des Togolais volume 1, 1997*)

3.4.2.3 Dispora Ewé XVII

La cité de Notsé connut l'avènement d'Agokoli un souverain énergique, dynamique qui sut s'imposer au détriment des coutumes et interdits en place dans la cité.

Selon certaines sources il fut un tyran sadique et pour d'autre un roi révolutionnaire, toujours est-il que son règne sonna le glas de l'âge d'or dans lequel vécu les Ewé. Responsable de nombreux conflits à l'intérieur de la ville notamment liés à la construction de fortifications dans des conditions de travaux pénibles dans le but d'exercer un contrôle plus sévère sur la cité.

Ce climat hostile poussa les Ewé à l'exode vers Gamé et le reste du pays en fonction des affinités et alliances lignagères :

- Les Dogbo vers la mer au sud.
- Le groupe d'Aso Afédé vers la rive du Volta au sud-ouest.
- Des groupes hétérogènes vers les hauteurs des monts du Togo, à l'ouest et au nord-ouest.

De cet exode naquit de nouvelles villes (Tsévié, Gapé, Kpalimé...) qui parsèment encore aujourd'hui l'aire d'Ajatado. Au début du XVII^e siècle les contacts avec les européens intensifieront et donneront une tournure résolument nouvelle à la région. (28)

3.4.3 Époque coloniale

3.4.3.1 *Traite négrière*

Le Togo fut extrêmement marqué par cette époque, son littoral avec le Bénin et Nigéria formait la « cote des esclaves » ou l'on trouvait les ports négriers parmi les plus actifs de l'époque de l'esclavage.

Le littoral de l'aire Ajatado fut découvert par les portugais entre janvier et mai 1472 mais le peu d'attraits commerciaux que présentait la région face aux richesses de la « côte de l'or » au Ghana aboutit au désintérêt des européens pour l'actuel Togo. Ce n'est qu'à partir du XVII^e siècle que l'ensemble des agglomérations côtières et la traite négrière autour de Petit Popo se développèrent.

En 1661, Joost Cramer, agent de la compagnie (danoise) africaine de Glückstadt acquit d'Okai Kwei, le roi d'Accra (au Ghana), le terrain sur lequel il bâtit le fort de Christiansborg. À partir de cette forteresse, les Danois lancèrent une grande offensive d'expansion vers l'est en direction de la Volta qui était alors une région encore peu fréquentée. S'ensuivit alors la construction de nombreux forts le long de la côte Togolaise. Ils furent suivis par les Hollandais et les Brésiliens faisant fortune dans le commerce du rhum, du tabac, des tissus et dans la traite des esclaves.

Selon les estimations environ 1 550 000 captifs furent exportés de la côte des esclaves entre 1640 et 1802 ce qui représente près du quart du volume global de la traite atlantique sur 16% des territoires touchés par ce trafic. Certains peuples auraient perdu jusqu'à 51% de leurs populations initiales. (28)

3.4.3.2 *Colonisation Allemande*

En 1883 l'Allemagne imposa son protectorat sur quatre régions dont le Togo ou l'explorateur Gustav Nachtigal signa en juillet 1884 un traité avec le chef traditionnel du lac Togo M lapa II (originaire de Togoville) à Baguida et donna son nom au Pays : Togoland.

En 1885, lors de la conférence de Berlin qui délimita les zones d'influence économique Européennes en Afrique, la côte Togolaise fut officiellement attribuée à l'Allemagne. L'Allemagne entra dans une compétition avec la France pour se disputer les différentes colonies, elle laissa Petit-Popo en échange des rivières du Sud de l'actuel Guinée. Elle encouragea ses ressortissants à s'installer en colonie avec des conditions très avantageuses et effectua un contrôle sévère sur la région : travail forcé, construction de nombreuses infrastructures (chemin de fer, station radio), port de Lomé (actuelle capitale du Togo).

Les conditions pénibles d'occupation déclenchèrent une forte résistance de la part des populations autochtones comme la révolte de Kabiyè en 1890 et celles des Konokombas 1897-1898 qui furent matées par l'empire Allemand.

3.4.3.3 Colonisation française

En 1914, la première guerre mondiale éclate et en 3 semaines le Togoland fut envahi par les forces alliées. Les Français et les Britanniques se partagèrent l'occupation du territoire, Nord-est pour la France qui deviendra l'actuel Togo et Ouest pour le Royaume uni qui sera rattaché au Ghana.

La France essaiera d'effacer toute trace de la colonisation allemande en interdisant l'usage de l'allemand et en instaurant le Français comme langue officielle dans les écoles et les administrations.



Figure 9 : Division du Togoland en 1914 (Alchetron.com)

3.4.4 bouleversements du XXème siècle

3.4.4.1 Vers l'indépendance

Après la seconde guerre mondiale, l'ONU va établir un régime de tutelle visant à « favoriser l'évolution des populations vers la capacité de s'administrer elles même ». Deux partis politiques Togolais travaillèrent activement à l'évolution du statut du pays :

- Le comité de l'unité Togolaise (CUT), dirigé par Sylvanus Olympio demandant un état réunifié et autonome
- Le mouvement populaire Togolais (MPT), dirigé par Nicolas Grunitzky réclamant une association plus étroite avec la France

En 1957, le Togo britannique fut incorporé à la côte de l'or qui deviendra le Ghana à la suite d'un référendum. En revanche les Ewé refusèrent ce choix qui niait la partition de leur peuple dont le territoire s'étendait de Notsé aux rives de la Volta. La France promut la république autonome du Togo associée à la France et Nicolas Grunitzky devint premier ministre.

3.4.4.2 Indépendance du Togo

Le 27 avril 1958, les élections législatives sous l'égide de l'ONU aboutirent à un revirement de la situation, le CUT remporta le scrutin et Sylvanus Olympio devint président.

Le 27 avril 1960 le Togo accéda à l'indépendance et obtint un siège à l'ONU. Sylvanus dirigea la rédaction de la constitution de la république du Togo et mit en place un régime présidentiel autoritaire mettant fin au multipartisme et s'octroyant des pouvoirs élargis ce qui suscita le mécontentement de la population.

En janvier 1963, il fut renversé et tué lors d'un coup d'état militaire dirigé par Etienne Gnassingbé Eyadéma qui ramena Nicolas Grunitzky au pouvoir. Celui-ci s'attachera à favoriser les échanges avec la France notamment en signant des accords de coopération mais il ne parvint pas à assurer au pays un régime stable et démocratique.

En janvier 1967, l'armée prit le pouvoir, Gnassingbé Eyadéma devint le chef de l'état et constitua un nouveau gouvernement.

3.4.4.3 De l'indépendance à nos jours

Jusqu'en 2005 le président Gnassingbé Eyadéma sera à la tête du pays, il installera un climat de silence et de censure. Après une tentative de coup d'état manqué en 1986 et de violentes émeutes à Lomé en 1990, il réaccordera finalement le multipartisme. Un climat de tension générale ainsi que des répressions très violentes de l'état entraîneront un exode massif des Togolais vers le Ghana et le Bénin.

Malgré le climat de crise, le président est réélu après plusieurs élections en 1993, 1998, 2003 jusqu'à son décès le 5 février 2005. Il détiendra le record de longévité politique à la tête d'un état Africain avec 38 ans. Le pouvoir est alors confié à son fils Faure Gnassingbé par l'intermédiaire de l'assemblée nationale qui réécrit la constitution pour l'occasion.

Le nouveau président va se maintenir à la tête du pays suite à des élections dont la régularité est à chaque fois contestée en 2005, 2010, 2015 et 2020.

3.5 Politique togolaise

3.5.1 Gouvernement et organisation politique togolaise

Faure Gnassingbé est le président actuel de la république du Togo avec l'UNIR, premier parti politique. Le premier ministre est Komi Sélom Klassou.

Le président de la république est élu au suffrage universel direct pour 5 ans dont le dernier était en 2020. Le premier ministre est nommé par le président et le conseil des ministres en concertation avec le président et le premier ministre.

Le pouvoir législatif appartient à l'assemblée nationale constituée de 91 membres élus au scrutin proportionnel plurinominal pour 5 ans. L'UNIR possède actuellement 59 sièges. L'organisation juridictionnelle se compose de juridictions de droits commun :

- Ordinaires : la cour suprême, les cours d'appel et les tribunaux de première instance
- Spécialisées : tribunaux du travail et tribunaux pour enfants

Et les juridictions d'exception : la cour de sureté de l'état et le tribunal spécial de la représentation des détournements des deniers publics.

Le débat politique est animé par plusieurs partis actifs comme l'Union pour la république (UNIR) dirigée par le président actuel, l'union des forces de changements (UFC) avec l'opposant principal Jean Pierre Fabre, le nouvel engagement togolais (NET)...

L'état exerce une forte censure sur les journalistes et la liberté de la presse. Il est accusé d'avoir truqué les dernières élections. Les populations sont fortement réprimées par l'état et les manifestations opposantes se concluent parfois par la mort des manifestants.

Au niveau de sa politique extérieure, le Togo entretient de bonnes relations avec ses voisins africains et l'union Européenne.

3.5.2 Économie

Le Togo est un pays en voie de développement économique, sa monnaie est le franc CFA : 1 euro représente environ 650 Franc CFA. Le salaire moyen en 2020 est de 100 000 CFA, selon l'ONU, 55% de la population vit en situation de pauvreté.

L'agriculture, tient une place prédominante dans l'économie du pays avec 25% de terre cultivée ; elle produit 42% des richesses nationales et est en autosuffisance alimentaire complète. Le secteur rural fait vivre 80% de la population et l'agriculture est principalement centrée sur le coton, le mil, le maïs, le manioc ou encore l'igname.

Le pays possède d'importants gisements de phosphate ce qui constitue son principal produit d'exportation avec le ciment et le coton.

Le principal centre industriel et commercial du pays est Lomé sa capitale avec son port qui est un des plus modernes du Golfe de Guinée et un « Hub » maritime d'Afrique de l'ouest. Depuis 2007, le Togo connaît une relance de la croissance du PIB grâce au retour des bailleurs de fonds internationaux avec un taux de croissance du PIB de 5,3% en 2019. (30) (31)

3.5.3 Éducation

Le taux d'alphabétisation au Togo est faible, de 63,7%, et très inégalitaire (77,3% des hommes et 51,2% des femmes). En moyenne le jeune togolais arrête ses études à l'âge de 13 ans.

L'accès à l'éducation est fortement limité dans les zones rurales à cause du manque d'infrastructures : les élèves doivent parcourir parfois jusqu'à 10 km pour pouvoir continuer les études et les salles de classes sont très souvent pleines, les obligeants à être 4 par banc.

Les enfants constituent une source de main d'œuvre il arrive qu'ils doivent manquer l'école pour aider leurs familles dans les travaux de champs.

Les objectifs de l'état en terme d'éducation sont de garantir l'accès universel à l'éducation primaire en se concentrant notamment sur les zones rurales et pauvres, de développer un cycle secondaire de qualité et de réduire le taux d'analphabétisation.

Concernant les études post bac, les universités au Togo sont au nombre de deux avec l'université de Kara et celle de Lomé, cela rend illusoire la possibilité de faire des études supérieures pour la grande majorité des togolais. (30) (32)

3.5.4 Santé publique

L'espérance de vie à la naissance est de 66 ans, ce chiffre augmente malgré une baisse dans les années 1990 à 2008 lié à l'épidémie de sida et l'absence d'accès au traitement.

Concernant l'accès aux soins, le Togo est en grande partie déserté : il y a en moyenne 0,7 lits d'hôpital et 0,05 médecins pour 1000 habitants. 2,9% de la population en milieu rural a accès aux structures sanitaires en 2015.

Le ministère de la santé lutte activement contre les contrefaçons médicamenteuses, la désertification des campagnes et pour une promotion de la santé en soutenant des campagnes d'informations ou de sensibilisation à l'initiative des ONG.

Le manque d'éducation de la population aux problématiques de santé publique comme la contraception, les IST et l'hygiène, favorise l'expansion de fausses idées reçues qui sont encore courantes comme « *la pilule contraceptive rend stérile* », « *Le sida se soigne par les plantes* »... Malheureusement, ces idées répandues constituent des freins à l'amélioration du contexte sanitaire du pays. (30)

3.5.4.1 VIH au Togo

Concernant le VIH, le nombre de séropositifs au Togo est estimé à 100 000 en 2016 soit une prévalence de 1,7%, dont 4100 nouvelles infections la même année. Le SIDA a tué 5100 togolais en 2016, ceci s'explique par une couverture antirétrovirale loin des objectifs de l'OMS, estimée à 51% et 42% des Togolais vivant avec le VIH ont une charge virale supprimée ce qui représente 82% des sujets sous antirétroviraux. Seulement 86% des femmes enceintes séropositives ont accès à des mesures prophylactiques pour éviter la transmission à leurs enfants.

Le taux de prévalence explose dans les populations clés : 13% des hommes homosexuels et 11,7% des travailleurs sexuels sont séropositifs. Ces chiffres sont liés au tabou que représente certaines pratiques sexuelles et notamment la pénétration anale avec l'homosexualité.

Depuis 2010, le nombre de nouvelles infections a tout de même diminuée de 33% et le nombre de mort de 26%.

Le gouvernement togolais vise actuellement les objectifs de l'OMS (90/90/90) et garantit le dépistage, les soins et la prise en charge gratuites des patients séropositifs. (33)

3.6 Culture

3.6.1 Langues

La langue officielle du Togo est le Français depuis 1922. En effet lors de l'occupation, les Français ont imposé leur langue dans l'administration publique et l'enseignement pensant qu'au vu du trop grand nombre de langues parlées au Togo il était impossible d'en choisir une sans provoquer des conflits entre les ethnies.

Les langues autochtones du Togo sont plus d'une cinquantaine et appartiennent au groupe niger-congo de la famille congo-kordofanienne. Elles se répartissent géographiquement sur deux aires :

- Une aire méridionale de langues formant l'ensemble kwa
Dans le territoire sud du pays, surtout représenté par l'ewé, l'aja.
- Une aire septentrionale formant l'ensemble gur
Il recouvre toute la partie septentrionale du pays, représenté par le bassar, le kabiyé et le tem.

A ces deux ensembles dominants s'ajoutent les langues dites résiduelles localisées dans le centre ouest du pays et les langues exogènes apportées par des populations migrantes comme le haoussa ou le peul. (28)

3.6.2 La religion

La population africaine est très croyante et le Togo, qui est un pays laïque, ne déroge pas à la règle : on retrouve 3 grandes religions pratiquées :

- L'animisme (35,6%), religion originelle polythéiste qui lie l'homme et les forces de la nature dans un ensemble de coutumes et de rites
- Le christianisme (43,7%)
- L'islamisme (14%)

Malgré l'extension des religions monothéistes, les togolais sont encore attachés aux anciennes divinités et aux croyances animistes.

Cette diversité religieuse offre un paysage intéressant à la vie sociale togolaise, allant de l'appel à la prière des muezzins à la tombée ou au lever du soleil, aux messes dansantes et chantantes dans les églises chrétiennes le dimanche.

La religion majoritaire, le christianisme, est encore très conservatrice ce qui implique de nombreux tabous notamment sexuels comme le port du préservatif, la contraception, l'avortement ou l'homosexualité dans un contexte où la situation sanitaire du pays nécessiterait une évolution des comportements. (30)

3.6.3 Mœurs

Comme tout pays, le Togo possède ses propres mœurs et leur compréhension est indispensable à l'analyse des phénomènes sociaux, politiques, économiques et sanitaires. (34)

3.6.3.1 *La famille*

Au Togo et généralement en Afrique subsaharienne, l'ordre social est basé sur la famille dit « le lignage » : le lignage constitue un ensemble de personnes issues d'un ancêtre commun vivant ou tout au moins connu.

Les lignages sont rassemblés en un même lieu et soumis à un même chef. Les notions de mère ou de frère ne doivent pas être perçues à travers la vision Européenne. Est considérée comme mère, la mère et sa/ses sœurs et comme frère les frères et cousins. Chez les Ewé le lignage est patrilinéaire, l'enfant né appartient au lignage du père.

Le lignage s'organise en base à 3 niveaux :

- Économique : il est auto-subsistant mais ne parvient pas à l'autarcie complète et est contraint à avoir des échanges avec d'autres groupes. La répartition des tâches est collective.
- Politique : les décisions sont prises par un pouvoir issu du groupe, l'autorité morale est incarnée dans la personne d'un « ancien ». La famille règle elle-même ses propres conflits.
- Religieux pour les animistes : le lignage est lieu de culte et objet de culte, l'ancêtre est le prêtre du culte.

En milieu urbain, le salarié ne peut pas se conduire comme un chef de famille européen, responsable de sa cellule. Il est membre de son lignage et doit aide et assistance ; il n'est pas rare que des membres de la famille viennent parasiter l'appartement et la vie de celui ou de celle qui a le privilège d'avoir un emploi rémunéré. (35)

3.6.3.2 *Les enfants*

Les enfants naissent à domicile, en présence de femmes, les hommes ne sont pas admis. Dans un tiers des cas elles accouchent à la maternité. Une fois examiné et exempt de toute anomalie anatomique, l'enfant est présenté au groupe et on lui donne un prénom en fonction du jour de la naissance. Si la famille est musulmane ou chrétienne il y aura un baptême.

L'allaitement dure d'un an à trois ans. La diversification représente une étape délicate ; faute de nourriture appropriée l'enfant peut décliner ou dépérir. Il vit en contact étroit avec sa mère ce qui lui apporte une grande sécurité affective, elle le porte dans le dos ou sur la hanche.

A partir de 17 ans environ se produit la séparation des sexes, les enfants cachent leur nudité aux adultes du sexe opposé. A l'école il n'y a pas de séparation, fille et garçon s'amuse avec les camarades de même sexe en milieu rural et participent aux travaux des champs.

En fonction des traditions, les jeunes gens sont invités à effectuer des rites pubertaires ou rites d'initiation pour entrer dans le monde des adultes.

3.6.3.3 *Les femmes*

Elles représentent la maternité, la vie et l'abondance.

Les filles observent toute petite leurs mères et les aident aux tâches ménagères : corvées de bois, pilage du mil, quête de l'eau au puits. Les femmes sont relayées au statut de mère, elles sont préparées à devenir de bonnes femmes et de bonnes génitrices. Elles appartiennent d'abord à leurs pères à leurs frères puis à leurs maris, leurs enfants appartiennent au groupe familial selon le système de parenté.

Elles jouent un rôle important dans la société qui lui voue le respect car elles donnent la vie, nourrissent et éduquent. Les Togolais vénèrent leur mère et ne tolèrent aucune offense à leur égard.

3.6.3.4 Les hommes

Les hommes représentent la force et le courage.

Ils jouent le rôle de chef de ménage et de lignage pour l'ainé qui remplace le patriarche défunt. Leurs pères leur enseignent leurs devoirs et responsabilités dès le plus jeune âge, c'est l'homme qui possède les biens matériels ou fonciers de la famille et qui en a la charge. Dans les couples polygames, le père reste un peu en dehors des divers foyers constitués par chaque femme et représente surtout une source de finance et de stabilité.

Les hommes sont généralement destinés aux travaux physiques et sont majoritairement représentés dans les métiers à hautes études (médecins, enseignants...) du fait d'un meilleur accès à l'éducation.

3.6.3.5 Alliances matrimoniales et polygamie

Le mariage est un contrat unissant deux lignages et la coutume de la dote est le symbole de l'alliance conclue. A l'origine, cette dote était une compensation que le mari donnait au lignage de sa femme qui perdait deux bras, source de travail. Le prix est fixé par la famille de la femme en fonction de l'âge, la virginité, la beauté. Il est parfois très élevé ce qui empêche l'homme de se marier avant un âge avancé. La légitimité des enfants devient indiscutable lorsque la dote a été intégralement versée. En contrepartie le mari acquiert un droit sur les services sexuels de son épouse, ses capacités reproductrices et sur sa force de travail.

La polygamie est signe de réussite sociale : quand un homme s'élève dans la hiérarchie sociale, il peut être tenté de manifester son pouvoir en trouvant des nouvelles épouses. Chacune d'entre elle dispose de sa case et de ses enfants, le mari vient y résider régulièrement selon un calendrier pré établi.

Avec la modernisation et l'urbanisation, l'âge au premier mariage a tendance à reculer et l'écart d'âge entre homme et femme se réduit, le souhait de construire une famille de taille élevée diminue.

Ces dernières années, des associations féministes ont vu le jour et luttent contre les violences faites aux femmes, la polygamie et le statut des femmes dans la société africaine.

3.6.3.6 Le travail

En dépit de l'urbanisation, le Togo est recouvert de zones rurales et les métiers exercés sont fortement liés aux champs.

Le travail se divise en fonction des critères d'âges et de sexe : l'homme se consacre aux grands travaux d'aménagement, il défriche, incendie la brousse, sème tandis que la femme cueille, transporte le bois de chauffe, cultive, récolte...

En dehors des travaux de champs, la plupart des métiers relèvent de l'artisanat : maçonnerie, menuiserie pour les hommes ; coiffure, couture pour les femmes. Les activités de vente et de commerce sont surtout réservées aux femmes.

L'automatisation et les technologies modernes ne sont pas encore généralisées au Togo, la plupart des travaux se font manuellement avec des instruments traditionnels rendant le travail pénible.

4 Élaboration d'un programme de sensibilisation et de prévention du VIH dans le canton d'Agbélouvé

4.1 Introduction

Comme nous l'avons développé précédemment, le Togo est une zone de forte prévalence de VIH (environ 1,7%) et malgré une tendance à l'amélioration, l'épidémie recule timidement. Ceci est largement expliqué par la conjoncture du pays : le faible niveau économique de la population, majoritairement rurale, la désertification médicale du pays, le taux d'analphabétisation élevé et le manque d'éducation ne permettant pas un changement des mœurs nécessaire à la lutte contre le VIH. Ces éléments concourent à faire du Togo un foyer important du SIDA dans le monde.

Ainsi les objectifs de l'OMS 90/90/90 pour 2020 sont loin d'être atteints et il est illusoire de penser éradiquer la pandémie de sida si certaines régions du monde restent aussi fortement touchées par le virus.

Dans ce contexte, des associations humanitaires multiplient les missions éducatives, sanitaires ou d'aménagement pour permettre d'améliorer la situation, dans l'intérêt des togolais mais aussi de celui du reste du monde.

4.2 ACDS Togo (Action Contre la Déperdition Scolaire au Togo)

4.2.1 Découverte de l'association et prise de contact

J'ai longtemps voulu faire de l'humanitaire à l'étranger afin de lier l'utile, l'échange, le voyage, la découverte... L'Afrique est un lieu que je connais et pour des raisons personnelles que j'affectionne beaucoup.

ACDS m'a été recommandé par une personne de mon entourage ayant déjà effectué une mission éducative avec l'association. Après avoir pris la décision de franchir le pas j'ai donc contacté le président Aimé Yawo Doudji.

Suite à plusieurs échanges, Aimé m'a fait part de son souhait de vouloir initier un programme de sensibilisation sur le SIDA dans le canton d'Agbélouvé. Au vu de mon parcours personnel et de mes études, l'idée m'a tout de suite intéressé et nous nous sommes donc lancés conjointement dans l'élaboration de ce programme.

4.2.2 Présentation de l'association

ACDS, Action Contre la Déperdition Scolaire au Togo est une organisation non gouvernementale (ONG) et humanitaire à but non lucratif. Ses membres constitués d'élèves, de jeunes étudiants, de professeurs, d'artisans tous volontaires ont en commun « la motivation, la vocation et la détermination à bâtir un monde socialement efficace, plus viable avec un environnement plus sain ».

Depuis 2011, plus de 400 volontaires sont venus contribuer aux différentes missions d'ACDS au Togo.

L'association est plus particulièrement spécialisée dans l'éducation avec notamment la création d'une école dans le village d'Agbélouvé mais aussi la santé avec plusieurs missions de sensibilisation (paludisme, VIH) ainsi que l'échange réciproque entre les individus de peuples et de cultures différents ou non.

L'association a été créée le 10 octobre 2009 par son président Aimé Yawo Doudji, son siège national est situé dans le village d'Agbélouvé. Elle a pour objectif de :

1. Lutter contre la déscolarisation et améliorer l'éducation des enfants
2. Améliorer les conditions sanitaires de la population
3. Réaliser des actions de sensibilisation pour lutter contre l'expansion de maladies, notamment dans les écoles
4. Promouvoir l'égalité, indépendamment du sexe, du milieu et du statut social
5. Favoriser le partage et le brassage des cultures



Figure 10 : Logo de l'association ACDS (acds-togo.org)

4.2.3 Chantiers et missions

ACDS a été à l'initiative de nombreux chantiers dont le plus important est la création et construction de l'école *Farras et fils* qui a ouvert en août 2017 et qui compte désormais 184 élèves.

Elle effectue également d'autres missions dans le domaine éducatif :

- Activité de soutien scolaire pour lutter contre le sureffectif dans les classes
- Initiation aux nouvelles technologies et aux outils informatiques
- Mise à disposition d'une bibliothèque

Mais aussi dans le domaine de la santé publique :

- Sensibilisation sur les IST dont le VIH
- Sensibilisation sur le paludisme
- Sensibilisation à l'hygiène

L'association propose également des stages de formation aux étudiants du domaine de l'éducation ou de la santé.

4.2.4 Entretien avec Aimé Yawo Doudji, président de l'association

Afin d'en connaître plus sur l'association et son fondateur, je me suis entretenu avec Aimé Yawo Doudji :

Aimé est né dans le village de son père à Alokoegbe dans la préfecture de Zio, il a ensuite grandi à Lomé, la capitale.

Après ses études secondaires, il a passé son baccalauréat en techniques quantitatives de gestion en 2005. Une fois l'obtention du BAC, Aimé a effectué 2 ans d'études à la faculté des sciences économiques et de gestion à l'université de Lomé pour avoir son DEUG (Diplôme d'études universitaires générales).

En 2008 il a passé le concours de la fonction publique en tant que comptable, il l'a réussi et a pris ses fonctions début mars 2009.

Étant étudiant, Aimé participait aux différents chantiers de solidarité internationale avec une ONG appelée JMVE (Jeune du monde vivons ensemble) en tant qu'animateur depuis 2005. Il a longtemps eu l'idée de mettre en place une structure pour venir en aide aux plus démunis.

« J'ai choisi le domaine de l'éducation, car j'ai fait un constat autour de moi. La plupart de mes amis d'enfance n'ont pas pu continuer leurs études, d'autres ont difficilement eu leur brevet. Ceci m'a amené à m'interroger sur les causes. Finalement, j'ai compris que c'est le manque de moyens financiers des parents et le manque d'information sur l'importance des études qui en sont responsables. »

Tout ceci et sa passion pour le volontariat l'ont poussé à créer ACDS en octobre 2009.

Selon lui, la création de l'association fut difficile surtout sur le plan financier pour l'obtention d'un local pour le siège et les frais administratifs. Mais avec sa volonté, celle des bénévoles, ses revenus de travail, il a réussi à réaliser son rêve.

4.3 Agbélouvé et préfecture du Zio

La préfecture du Zio est comme nous l'avons vu précédemment une subdivision administrative de la région Maritime du Togo, son chef-lieu est Tsévié.

Agbélouvé est un canton et village de la préfecture du Zio, situé à environ 40km au nord de Lomé et à 30km au sud de Notse, le village est traversé par la nationale 1.

Par manque d'information et de données démographiques, nous n'avons pas pu avoir d'estimations concernant la superficie ou le nombre d'habitant du canton.

4.4 Élaboration du programme « ZERO VIH SIDA »

Après avoir pris la décision de développer le programme nous avons mis à l'écrit nos idées et en concertation avec un bénévole togolais, un bénévole français infirmier et le président Aimé, nous avons établi le programme suivant :

« Annexe 1 : Projet « ZERO VIH-SIDA » »

L'objectif de ce référentiel était qu'il serve de base de connaissance aux bénévoles pour l'élaboration des différentes missions de sensibilisations. Il décrit les principales connaissances à avoir sur le VIH, les objectifs et les différents moyens d'actions qui seront détaillés par la suite pour celles que nous avons pu mettre en place.

4.4.1 Définition des objectifs

Nos objectifs sont les suivants :

1. Apporter les informations utiles et nécessaires aux habitants pour prendre en main leur santé concernant le VIH
2. Organiser des séances de dépistage et/ou motiver les gens à aller se faire dépister
3. Déconstruire les idées reçues
4. Pour les patients séropositifs : apporter des réponses aux questionnements, un espace de dialogue, du soutien, écouter
5. Assurer la pérennité du projet en formant des bénévoles sur place

4.4.2 Définitions des moyens d'action

Dans un premier temps, nous avons envisagé de nous concentrer sur les jeunes et les enfants mais nous avons décidé par la suite d'élargir notre cible à toutes les tranches d'âges afin de permettre une diffusion plus large des informations.

Nous avons donc défini des moyens d'actions que nous avons considérés comme efficaces et pertinents :

1. Animation d'éducation au VIH dans les écoles

Notre priorité est de sensibiliser les enfants : il s'agit de la population la plus pertinente à cibler pour éduquer aux gestes et moyens de prévention. De plus l'association étant spécialisée dans le domaine éducatif il semblait évident de commencer par là.

2. Sensibilisation en porte à porte

Cela nous permet de sensibiliser des tranches de la population de tout âge, défavorisées par le manque d'accès à l'éducation qui peuvent être moins conscientes de la situation dans des villages reculés ou dans des milieux professionnels à risque comme coiffeur avec la manipulation d'objets tranchants.

3. Sensibilisation à l'hôpital

A l'hôpital les patients et leur entourage sont déjà dans une démarche active de soin, il s'agit donc d'une population intéressée et impliquée qui pourra partager les informations autour d'elle.

4. Dépistage

Proposer des dépistages sur le terrain après une séance de sensibilisation semble être la méthode la plus efficace pour motiver la population à se faire dépister.

5. Projet d'éducation pour les pairs éducateurs

Former des volontaires togolais sur place qui pourront poursuivre les activités de sensibilisation et de dépistage afin d'assurer une présence sur le long terme et ancrer le programme dans le temps.

4.5 Travail préalable

Avant de partir, il était important de s'assurer de la faisabilité de la mission auprès des différentes instances, ainsi que du financement du projet.

4.5.1 Obtention des autorisations auprès des autorités compétentes

Aimé Doudji Yawo, le président de l'association, et George Dotse, le secrétaire général, sont entrés en contact avec les différentes organisations administratives sur place afin de s'assurer de la faisabilité du projet, ils ont donc sollicité :

1. Le ministère des enseignements primaires et secondaires de la région maritime.
2. Le ministère de la santé.
3. Le Docteur Amoussou, médecin exerçant à Tsévié.
4. Les directeurs de l'hôpital public d'Agbélouvé et de l'hôpital privé.
5. Les directeurs et enseignants des collèges privés, publics et du lycée d'Agbélouvé.
6. Le chef du canton d'Agbélouvé et les chefs des villages avoisinants.

Nous avons pu obtenir les autorisations nécessaires, du ministère de l'éducation :

« Annexe 2 : Autorisation du ministère de la santé »

Et du ministère de la santé :

« Annexe 3 : Autorisation du ministère de l'enseignement primaire et secondaire »

4.5.2 Financements, récolte de préservatifs

Les financements de la mission sont provenus pour une part majoritaire de moi-même puis de l'association et de mon entourage.

Ils ont permis de financer la partie logistique du projet c'est à dire payer la nourriture, le voyage et le logement... Toutes les autres activités ont été effectuées bénévolement par le président, moi-même, les bénévoles et également les personnes qui nous ont accompagné et conseillé.

Dans un second temps nous avons fait appel aux dons et je remercie les pharmacies, CEGIDD de La Rochelle (Centre Gratuit d'Information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) et le point focal de Zio, dont le rôle est de gérer la question du VIH dans la région, pour nous avoir fait don de préservatifs ce qui nous a permis de regrouper 900 préservatifs masculins et 100 préservatifs féminins à distribuer à la population.

4.5.3 Élaboration d'une brochure

Dans un second temps, nous avons élaboré une brochure afin de servir de support aux différentes sensibilisations.

C'est un document résumant l'essentiel de la question du VIH et adaptée au Togolais. Cette brochure a été construite dans un esprit de synthèse pour être comprise par le plus grand nombre et pour qu'elle puisse être répandue simplement à travers les foyers, dans l'entourage des personnes sensibilisées.

Annexe 4 : Brochure « Zéro VIH SIDA »

4.5.4 Élaboration d'un emploi du temps

En concertation avec les différents responsables, Aimé et Georges ont par la suite élaboré un emploi du temps des différentes activités :

Tableau 7 : Emploi du temps des activités de mi-juin à mi-juillet

Date	Matinée	Activités	Après midi	Activités
Mercredi 12-juin		Accueil à l'aéroport / Service des passeports		
Jeudi 13-juin	9h00	Visite de Lomé	13h00	Départ pour Agbélouvé
Vendredi 14-juin	9h-11h	Visite du village + salutations	15h00	Visite des centres de santé et de l'école Farras et fils
Samedi 15-juin	9h-11h	Formation assurée par le point focal VIH-SIDA de Zio	14h30-17h	***
Dimanche 16-juin	9h-11h	Centre médico-social	14h30-17h	Sensibilisation à Gavikopé
Lundi 17-juin	8h-11h	***	14h30-17h	Sensibilisation à Agbélouvé
Mardi 18-juin	8h-11h	Centre de Jardin de la résurrection	14h30-17h	Sensibilisation à Agbélouvé
Mercredi 19-juin	8h-11h	***	14h30-17h	Sensibilisation au marché
Jeudi 20-juin	8h-11h	Collège d'Agbélouvé	14h30-17h	École la sagesse
Vendredi 21-juin	8h-11h	Collège d'Agbélouvé	14h30-17h	***
Samedi 22-juin	8h-11h	Centre médico-social	14h30-17h	Sensibilisation à Agbélouvé
Dimanche 23-juin	8h-11h	***	15h-17h00	Sensibilisation à Adzarra kopé
Lundi 24-juin	9h-11h	Centre jardin de la résurrection	15h-17h00	***
Mardi 25-juin	8h-11h	École Farras et fils	14h30-17h	Sensibilisation à Agbélouvé
Mercredi 26-juin	8h-11h	***	14h30-17h	Sensibilisation au marché
Jeudi 27-juin	8h-11h	École la Consolation	14h30-17h	***
Vendredi 28-juin	8h-11h	***	14h30-17h	Sensibilisation à Agbélouvé
Samedi 29-juin	8h-11h	Centre de Jardin de la résurrection	14h30-17h	***
Dimanche 30-juin		***		
Lundi 01-juil	9h-11h	Centre médico-social	14h30-17h	***
Mardi 02-juil	8h-11h	Centre de Jardin de la résurrection	14h30-17h	Sensibilisation villages environnants
Mercredi 03-juil	8h-11h	***	14h30-17h	Sensibilisation au marché
Jeudi 04-juil	8h-11h	Centre médico-social	14h30-17h	Sensibilisation à Adzarra kopé
Vendredi 05-juil	8h-11h	Lycée d'Agbélouvé	14h30-17h	***
Samedi 06-juil	8h-11h	***	14h30-17h	Sensibilisation à Agbélouvé
Dimanche 07-juil		***		
Lundi 08-juil	8h-11h	Centre Jardin de la résurrection	14h30-17h	***
Mardi 09-juil		Sensibilisation au Lycée d'Agbélouvé		
Mercredi 10-juil		Au revoir au village / Départ pour Lomé		
Jeudi 11-juil		***		
Vendredi 12-juil		***		
Samedi 13-juil		***		
Dimanche 14-juil		Aéroport, départ		

*** : Activités sans rapport avec le projet (ex : marché pour les courses alimentaires, repos, activités avec les élèves ...)

4.5.5 Entretien avec le Dr Amoussou, président du point focal de la région de Zio

Nous avons eu la chance de rencontrer au Togo le Dr Amoussou, médecin pratiquant à Tsévié qui nous a fait l'honneur de répondre à nos questions et nous a prodigué des conseils précieux.

Après nous avoir fait un bref rappel sur le VIH, le Dr Amoussou a insisté sur plusieurs points importants :

- Il faut inciter les femmes enceintes à aller se faire dépister au moins une fois au cours de la grossesse à l'hôpital

- Il faut insister sur la transmission sanguine et les règles d'hygiène de base comme ne pas partager sa tondeuse, ses ciseaux, même si l'achat peut représenter un coût pour certains... Il en va de même pour les objets de manucure, les brosses à dents, il faut investir pour sa santé. A défaut, chez le coiffeur par exemple il faut désinfecter les lames.
- Depuis octobre 2018, le traitement et le dépistage du VIH sont gratuits dans tout le Togo, personne n'a le droit de vous demander de l'argent pour cela c'est illégal.
- Le dépistage est sans risque, fiable et confidentiel. Hormis le médecin et la personne qui a procédé au dépistage, personne ne connaît le statut sérologique du sujet.
- Il faut couper court aux fausses idées reçues comme « certaines plantes pourraient guérir le SIDA », « Les hétérosexuels ne peuvent pas attraper le SIDA »

4.6 Mise en place de la mission à Agbelouvé

4.6.1 Contexte sur place (personnes ressources, moyens...)

Sur place nous avons retrouvé une bénévole Française de l'association, Charlotte Landois et les personnes ressources :

George Dotsé, le secrétaire général d'ACDS et Odile Medee, bénévoles de l'association qui nous ont assistés pendant toute la durée de la mission pour les tâches de la vie quotidienne mais également dans les activités de sensibilisation : ils ont traduit nos paroles en Ewé quand cela était nécessaire, nous ont apporté leurs savoir-faire dans le milieu associatif et leurs visions sur le projet par rapport à leur culture Togolaise.

Yaotsé Gavi, qui était la personne ressource à Agbelouvé. Connaissant le village et ses habitants depuis longtemps il nous a permis de faciliter notre intégration dans la population locale.

Nous logions au siège de l'association ACDS, au centre du village. Nous étions donc 4 bénévoles (Charlotte, Odile, Georges et moi-même) et nous disposions d'une centaine de brochures et d'environ 1000 préservatifs.

Nous étions sur place 1 mois de mi-juin à mi-juillet et nous effectuions nos déplacements vers les différents points d'intérêt à pied.

4.6.2 Séances d'animation et d'éducation au VIH dans les écoles

Il semblait important de commencer par le milieu scolaire, d'une part car l'association est spécialisée dans le milieu éducatif et d'autre part parce qu'il est important d'éduquer les jeunes aux bons gestes, dans leur intérêt mais aussi dans l'intérêt collectif.

Annexe 5 : « Séance d'animation et d'éducation au VIH dans les écoles »

4.6.2.1 Déroulement de la séance

La séance d'éducation se déroule dans la salle de classe habituelle des élèves en présence du professeur. Elle se compose en trois parties et dure entre une heure et une heure et demie.

4.6.2.1.1 Première partie : présentation et questionnaire

Après une brève présentation de l'association, la première partie de la séance est articulée autour du questionnaire suivant :

1. *Savez-vous ce qu'est le VIH ?*
2. *Savez-vous comment peut-on « l'attraper » ?*
3. *Savez-vous comment vous protéger ?*
4. *Comment savoir si on a le VIH ?*
5. *Peut-on guérir du VIH-SIDA ?*
6. *Peut-on l'attraper en embrassant quelqu'un ? En lui serrant la main ?*
7. *Faut-il payer pour se faire dépister ou soigner ?*

Le questionnaire permet le déroulement des points essentiels de la question du VIH comme il a été développé dans le programme de référence du projet.

Il s'ensuit une présentation du préservatif masculin, féminin, une démonstration de leur utilisation, une information sur les règles de bon usage :

- Un préservatif n'est pas réutilisable.
- On jette le préservatif dans une poubelle et non dans l'environnement.
- On ne met rien sur le préservatif sauf le lubrifiant prévu à cet effet.

Nous insistions ensuite sur la gratuité des préservatifs et les lieux où s'en procurer : gratuitement à l'hôpital, sinon, en pharmacie.

4.6.2.1.2 Deuxième partie : questions des élèves

Après avoir fait une présentation générale et abordé les points importants sur le VIH, nous laissons un temps de parole aux élèves (et aux professeurs) pour poser leurs questions. Cela a permis d'aborder différents sujets qui ont intéressés les enfants, tabous ou non comme la sexualité, les périodes des jeunes filles ou les fausses idées reçues sur le VIH...

4.6.2.1.3 Distribution

Pour finir nous distribuons des brochures aux professeurs pour qu'ils les distribuent eux-mêmes de manière équitable entre les élèves à défaut d'en avoir pour tous. Puis nous distribuons nous même les préservatifs aux élèves le souhaitant.

La distribution était l'occasion pour certains d'entre eux de venir nous aborder et nous poser des questions de manière plus personnelle et privée.

4.6.2.2 Quelques photos



Photo 1 : Sensibilisation au collège public d'Agbélouvé / Photo 2 : Sensibilisation au collège public d'Agbélouvé



Photo 3 : Sensibilisation au lycée public d'Agbélouvé / Photo 4 : Sensibilisation à l'école La Sagesse

4.6.2.3 Résultats

Nous avons pu sensibiliser les principaux centre scolaires d'Agbélouvé, qui sont au nombre de cinq :

- L'école de La Sagesse
- L'école Faras et fils
- L'école de La Consolation
- Le collège public d'Agbélouvé
- Le lycée public d'Agbélouvé

Lors de ces séances, nous avons sensibilisé environ 700 élèves du collège au lycée et nous avons distribué presque autant de préservatifs, certains étant trop jeunes d'après leurs professeurs pour en avoir.

Les élèves ont en général manifesté un grand intérêt pour notre démarche, ils avaient pour la plupart déjà de bonnes bases sur le VIH et ont témoigné une certaine confiance envers nous, déviant sur des thèmes différents comme les menstruations.

Les questions fréquentes qui nous ont été posé sont les suivantes :

- Pourquoi le test de dépistage est-il confidentiel ? Nous pourrions isoler les personnes séropositives pour qu'elles ne contaminent plus les autres.
- Comment peut-on savoir que quelqu'un est séropositif sans dépistage ?
- D'où vient le VIH ?
- Peut-on attraper le VIH lors de la période de menstruation ?
- L'homme peut-il transmettre le VIH au fœtus si sa partenaire est enceinte ?
- Pourquoi n'y a-t-il pas de vaccin contre le VIH ?
- Peut-on doubler un préservatif pour plus d'efficacité ?
- Peut-on manger avec les porteurs du VIH ?
- Peut-on avoir des rapports sexuels quand on est atteint du VIH ? Peut-on avoir des enfants ?
- Que faire si mon partenaire ne veut pas mettre de préservatif ?

Lors de l'une des séances, une jeune fille du lycée nous a sollicités à la fin de la présentation, en privé, pour nous poser des questions et nous faire part de ses inquiétudes en tant que personne séropositive.

4.6.2.4 Discussion

A propos du fond,

Les séances d'animation se sont déroulées de manière très naturelle et spontanée. Les enfants d'Agbélouvé sont responsabilisés à la question du VIH, ils ont pour la plupart d'entre eux déjà eu des cours et ont été sensibilisés sur le sujet par leurs professeurs ou d'autres ONG. Toutefois certaines croyances et fausses idées restent ancrées, certaines connaissances nouvelles non acquises (notamment le TasP) et les rappels fréquents comme ceux-ci sont nécessaires d'une part pour réinsister sur l'importance de la prévention et d'autre part pour les informer des nouveautés, des nouvelles perspectives qui changent radicalement notre rapport à la maladie.

Lors de nos séances nous avons été abordés en privé par une jeune fille séropositive inquiète sur sa santé et celle de son entourage, nous l'avons écoutée et naturellement redirigée vers des interlocuteurs plus compétents. Les jeunes togolais sont certes bien éduqués à la question du VIH par les ONG notamment, mais le coté éphémère des séances de sensibilisation (comme nous l'avons fait) ne permet malheureusement pas une présence permanente d'interlocuteurs pour les jeunes gens séropositifs qui ont des besoins d'information plus poussés et en l'occurrence également des besoins de soutien psychologique.

Les tabous sont en général l'adage des adultes et les enfants ont cette capacité à les aborder avec facilité et spontanéité : nous étions étonnés du manque de connaissance que les enfants témoignaient, malgré un grand intérêt, pour d'autres sujets comme la sexualité. Ceci étant très probablement dû à l'influence de la religion chrétienne sur la culture Togolaise, avec un discours dirigé vers la promotion de l'abstinence plutôt que sur le port du préservatif par grand nombre d'adultes et de professeurs.

Pour les jeunes filles, les questions abordées concernaient majoritairement les périodes féminines et le refus de port du préservatif par leurs partenaires. Ceci témoigne d'une part du manque d'éducation à la sexualité féminine mais nous questionne également sur la place de cette sexualité et des droits de la femme dans la culture togolaise.

Concernant la forme,

Le format questionnaire a été une réussite et a rendu la séance interactive pour les enfants qui n'ont pas hésité à participer. Il aurait été intéressant de disposer d'un support type power point ou poster (à défaut de matériel) pour faciliter le déroulement de la séance. Les élèves étaient très nombreux, parfois une centaine ou plus comme au collège public d'Agbélouvé et au Lycée ce qui, je pense, a rendu les séances difficiles à suivre pour certains et a contribué à inhiber leurs participations. Prendre les élèves par petits groupes aurait été plus bénéfique pour eux.

Nous avons fait face également parfois à un manque d'organisation et d'implication par les équipes administratives, les enseignants notamment au lycée public où nous avons été laissés livrés à nous même pour sensibiliser les élèves (environ 200) dans la cour par exemple.

4.6.3 Sensibilisation en porte à porte

L'intérêt des séances de sensibilisation en porte à porte est d'atteindre d'autres cibles et le format court permet de rencontrer un grand nombre de personnes et donc d'être efficace.

Annexe 6 : « Sensibilisation et porte à porte »

4.6.3.1 Déroulement de la sensibilisation

Nous abordions les personnes dans la rue, devant leur domicile ou sur leur lieu de travail en leur expliquant le but de notre démarche. Si elles étaient disponibles nous leur faisions un bref rappel sur le VIH (de 3 à 5 minutes) en abordant les points clés :

« Le SIDA est une maladie provoquée par le VIH : Virus de l'immunodéficience humaine. Ce virus va s'attaquer au système immunitaire de l'organisme ce qui aboutira, sans traitement, à un état d'immunodéficience appelé SIDA. Cet état est caractérisé par une incapacité de l'organisme à se défendre contre les agents infectieux (bactéries, virus, champignons...). Le sujet malade développera alors toutes sortes d'infections desquelles il mourra.

Le VIH peut se transmettre de 3 manières différentes :

*1. Par les rapports sexuels non protégés, si son partenaire est porteur du virus.
Le seul moyen totalement efficace pour éviter cela est de porter un préservatif (masculin ou féminin) lors d'un rapport sexuel avec une personne dont on ne connaît pas le statut ou si l'on ignore soi-même son statut.
Il est possible d'avoir des préservatifs gratuitement à l'hôpital public, sinon, ils sont en vente en pharmacie*

2. Lors d'un contact avec le sang d'une personne infectée.

Par exemple, si j'utilise le rasoir souillé de sang d'une personne infectée qui s'est coupée et que je me coupe avec, alors je peux être infecté à mon tour. Pour éviter cela il est important de ne pas partager des objets ayant pu être en contact avec du sang (par coupure, pique...) comme les brosses à dents, ciseaux, rasoirs. Chez le coiffeur, il faut emmener son propre matériel, ou à défaut, lui demander de bien désinfecter le sien.

3. De la mère à l'enfant.

Une mère porteuse du VIH peut lors de la grossesse et de l'accouchement transmettre le virus à son enfant. Il existe des traitements médicamenteux pour empêcher cette transmission de la mère à l'enfant, pour cela il faut impérativement aller à l'hôpital lorsque l'on est enceinte pour se faire dépister et ainsi prendre des mesures qui permettront d'éviter d'infecter son enfant. Le virus peut également se transmettre par l'allaitement : il faut donc s'assurer de n'être pas infectée lorsque l'on allaite un enfant.

Le seul moyen de savoir si on est infecté est d'aller se faire dépister. Cela consiste au prélèvement d'une petite goutte de sang au bout du doigt qui sera ensuite analysée en laboratoire. Le dépistage est fiable, sans risque, confidentiel et surtout gratuit ! Il est possible d'aller vous faire dépister à l'hôpital d'Agbélouvé ou au centre Jardin de la résurrection.

Actuellement il n'existe aucun traitement (médicament, plantes...) permettant de guérir du SIDA. Mais certains médicaments « antirétroviraux » s'ils sont pris sérieusement permettent de limiter voire stopper la propagation du virus dans l'organisme et ainsi ne jamais développer le stade du SIDA permettant au sujet infecté de vivre comme une personne saine et de ne plus être contagieux d'où l'importance de se faire dépister pour connaître son statut, se faire soigner mais aussi pour les autres.

Le dépistage, le traitement et les consultations médicales sont totalement gratuits au Togo.

*Il ne faut pas hésiter ou avoir peur de se faire dépister pour connaître son statut :
Si l'on est sain un résultat négatif est un soulagement, le respect des gestes de prévention est suffisant pour se protéger du virus.
Si l'on est malade, le traitement permettra d'éviter le pire et de protéger les autres. »*

A la suite de cela, ils pouvaient poser leurs questions et nous leurs faisons une démonstration sur l'utilisation des préservatifs féminins/masculins comme lors des séances d'animations dans les écoles, suivie d'une distribution de préservatifs et de brochures.

4.6.3.2 Quelques photos



Photo 5 : Sensibilisation dans un atelier de couture



Photo 6 : Sensibilisation au grand marché



Photo 7 : Sensibilisation chez une coiffeuse



Photo 8 : Sensibilisation à Adzarra kopé

4.6.3.3 Résultats

Nous avons sensibilisé le village d'Agbélouvé durant 9 demi-journées ce qui nous a permis de couvrir différents points d'intérêts comme le grand marché, les axes principaux comme le centre du village et nous avons sollicité un maximum d'habitants chez eux mais également sur leur lieu de travail : coiffeuse, couturière, menuisier, commerçantes, mécanicien... Nous avons abordé des personnes de tout âge et de tous milieux sociaux.

Nous avons également sensibilisé les villages avoisinants, Gavikopé et Adzarra kopé dans leur intégralité ainsi que d'autres villages reculés.

Au total nous avons pu sensibiliser environ 300 personnes qui présentaient, contrairement aux enfants, un intérêt très inconstant : certains ne semblaient pas concernés ou étaient gênés, d'autres en revanche étaient intéressés, curieux et demandeurs.

Par ailleurs, nous n'avons eu aucun refus lorsque nous avons abordé les individus et ils se sont montrés chaleureux et hospitaliers en nous invitant souvent à rentrer dans leurs maisons, leurs lieux de travail avec une petite attention comme des chaises ou du Sohabi (spécialité togolaise).

Ils nous ont également posé de nombreuses questions :

- Quelle est l'origine du SIDA ? (rumeurs, création des blancs, rapport sexuels avec des animaux sauvages...)
- Le SIDA touche seulement les personnes homosexuelles ?
- Quelles sont les autres maladies sexuellement transmissibles ?
- Comment savoir si le préservatif est troué avant son utilisation ? (rumeur de distribution de préservatifs troués)
- Peut-on doubler les préservatifs ?
- Doit-on mettre un préservatif si on est marié ?
- Est-ce vrai que le Jatropa (plante locale) peut guérir le SIDA ?
- Est-ce vrai que les moustiques peuvent transmettre le sida ?
- Peut-on reporter un préservatif après l'avoir utilisé ?

Comme pour les enfants, des habitants séropositifs avec qui nous avons échangé nous ont fait part de leurs inquiétudes : nous avons été sollicités par certains pour aller sensibiliser des villages reculés qui étaient d'après eux extrêmement touchés par le VIH. D'autres avaient des demandes d'ordre pratique sur le traitement.

4.6.3.4 Discussion

A propos du fond,

Pour commencer, l'un des points les plus flagrants est qu'à l'inverse des enfants, pour certains ces sensibilisations n'étaient pas un rappel mais bien une découverte sur de nombreux points et notamment sur l'utilisation du préservatif que certains n'avaient jamais utilisé et pas uniquement chez les personnes âgées, mariées. Il y a donc bien un manque d'information en milieu rural pour les Togolais hors du système scolaire.

Comme abordé précédemment, nous avons constaté un manque d'intérêt de la part de certains pour le SIDA mettant en avant l'idée que le SIDA n'est plus une maladie mortelle grâce aux antirétroviraux et que d'autres pathologies comme le paludisme qui représente une catastrophe sanitaire en Afrique, tuaient beaucoup plus que le SIDA.

Les sujets mariés avec des enfants ne se sentent plus concernés par la question du VIH en occultant, à tort, les autres modes de transmissions comme la transmission sanguine.

Pour certaines personnes, nos séances de sensibilisation n'étaient pas toujours prises au sérieux : Il est effectivement difficile en tant qu'étranger de venir « s'imposer » comme éducateur, surtout au vu de notre jeune âge.

A propos des tabous, certaines personnes étaient gênées et nous avons eu quelques remarques concernant les rapports sexuels anaux notamment mais dans l'ensemble les différents messages sont bien passés et nous n'avons pas eu de « résistance » de la part de la population.

On peut noter également la présence de beaucoup de fausses idées reçues qui sont répandues et qui ont la vie dure, ou de thèses complotistes comme « les blancs sont à l'origine du VIH » qui témoigneraient d'une certaine rancune à l'égard du colonialisme dans l'inconscient collectif.

Nos échanges avec un homme séropositif nous ont amené à discuter du fait qu'il existait des villages reculés, où le taux de prévalence du VIH était extrêmement haut, de l'ordre de 50% selon lui. Cette information, qui nécessiterait tout de même d'être confirmée, souligne les importants problèmes d'inégalité de répartition de l'éducation et des campagnes de prévention qui n'ont que très peu (voire jamais) atteints certains lieux.

Concernant la forme,

La répétition d'un monologue de 3 à 5 minutes pendant plusieurs heures sous un soleil de plomb peut être long et fatigant.

Pour nous éviter de répéter pour 1 ou 2 personnes nous avons choisi d'abord des groupes et avons de ce fait laissé les personnes seules ou peu nombreuses, il aurait plutôt fallu trouver un moyen de les réunir.

4.6.4 Sensibilisation à l'hôpital

4.6.4.1 *Déroulement de la sensibilisation*

Les sensibilisations à l'hôpital s'articulaient sur la base des sensibilisations en porte à porte mais se déroulaient exclusivement dans l'hôpital : à l'accueil, à la maternité...

Nous étions accueillis dans l'enceinte de l'hôpital et étions amenés à sensibiliser patients, accompagnants, membres du personnel...

Elles consistaient donc en une courte présentation de 3 minutes également suivie d'une présentation des préservatifs féminins et masculins ainsi que d'une distribution de préservatifs et de brochures.

4.6.4.2 *Quelques photos*



Photo 9 : Sensibilisation à l'accueil de l'hôpital public

Photo 10 : Sensibilisation à la maternité

4.6.4.3 Résultats

Nous avons couvert les deux structures hospitalières principales d'Agbélouvé à travers 9 sensibilisations : le centre privé du Jardin de la Résurrection et l'hôpital public dit « centre médico-social ».

Les personnes abordées étaient pour la plupart des malades, des femmes enceintes, des soignants et des proches de malades.

Nous y avons sensibilisé un peu moins d'une centaine de personnes.

Les questions qui nous étaient posées étaient dans l'ensemble semblables à celles posées lors du porte à porte.

4.6.4.4 Discussion

Les sensibilisations à l'hôpital sont malheureusement trop dépendantes de la fréquentation, nous attendions parfois une matinée entière en ne voyant que très peu de personne.

Les autres points sont semblables à ceux des sensibilisations en porte à porte.

4.6.5 Missions non effectuées

Certaines missions comme le dépistage ou l'éducation des pairs éducateurs, initialement prévues dans le projet n'ont malheureusement pas pu aboutir lors de ce mois passé à Agbélouvé.

4.6.5.1 Dépistage

Il était prévu que le point focal de Zio fasse une demande de dons de TROD pour nous assister dans notre projet mais cela n'a malheureusement pas pu aboutir. Nous n'avons donc pas pu assurer le dépistage de la population par manque de moyens.

Beaucoup de personnes nous ont demandé si nous pouvions nous même les dépister lors de nos séances de sensibilisation. Avec regret, nous n'avons pu accéder à leur demande et les avons redirigées vers les deux centres hospitaliers d'Agbélouvé...

Il est impossible de dire lesquelles d'entre eux ont fait la démarche de se déplacer dans ces centres pour se dépister mais il est certain qu'ils sont nombreux à ne pas l'avoir fait ce qui n'est pas satisfaisant.

4.6.5.2 Projet d'éducation pour les pairs éducateurs

La formation des pairs éducateurs est un projet qui s'inscrit dans la durée, n'ayant initialement pas assez de recul sur le déroulement des sensibilisations et les retours de la population il était difficile de prévoir et d'anticiper cet axe du programme. Le temps n'étant pas illimité, nous avons dû nous focaliser sur les axes prioritaires : sensibilisation des écoles et d'un maximum de la population occultant ainsi cette partie du projet.

Nous pouvons cependant noter que les deux bénévoles d'ACDS : Georges et Odile, ont été bien formés sur le sujet, ils garantissent la continuité du projet en faisant le relais avec les nouveaux bénévoles et en répandant les informations autour d'eux quand l'occasion se présente.

Lors de nos différentes séances de sensibilisations nous avons également insisté sur l'importance de partager ces informations avec le reste de la population : famille, amis à défaut de pouvoir former des pairs éducateurs pour le moment.

4.7 Travail postérieur

4.7.1 Élaboration d'un rapport

En collaboration avec Charlotte, nous avons élaboré un petit rapport ayant pour objectif de restituer et d'informer les prochains bénévoles sur le déroulement de notre mois d'application du programme à Agbélouvé.

On y retrouve les différents points essentiels de l'élaboration du projet, les différentes missions effectuées et un retour général sur cette expérience.

Annexe 5 : « Rapport Zéro VIH juillet 2019 »

4.7.2 Outil de l'évaluation de l'impact du projet

En rentrant en France nous nous sommes vite posé la question de l'impact qu'a eu ce mois de sensibilisation, et plus généralement ce projet, sur la population d'Agbélouvé.

Nous avons alors réfléchi à des indicateurs d'évaluation de son impact :

- Nombre de personnes sensibilisées
- Nombre de préservatifs distribués
- Nombre de brochure distribuées
- Questionnaire à faire circuler dans la population : il permettrait d'évaluer les connaissances résiduelles des habitants ou des élèves, plusieurs mois après les sensibilisations.
- Nombres de dépistages effectués dans les centres hospitaliers les plus proches : une augmentation du nombre de dépistages volontaires pourrait être le signe d'une prise de conscience initiée par les sensibilisations.
- Nombre de dons de préservatifs à l'hôpital public d'Agbélouvé : comme pour les dépistages, une augmentation des dons pourrait témoigner d'un impact favorable du projet.

Cette évaluation permettrait d'adapter le programme en fonction des résultats et d'en suivre l'évolution.

4.7.3 Futur du projet et perspective

Bien évidemment, les missions initialement prévues et non effectuées seront les axes prioritaires à développer dans le futur.

Dans un premier temps, nous allons nous concentrer sur la recherche de financement afin d'obtenir des TROD pour organiser des journées de dépistage actives en allant au-devant de la population. Il semble également indispensable de pouvoir permettre aux personnes qui le souhaitent de se faire dépister « dans la foulée » lors de nos séances de sensibilisation, profitant ainsi d'une occasion qui ne se représentera peut-être pas.

Le projet d'éducation de pairs éducateurs sera développé par la suite. Il constituera notre 2^{ème} axe de développement, nécessitant moins de moyens financiers mais plus de moyens humains. Il faudra pour cela identifier des volontaires dans la population lors de séances de sensibilisation, en distribuant une nouvelle brochure par exemple signifiant que nous recherchons des personnes motivées et engagées pour compléter nos effectifs.

Enfin, nous élargirons notre champ d'action à d'autres villages et d'autres cantons voisins en priorisant comme précédemment les écoles.

4.7.4 Recherche de financement

La recherche de financement que nous avons, à tort, négligé dans un premier temps sera indispensable à l'élaboration de notre premier axe de développement (le dépistage avec TROD) et constituera donc notre grande priorité.

La première action dans ce sens sera de monter un dossier de demande de financement auprès de plusieurs organisations comme la *GSK foundation*, la *Bill and Melinda Gates foundation*...

L'association a également lancé plusieurs collectes de dons depuis sa création et nous en ferons également une dans ce sens sur lepotsolidaire.fr.

Bien évidemment, les futurs bénévoles seront eux aussi mis à contribution dans la recherche de financements.

4.8 Discussion générale

4.8.1 Observations

D'une manière générale, ce projet a été bien accueilli par la population et a été, nous pensons, utile. Nous avons pu avoir des échanges fort intéressants et des points de vue inhabituels sur la question du VIH.

Globalement, le citoyen togolais est volontaire et impliqué dans la prise en main de sa santé, de celle de sa famille et de son entourage à condition qu'on lui donne les moyens (éducation, préservatifs, dépistage, traitement...).

Nous pensons qu'il est important et nécessaire de poursuivre les campagnes de sensibilisation dans les pays en voie de développement, de faible éducation, avec un faible accès au soin comme au Togo.

Cependant, il semble être préférable de ne pas nous imposer en tant qu'occidentaux comme ont pu le faire nos ancêtres mais plutôt d'encourager, en informant la population pour déclencher une prise de conscience, en accompagnant des jeunes volontaires locaux ou en soutenant des initiatives locales. Nous avons toujours tendance inconsciemment à les infantiliser et à nous placer comme détenteurs du savoir et de la bonne parole.

De notre point de vue, les sensibilisations gagneraient en efficacité si elles étaient adaptées réellement à leurs besoins et à leur culture et non pas un copié/collé de nos attentes occidentales. Pour cela elles doivent être pensées avec un œil togolais, c'est pourquoi il est important de valoriser et de soutenir leurs initiatives. Pour ce point, ACDS Togo est un bon exemple, créé par Aimé Yawo Doudji, un Togolais d'origine et ayant dans ses rangs des jeunes volontaires locaux dévoués comme Georges Dotsé.

La colonisation et la traite négrière bien que faisant partie du passé ont encore leurs poids dans l'inconscient togolais. Les rumeurs sur l'origine du VIH, le désintérêt de certains pour les campagnes de sensibilisation « immigrées » des pays du Nord en témoignent. Pour s'affranchir de cela, des années seront encore nécessaires ainsi qu'une prise de conscience et un changement dans notre façon « d'aider » ces populations.

Les mœurs sont très différentes au Togo, notamment sur le statut de la femme, l'homosexualité... Un changement semble nécessaire à la lutte contre le VIH. Pour s'en affranchir, un effort devrait être porté sur l'éducation des enfants à ces problématiques sociales et sanitaires dès le plus jeune âge.

Nous avons pu observer, avec les différences culturelles, les difficultés à inscrire un tel programme dans la durée et à gérer l'organisation.

La culture Togolaise et plus généralement Africaine est une culture du moment présent, qui ne fonctionne pas avec les mêmes codes que nous. A titre d'exemple, les horaires n'ont pas la même importance au Togo : un rendez-vous fixé à 13h aura lieu réellement à 14h-14h30 rendant ainsi de ce fait beaucoup d'activités bien plus longues à organiser.

Le manque de moyen, financier, matériel et humain est un problème aussi, comme nous l'avons précédemment développé à propos des TROD. Du fait de l'économie fragile du Togo il peut être généralisé à d'autres besoins :

- L'accès à l'eau potable n'est pas garanti dans la plus part des milieux ruraux, rendant ainsi difficile le respect des règles d'hygiène de base...
- L'accès à l'information, aux outils informatiques est très limité. Par exemple il nous a été très difficile de trouver sur place un lieu où imprimer les brochures, alors qu'il nous en aurait fallu davantage.

4.8.2 Limites et problématiques

De nos observations, nous pouvons dégager certaines limites principales :

1. Le manque de moyens humains, matériels et financiers.
2. Certains messages sont difficiles à faire passer outre les mœurs et les habitudes culturelles chez les adultes notamment.

3. La présence de séquelles de l'époque coloniale, tant matérielles que psychologiques. Matérielles concernant l'économie, le système de santé et l'éducation qui sont, comme nous l'avons développé précédemment en difficulté, et psychologiques dans l'inconscient collectif togolais.

4. L'écart culturel dans l'organisation, la ponctualité et bien d'autres choses.

Ces limites nous font nous questionner de différentes façons :

« Comment optimiser les actions de sensibilisation afin qu'elles aient un coût matériel et humain minimal tout en restant efficaces ? »

« Comment élaborer un programme de sensibilisation efficace, capable d'outrepasser les mœurs, les tabous et les habitudes culturelles ? »

Répondre à ces problématiques constitue un axe de recherche pour la suite du projet et pour le développement des prochains programmes.

5 Conclusion

Le VIH est l'une de ces maladies infectieuses qui a bouleversé l'humanité et comme il y en aura, au vu des actualités, très certainement d'autres...

Tout en soulevant de réels enjeux économiques, la lutte contre ce virus implique et nécessite des changements radicaux des mœurs, des cultures et nous interroge sur la solidarité : notre capacité à nous organiser et à agir dans le bien commun, pour la santé de tous...

Sur cette route, le Togo est, lui aussi, en marche... Il porte sur son dos sa lourde histoire coloniale et la pression d'un monde en développement constant dans lequel il faut s'inscrire.

Ce travail témoigne qu'avec peu de moyens financiers et humains il est possible d'apporter chacun notre contribution à ces causes dans le but d'améliorer la qualité de vie et la prise en charge des personnes touchées.

Nous avons apporté les outils dont nous disposions dans la lutte contre le VIH au Togo en essayant de respecter les besoins et les attentes de ses habitants qui nous ont enrichis de leur point de vue et de leur culture. Ainsi, nous avons contribué à la lutte mondiale contre le VIH et dans un futur proche, nous l'espérons, à l'éradication de cette maladie.

PROJET « ZERO VIH-SIDA »

Dans le but d'attirer l'attention sur notre bien-être nous abordons avec vous le cas du VIH-SIDA.

Le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) est un virus se propageant par différentes voies, la plus courante est via les rapports sexuels. Ce virus touche le système Immunitaire et affaiblit ses défenses à un point où l'organisme n'est plus en capacité de se défendre face à la moindre agression extérieure (autres virus, bactéries, champignons...). Le VIH s'il n'est pas traité se développera jusqu'à la phase dite du « SIDA » (Syndrome d'Immunodéficience Acquise) qui correspond à une destruction presque totale des défenses immunitaires. Le SIDA atteint la personne contaminée au bout de quelques années (3-7 ans), différentes infections/maladies vont alors apparaître et elle ne sera plus en capacité de survivre au-delà de 3 ans.

Les premiers cas de VIH-SIDA se sont manifestés dans les années 80 avec le développement des moyens de locomotion et des échanges entre les pays.

Aujourd'hui environ 37 millions d'individus seraient touchés par ce virus dans le monde, la zone la plus touchée se trouve en Afrique, et plus précisément en Afrique de l'Ouest. Au Togo où la population est de plus de 8 millions d'individus le nombre de personnes vivant avec le VIH-SIDA est d'environ 100 000, soit presque 2% de la population totale.

L'Association ACDS TOGO (Action Contre la Déperdition Scolaire) vient par ce présent projet sensibiliser la jeunesse togolaise, particulièrement celle des milieux ruraux, avec pour objectif de faire comprendre aux élèves l'importance d'éradiquer le virus dans la génération à venir « ZERO VIH-SIDA DANS NOS ECOLES ».

« **ZERO VIH-SIDA** » c'est un slogan pour dire **NON** au VIH et **NON** au SIDA ! Beaucoup d'élèves dans nos écoles ignorent ce virus et ses conséquences. Beaucoup d'élèves sont atteints du virus et ne le savent pas !

I. LES MOYENS DE TRANSMISSION

Le VIH ne tient pas compte de la situation matrimoniale et l'âge de la personne, qu'elle soit mariée ou non, qu'elle soit enfant, jeune ou adulte.

Il ne tient pas non plus compte de la couleur de peau, que ce soit blanc, noir, jaune ou rouge.

Le VIH se transmet par les liquides corporels suivants :

- Le sang
- Les sécrétions vaginales
- Le lait maternel
- Le sperme, le liquide séminal

On note donc 3 modes de transmission :

- Transmission par le sang
- Transmission par les rapports sexuels
- Transmission materno-foetale (de la mère à l'enfant)

1. La transmission par le sang

La transmission par le sang a lieu quand 2 personnes présentant une blessure ouverte entrent en contact, et que l'une d'elle est atteinte de la maladie : Il y a alors passage du virus du sang de l'individu malade vers le sang de l'autre individu qui sera contaminé.

L'échange de seringue usagée entre individu constitue également un exemple de cette transmission : la seringue est alors souillée du sang de l'individu VIH+ contenant donc le virus et l'individu VIH- utilisant cette même seringue va se contaminer.

2. La transmission par les rapports sexuels : le sperme, le liquide séminal et les sécrétions vaginales

Pour transmettre le virus via ces liquides il faut un rapport sexuel non protégé et par conséquent une des 3 pratiques sexuelles ci-dessous :

- La pénétration vaginale
- La pénétration anale
- La fellation

3. La transmission « materno-fœtale » (de la mère à l'enfant)

La transmission du virus peut se faire lors de l'accouchement ou pendant la grossesse, il y a alors des échanges de sang entre la mère et l'enfant. On parle de transmission materno-fœtale. Mais elle peut également se produire lors de l'allaitement (le virus passe alors du lait de la mère infectée à l'enfant).

Remarque : Il n'existe que ces 3 grands modes de transmission, il est à noter que le VIH ne se transmet pas lorsqu'il y a contact avec les larmes, la sueur, la salive, le contact cutané comme les poignées de mains, les piqûres de moustique, ou encore le partage de nourriture. « Une personne atteinte du VIH est donc une personne comme tout le monde. »

II. LES MOYENS DE PREVENTION

Le VIH-SIDA se transmet par bien des façons comme nous l'avons vu précédemment, mais il est très important de savoir qu'il existe des moyens de prévention empêchant le virus de se transmettre. Et que par conséquent il est **du devoir de chacun** de connaître et d'appliquer ces moyens de prévention, afin que le virus stoppe sa propagation dans les générations à venir.

1. Prévention contre la transmission sanguine

- Ne pas utiliser une seringue ou une aiguille déjà utilisée.
- Ne pas partager des objets pouvant être en contact avec du sang, comme les rasoirs, les brosse à dents. Il est important de posséder sa propre tondeuse, ou son propre rasoir...

A défaut, il faut bien désinfecter l'objet avant son utilisation.

2. Prévention contre la transmission par rapport sexuel

- L'usage de préservatif masculin et féminin, à utiliser lors des rapports sexuels vaginaux, anaux, et oraux. Unique moyen efficace à 100% afin d'éviter la propagation du virus.

- Le dépistage avant et après un rapport sexuel avec un nouveau partenaire, afin de connaître sa possible séropositivité (VIH+).

3. Prévention contre la transmission « materno-foetale »

- Se diriger vers un centre médical dès le début de la grossesse
- Se faire dépister avant ou pendant une grossesse pour connaître son statut et ainsi mettre des moyens en place pour éviter l'infection du bébé.
- Se faire dépister avant d'allaiter un enfant pour éviter de lui transmettre le virus si l'on ignore son statut.

Remarque : ces moyens de prévention peuvent aussi protéger contre d'autres virus et d'autres maladies dites MST = Maladie sexuellement transmissible dont le SIDA fait partie comme la Syphilis, la Gonorrhée, le cancer du col de l'utérus etc...

III. LE DEPISTAGE

Le dépistage est l'action de chercher grâce à des examens médicaux la présence d'une maladie/infection chez un individu apparemment sain.

Dans le cas du VIH, le dépistage se fait par une simple pique au bout du doigt ou par prise de sang au pli du coude. Ce prélèvement sanguin sera par la suite analysé au laboratoire. Le résultat est obtenu très rapidement.

Dans le cadre d'un rapport sexuel à risque récent, il faut 3 à 4 semaines (après le rapport) afin que le virus soit détectable dans le sang.

Une fois le test réalisé deux résultats sont possibles :

- Séropositif : l'individu est à priori infecté par le virus du VIH, d'autres examens seront nécessaires pour confirmer ce résultat.
- Séronégatif : l'individu n'est pas infecté par le VIH.

A Abgélouvé il est possible de se faire dépister GRATUITEMENT au centre de sante « Jardin de la résurrection » et à l'hôpital public d'Agbélouvé.

Le dépistage est fiable, sans risque et anonyme.

IV. TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE D'UN INDIVIDU SEROPOSITIF

Une fois diagnostiqué séropositif, de nombreux tests biologiques seront effectués (recherche de la charge virale, taux de CD4, génotypage du virus...) Il est important de faire tous ces examens pour bénéficier de la meilleure prise en charge thérapeutique possible et mettre toutes les chances de son côté.

Actuellement il n'existe aucun moyen de guérir du VIH-SIDA, les seuls moyens à disposition permettent d'empêcher le virus de se propager et de détruire les cellules du système immunitaire.

Les antirétroviraux : c'est le traitement de référence du VIH-SIDA, il permet au malade de ne jamais atteindre le stade SIDA si celui-ci est bien mené et **rigoureusement** suivi. Il se présente sous la forme d'un ou plusieurs comprimés à prendre tous les jours à vie.

Il est également important que la personne malade prenne conscience des risques contagieux inhérents à sa maladie, et qu'il agisse en conséquence pour éviter de contaminer d'autres personnes c'est à dire suivre les règles de prévention pour les autres.

Même si ce traitement ne permet pas d'obtenir une guérison complète, s'il est bien suivi l'individu malade peut espérer vivre aussi longtemps et aussi bien qu'une personne saine.

V. OBJECTIFS ET MOYENS D'ACTIONS D'ACDS TOGO

Objectifs :

- Apporter les informations utiles et nécessaires aux habitants pour prendre en main leur santé concernant le VIH
- Organiser des séances de dépistage et/ou inciter les gens à aller se faire dépister
- Déconstruire les fausses idées reçues néfastes à l'amélioration de leur santé
- Pour les patients séropositifs : apporter des réponses aux questionnements, un espace de dialogue, du soutien, écouter si l'occasion se présente.
- Assurer la pérennité du projet en formant des bénévoles sur place

1. ANIMATION D'EDUCATION AU VIH DANS LES ECOLES

L'association Action Contre la Déperdition Scolaire (ACDS TOGO) propose un espace de parole, et d'échange avec les élèves de tous les établissements, pour leur permettre de s'informer, de poser des questions, et en savoir plus sur la maladie, les moyens de lutte et de prévention.

Pour cela il sera organisé des séances d'information avec des explications sur les bases de la maladie et les principes essentiels de prévention et de dépistage.

2. SENSIBILISATION EN PORTE A PORTE

ACDS organisera des journées de sensibilisation, sur votre lieu de travail, à votre domicile, si votre temps vous le permet les bénévoles seraient heureux d'échanger avec vous sur le VIH-SIDA.

3. SENSIBILISATION A L'HOPITAL

Les membres de l'association ACDS seront présents de manière régulière au centre médico-sociale d'Agbélouvé et au centre jardin de la résurrection pour sensibiliser les malades, leur entourage et pour répondre à leurs questions. Il s'agit également d'un lieu permanent où s'informer sur les modalités de prise en charge et de prévention.

4. DEPISTAGE

Pour assurer un suivi et une prise en charge complète ACDS TOGO travaille en collaboration avec le centre de sante « Jardin de la résurrection » à Agbelouvé et invite ainsi toutes personnes désireuses de se faire dépister.

5. PROJET D'EDUCATION POUR LES PAIRS EDUCATEURS

Les pairs éducateurs sont des personnes de même âge, de même contexte social qui transmettent l'information à leurs camarades / amis / entourage. ACDS se charge de former les

jeunes dynamiques capables de transmettre des informations et de tenir les campagnes de sensibilisation dans les établissements afin de rendre le projet pérenne.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

CABINET

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE MARITIME

DIRECTION PREFECTORALE DE LA SANTÉ ZIO
BP: 15 Tél: Standard 23 30 40 18/ Fax 23 30 00 20
Tsévié
N° 0302 /MSHP/CAB/SG/DRSM/DPS-ZIO

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail –Liberté – Patrie

Le Directeur Préfectoral de La Santé

au

Secrétaire Général de l'Association Action Contre la
Déperdition Scolaire (ACDS)

Objet: Réponse à votre demande
d'autorisation de sensibilisation

Monsieur le Secrétaire Général,

Par la présente, je viens vous informer que je marque mon accord pour mener les activités de sensibilisation sur le VIH-SIDA au sein du centre Médico-Social d'Agbélouvé à compter du 18 juin au 08 juillet 2019.

Je vous demande de prendre attache avec le responsable de la formation sanitaire d'Agbélouvé et le point focal VIH du district sanitaire du ZIO pour les dispositions pratiques.

Par ailleurs je vous prierais qu'un rapport nous soit transmis à la fin de l'activité.

Veillez recevoir, Monsieur le Secrétaire Général, mes salutations cordiales.

Tsévié le, 11 JUIN 2019



Dr Agbélénko Kossivi AFANVI,
CMgr ECMI, ChE FAAF, FISQua, FWACP(Comm.H)

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
PRIMAIRE ET SECONDAIRE
CABINET
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION REGIONALE DE L'EDUCATION
REGION MARITIME
B.P. 44 - TEL. 23 30 03 76 FAX 23 30 03 84
TSEVIE
N° 0748 /DRE-M

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail - Liberté - Patrie



Autorisation

Le Directeur Régional de l'Education-Maritime soussigné, autorise ***l'Association Action Contre la Déperdition scolaire (ACDS)***, à mener une campagne de sensibilisation des élèves sur le VIH-SIDA dans les établissements secondaires publics du canton d'Agbélouvé, du 18 juin au 08 juillet 2019.

Le Directeur régional de l'éducation remercie ***l'Association ACDS*** pour ses efforts d'accompagner l'Etat dans la lutte contre ce fléau dans le monde scolaire.

Pour ce faire, le Secrétaire Général Monsieur DOTSE Koffi Georges doit prendre respectivement contact avec le Chef d'inspection de l'IESG/Tsévié, et les chefs des établissements secondaires du canton pour les dispositions d'ordre pratique.

AVIS FAVORABLE

Le Chef d'Inspection



Komi Nubukpo GOTAR

Fait à Tsévié, le **14 JUIN 2019**
Le Directeur Régional de l'Education



Lardja LARE

LES DIFFERENTES VOIES DE TRANSMISSIONS

- ➔ Le sang
- ➔ Les rapports sexuels
- ➔ La grossesse
- ➔ L'allaitement

LES MOYENS DE PREVENTION

Ne pas partager d'objet pouvant être en contact avec du sang (brosse à dents, rasoir...) Prudence chez le coiffeur !

Utilisation des **préservatifs** masculins ou féminins lors de **TOUS** les rapports sexuelles (vaginaux, anaux, oraux)

Le dépistage avant / pendant une grossesse ou avant d'allaiter

 **LUTTONS ENSEMBLE CONTRE LE SIDA !**



Pour plus d'information au sujet du VIH-SIDA :

Agbélouvé - Place du chef
Préfecture de zio
+228 915 11 077
www.acds-togo.org

MISSION : ZERO VIH



SIDA



LE VIH QU'EST CE QUE C'EST ?

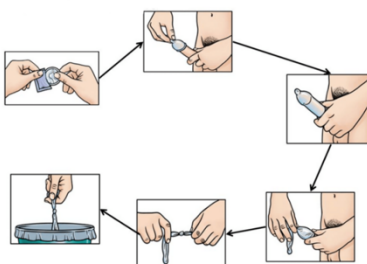
Le VIH ou Virus de l'Immunodéficience humaine est un virus infectant l'homme, se propageant le plus couramment par voie sexuelle. Il est responsable de la maladie qu'on appelle SIDA.

LE SIDA QU'EST CE QUE C'EST ?

Quelques années après avoir été infecté par le VIH, on tombe progressivement dans la phase SIDA : notre système immunitaire affaibli par le virus n'est plus capable de lutter contre d'autres infections extérieures (champignons, bactéries, parasites et autres virus). L'état du malade se dégrade peu à peu jusqu'à la mort.

UTILISATION D'UN PRÉSERVATIF MASCULIN

1. Le pénis doit être en érection
2. Vérifier le sens de déroulement du préservatif
3. **Pincer le réservoir** ou l'extrémité du préservatif entre le pouce et l'index
4. Placer le préservatif sur le pénis tout en continuant à pincer
5. Dérouler le préservatif afin que le pénis soit entièrement recouvert
6. Après éjaculation, **se retirer avant que le pénis ne soit mou**
7. Enlever le préservatif et **s'assurer que le liquide reste à l'intérieur**
8. Faire un noeud au bout du préservatif et **le jeter à la poubelle**



LE DÉPISTAGE

C'est l'action de rechercher, grâce à des examens médicaux, la présence d'une maladie/infection chez un individu apparemment sain.

Pique au bout du doigt, indolore, rapide, fiable, confidentiel
Et Gratuit

A Agbélouvé, il est possible de se faire dépister au centre médico-social

LES POINTS IMPORTANTS À RETENIR :

- Le VIH se transmet majoritairement par voie sexuelle mais aussi par voie sanguine et lors de la grossesse et de l'allaitement
- **Le seul moyen 100% efficace pour éviter la transmission sexuelle est le préservatif**
- Le dépistage du VIH est rapide confidentiel et gratuit

Séances d'animation et d'éducation au VIH dans les écoles

I. Introduction

Les séances d'animation dans les écoles consistent à donner aux enfants et jeunes adultes une connaissance générale de la maladie, des moyens de transmission et de prévention dans le but de leur donner les moyens de comprendre la pandémie mondiale de VIH, de développer une conscience et une responsabilité sanitaire et de leur permettre d'être acteur de leur propre santé et de celle des générations à venir.

II. Déroulement d'une séance

La séance d'éducation se déroule dans la salle de classe habituelle, en présence du professeur. Elle se compose en trois parties sur une durée d'une heure à une heure et demie.

1. Première partie : Présentation et questionnaire

Après une brève présentation de l'association, la première partie de la séance est articulée autour du questionnaire suivant :

- 1) *Savez-vous ce qu'est le VIH ?*
- 2) *Savez-vous comment peut-on « l'attraper » ?*
- 3) *Savez-vous comment vous protéger ?*
- 4) *Comment savoir si on a le VIH-SIDA ?*
- 5) *Peut-on guérir du VIH-SIDA ?*
- 6) *Peut-on l'attraper en embrassant quelqu'un ? En lui serrant la main ?*
- 7) *Faut-il payer pour se faire dépister ou soigner ?*

Le questionnaire permet le déroulement des points essentiels de la question du VIH comme il a été développé dans le document de référence du projet.

Il s'ensuit une présentation du préservatif masculin, féminin, une démonstration de leur utilisation et une information sur les règles de bon usage :

- Un préservatif n'est pas réutilisable
- On jette le préservatif dans une poubelle et non dans l'environnement
- On ne met rien sur le préservatif sauf le lubrifiant prévu à cet effet

L'objectif de la séance et du questionnaire étant de solliciter au maximum les enfants afin qu'ils ne perdent pas le fil de la présentation et qu'ils se questionnent sur le sujet. Il permet également de s'assurer de la bonne compréhension des termes employés comme « prévention », « dépistage » etc...

2. Deuxième partie : Questions des élèves

C'est désormais au tour des enfants de poser les questions :

Différents thèmes pourront être abordés aux grès de leurs envies. Il faut être claire, adopter un langage compréhensible pour eux sans les infantiliser. La question du VIH nécessite de développer le sens des responsabilités individuelles et également d'aborder des sujets qui peuvent être tabous.

Il est possible de ne pas avoir de réponses aux questions (par manque de connaissance, mais aussi par impossibilité de répondre), dans ce cas la prudence est de rigueur, des affirmations maladroitement ou une absence de réponses peut être mal interprétée : il faut donc mieux être honnête et le plus juste possible.

3. Distribution

Pour finir nous distribuons des brochures aux professeurs pour qu'ils les distribuent eux-mêmes de manière équitable entre les élèves. Puis nous distribuons nous même les préservatifs aux élèves le souhaitant.

La distribution est l'occasion pour certains d'entre eux de venir nous aborder et nous poser des questions de manière plus personnelle et privée. Il n'est pas impossible d'être sollicité par des enfants séropositifs qui cherchent de « l'aide » ou un interlocuteur. Dans ce cas il faut savoir être à l'écoute et les rediriger vers les personnes appropriées.

III. Conclusion

Les enfants représentent l'avenir du Togo, il est donc d'une importance primordiale de les éduquer sur les questions sanitaires comme le VIH, mais aussi sexuelles et autres... Notre statut d'éducateur extérieur nous permet de transcender plus facilement les tabous de la culture Togolaise dont le dépassement est nécessaire au développement de la prévention contre le VIH.

Sensibilisation en porte à porte

I. Introduction

Le porte à porte permet de toucher les personnes qui n'ont pas eu un accès à l'éducation du fait de leur âge ou leur milieu social et des milieux professionnels exposés aux risques de contamination.

II. Déroulement de la sensibilisation

Les créneaux de sensibilisation en porte à porte consistent à aborder les habitants dans tout le village (et villages avoisinants) et/ou dans les points d'intérêts comme au marché, chez les commerçants, les coiffeurs, couturières et leur proposer une brève information d'environ 3 minutes sur le VIH et les points importants concernant sa transmission, sa prévention, le dépistage. Puis une démonstration de l'utilisation du préservatif masculin et féminin ainsi qu'une distribution... Cette information est suivie de questions et d'un échange sur la question du VIH et autres pour les plus intéressés.

Voici un exemple de l'information qui peut être dispenser :

« Le SIDA est une maladie provoquée par le VIH : Virus de l'immunodéficience humaine. Ce virus va s'attaquer au système immunitaire de l'organisme ce qui aboutira, sans traitement, à un état d'immunodéficience appelé SIDA. Cet état est caractérisé par une incapacité de l'organisme à se défendre contre les agents infectieux (bactéries, virus, champignons...). Le sujet malade développera alors toutes sortes d'infections desquelles il mourra.

Le VIH peut se transmettre de 3 manières différentes :

*Par les rapports sexuels non protégés, si son partenaire est porteur du virus.
Le seul moyen totalement efficace pour éviter cela est de porter un préservatif (masculin ou féminin) lors d'un rapport sexuel avec une personne dont on ne connaît pas le statut ou si l'on ignore soi même son statut.
Il est possible d'avoir des préservatifs gratuitement à l'hôpital public, sinon, ils sont en vente en pharmacie.*

*Lors d'un contact avec le sang d'une personne infectée.
Par exemple, si j'utilise le rasoir souillé de sang d'une personne infectée qui s'est coupée et que je me coupe avec, alors je peux être infecté à mon tour. Pour éviter cela il est important de ne pas partager des objets ayant pu être en contact avec du sang (par coupure, pique...) comme les brosses à dents, ciseaux, rasoirs. Chez le coiffeur, il faut emmener son propre matériel, ou à défaut, lui demander de bien désinfecter son matériel.*

*De la mère à l'enfant.
Une mère porteuse du VIH peut lors de la grossesse et de l'accouchement transmettre le virus à son enfant. Il existe des traitements médicamenteux pour empêcher cette transmission de la mère à l'enfant, pour cela il faut impérativement aller à l'hôpital lorsque l'on est enceinte pour se faire dépister et ainsi prendre des mesures qui permettront d'éviter d'infecter son enfant.*

Le virus peut également se transmettre par l'allaitement : il faut donc s'assurer de n'être pas infectée lorsque l'on allaite un enfant.

Le seul moyen de savoir si on est infectée est d'aller se faire dépister. Cela consiste au prélèvement d'une petite goutte de sang au bout du doigt qui sera ensuite analysé en laboratoire. Le dépistage est fiable, sans risques, confidentiel et surtout gratuit ! Il est possible d'aller vous faire dépister à l'hôpital d'Agbélouvé ou au centre Jardin de la résurrection.

Actuellement il n'existe aucun traitement (médicaments, plantes...) permettant de guérir du SIDA. Mais certains médicaments « antirétroviraux » s'ils sont pris sérieusement permettent de limiter voir stopper la propagation du virus dans l'organisme et ainsi ne jamais développer le stade du SIDA permettant au sujet infecté de vivre comme une personne saine et de ne plus être contagieux d'où l'importance de se faire dépister pour connaître son statut, se faire soigner mais aussi pour les autres.

Le dépistage, le traitement et les consultations médicales sont totalement gratuits au Togo.

*Il ne faut pas hésiter ou avoir peur de se faire dépister pour connaître son statut :
Si l'on est sain un résultat négatif est un soulagement, le respect des gestes de prévention est suffisant pour se protéger du virus.
Si l'on est malade, le traitement permettra d'éviter le pire et de protéger les autres. »*

III. Conclusion

L'information dispensée lors des séances de porte à porte se résume à l'essentiel de la question du VIH et permet ainsi de sensibiliser le plus de personnes possible et de rappeler (ou parfois d'apprendre) les gestes barrières que toute la population doit mettre en place pour arrêter la propagation du virus.

Chantier juin/juillet 2019
Etienne DEBROSSE et Charlotte LANDOIS
debrosse.etienne@gmail.com
charlotte.landois97@gmail.com

Rapport Zéro VIH Juillet 2019

Nous sommes deux bénévoles français, Étienne, 24 ans, étudiant en pharmacie, et Charlotte, 22 ans, étudiante en Lettres modernes. Nous sommes partis au Togo pour participer à un camp chantier organisé et encadré par l'association ACDS (Action Contre la Déperdition Scolaire) dans le village d'Agbelouvé. Durant 1 mois nous avons participé à diverses activités avec les élèves du collège Farras-Suteau (initiation à l'informatique et activités sportives) mais le cœur de notre projet était le suivant : faire de la sensibilisation au sujet du VIH-SIDA. C'était notre mission principale et celle qui occupait la plupart de notre temps. Nous allons, au cours de ce rapport, détailler précisément ce que nous avons fait, comment, où, et les choses qui nous semblent importantes à faire pour aller plus loin dans ce projet.

Pour commencer...

Le directeur de l'association ACDS, Aimé DOUDJI, nous avait prévenu de notre mission quelques mois avant notre départ, nous avons donc pu nous organiser en amont pour pouvoir être plus efficace une fois sur le terrain. En premier lieu, Aimé, Etienne, Georges et Théo (un bénévole de l'association) ont établi un dossier qui expliquait ce qu'était le VIH-SIDA, les voies de transmission, les manières de s'en protéger etc. ainsi que le cœur du projet : les objectifs et les moyens d'action. Etienne, travaillant dans une pharmacie, avait pu également avant de partir récolter 450 préservatifs. Nous avons de plus élaboré un flyer qui récapitulait tous les points essentiels à connaître sur le VIH-SIDA pour pouvoir le distribuer au cours de nos sensibilisations. A Lomé nous avons pu en faire imprimer 100.

Il s'agit de deux pages recto verso qu'il faut plier en trois pour avoir correctement le flyer (annexe 2).

Etienne également plus informé sur le sujet a pu informer Charlotte des choses qu'elle pouvait ignorer.

Une fois sur place, au sein du foyer ACDS à Agbelouvé, nous avons pu rencontrer le point focal, un médecin pratiquant à Tsevié qui nous a prodigué divers conseils et nous a expliqué les choses sur lesquelles il fallait insister:

- La transmission par le sang et le fait qu'il fallait dire aux villageois qu'ils ne devaient jamais partager les objets qui pouvaient être en contact avec le sang d'autres personnes. Par exemple les ciseaux ou la tondeuse chez le coiffeur, les objets pour la manucure, les brosses à dents ou les rasoirs. Qu'il était important qu'ils s'en procurent des personnels ou tout du moins qu'ils demandent à les faire désinfecter avec de l'alcool avant d'en faire usage

- Il fallait informer les femmes qu’elles devaient obligatoirement aller à l’hôpital si elles se retrouvaient enceinte pour se faire dépister et pour y accoucher.

En effet il existe un protocole à suivre et un traitement pour faire en sorte que la femme, si elle est séropositive, ne transmette pas la maladie à son bébé lors du 3ème trimestre de grossesse ou lors de l’accouchement.

- Depuis octobre dernier, suite à de nouvelles réglementations, tout ce qui concerne le VIH-SIDA est gratuit : Les préservatifs, le test de dépistage et le traitement (les anti-rétroviraux).
- Enfin il fallait insister sur le fait que le dépistage est sans risque, fiable, gratuit, et surtout confidentiel. Hormis le médecin qui a pratiqué les tests, personne ne connaîtra les résultats, vous êtes le seul au courant.

Le médecin nous a ensuite fourni 100 préservatifs féminins (femidom) et 500 préservatifs masculins. Nous avons donc un total de 1000 préservatifs.

Après cela nous avons pu commencer la sensibilisation avec deux jeunes bénévoles Togolais Odile et Georges en suivant le programme élaboré par Aimé.

Comment se déroulait la sensibilisation ?

Nous avons élaboré deux manières de procéder en fonction du contexte où se déroulait la sensibilisation.

1) Dans le village : le porte-à-porte

Dans ce contexte, où il faut être plutôt rapide et efficace puisque les gens n’ont pas forcément le temps, nous avons juste préparé en amont un petit discours de 5 min qui récapitulait les points essentiels mais sans forcément entrer dans les détails les plus techniques.

Nous avons donc, en suivant le programme, un secteur délimité à sensibiliser, dans lequel nous essayions d’aller à la rencontre de tout le monde. Nous nous présentions ensuite à eux et s’ils avaient le temps et l’envie nous leur expliquions ce qu’était le VIH-SIDA, comment il était possible de l’attraper, les moyens de s’en protéger, comment et où se faire dépister. A la suite de cela nous procédions à une démonstration pour montrer comment mettre un préservatif masculin et féminin puis nous leur donnions des préservatifs (1 par personne). Nous essayions aussi d’incorporer un temps de dialogue entre nous et le sensibilisé où il pouvait poser des questions.

2) Dans les écoles : les échanges

Dans les collèges et le lycée où nous sommes allés nous avons cette fois beaucoup plus de temps, de 30 min à plus d’une heure. Ainsi nous pouvions aller beaucoup plus en profondeur et instaurer un vrai dialogue avec les élèves. Nous avons préparé un questionnaire sur le VIH-SIDA pour permettre un échange plus ludique et pour les inciter à participer.

Questionnaire sur le VIH-SIDA :

- 1) *Savez-vous ce qu’est le VIH ?*
- 2) *Connaissez-vous les différentes voies de transmission ?*

- 3) *Savez-vous comment vous protégez ?*
- 4) *Comment savoir si on a le VIH ?*
- 5) *Peut-on guérir du VIH-SIDA ?*
- 6) *Peut-on l'attraper en embrassant quelqu'un ? En lui serrant la main ?*
- 7) *Faut-il payer pour me faire dépister ?*

A la suite de ces questions nous avons prévu un temps de dialogue avec les élèves où c'était à leur tour de nous poser des questions. Globalement ils en avaient beaucoup et se sont montrés très intéressés. Nous leur montrions également comment utiliser les préservatifs masculins et féminins.

Ensuite nous distribuons des préservatifs aux élèves qui le désiraient ainsi que les flyers aux professeurs (ils les faisaient ensuite tourner aux élèves).

Où ?

- Hôpital public d'Agbelouvé
- Hôpital privé de *La Résurrection*
- Marché d'Agbelouvé
- Centre du village d'Agbelouvé
- Le lycée public d'Agbelouvé
- Le collège public d'Agbelouvé
- Trois écoles privées (école *Farras Suteau*, école *La Sagesse*, école *La Consolation*)
- Village de Gavikopé
- Village d'Adzralakopé

Combien ?

Nous avons sensibilisé 700 élèves lors de nos séances dans les écoles et 300 personnes (de tout âge) lors des séances de porte-à-porte. Nous avons donc sensibilisé environ 1000 personnes au total.

Les points positifs :

Les habitants et les élèves étaient très intéressés et nous avons vraiment eu la sensation d'être utile et d'avoir une mission importante

Nous avons pu rétablir la vérité sur différentes fausses idées reçues (les préservatifs troués, le VIH créé par les blancs, l'origine du VIH...)

Lors de nos séances de sensibilisation dans les écoles nous avons pu instaurer un temps de dialogue privilégié où les enfants en confiance étendaient leurs questions sur la sexualité en générale. Nous avons donc pu discuter des grossesses précoces ou des fausses idées reçues concernant la sexualité.

Nous avons pu faire découvrir le préservatif féminin qui reste encore très méconnu et nous avons pu permettre à certains de savoir comment bien se servir du préservatif masculin.

Nous avons eu des échanges avec des personnes séropositives que nous avons pu « aider » nous l'espérons en répondant à certaines de leurs questions et en les rassurant

également sur certaines de leurs peurs.

Les points à améliorer :

Au cours des différentes sensibilisations nous avons pu récolter de nombreuses remarques de la part des habitants, notamment sur les choses qu'ils aimeraient que l'on fasse dans les prochaines missions de sensibilisation.

En premier lieu que l'on agrandisse notre secteur et que l'on aille dans les coins plus reculés, pas seulement au sein d'Agbelouvé. En effet plus on s'éloigne du cœur du village, plus nous avons pu remarquer que les habitants étaient moins informés sur le VIH-SIDA. Plusieurs de nos interlocuteurs nous ont donc demandé d'aller faire notre sensibilisation dans certains endroits qui étaient bien souvent oubliés.

D'autre part nous avons eu beaucoup de questions sur la non-présence de tests de dépistage, certains auraient aimé que l'on s'occupe également du dépistage. Ce point-là pourrait être amélioré si nous étions suffisamment équipés.

Par ailleurs, la vente à prix bas de tondeuse nous a été demandé puisque nous insistions sur le fait qu'il fallait s'en procurer une personnelle alors que malheureusement le prix de cet outil demeure assez cher sur le marché.

Enfin, certains nous ont fait part de l'urgence de la question du paludisme qui touche et tue bien plus que le VIH-SIDA et demandent que nos prochaines sensibilisations soient ciblées sur ce sujet.

Nous vous faisons part de ces remarques puisque notre but est d'améliorer les conditions de vie des Togolais, ainsi c'est eux que nous devons écouter et c'est ce qu'ils désirent qui doit être pris en compte.

A notre tour nous pouvons vous faire part de certains points qui pourraient être à améliorer pour être plus efficace et avoir une plus grande répercussion.

Par exemple aller plus souvent dans les différents collèges et lycées car c'est dans ces lieux que nous pouvons toucher le plus de monde. Peut-être aussi faire l'acquisition d'un petit vidéo-projecteur pour pouvoir préparer en amont un diaporama à diffuser et permettre une meilleure compréhension pour les élèves.

Enfin nous aimerions remercier l'association ACDS, son président Aimé ainsi que les deux bénévoles Odile et Georges pour leur implication qui a permis de mener à bien ce projet.

« ANNEXE 1: LES PHOTOS DES SENSIBILISATIONS

ANNEXE 2 : DEPLIANT INFORMATIF”

Bibliographie

1. Buzyn A. Recul du VIH en France [Internet]. 2019 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/191009_-_communiqu%C3%A9_de_presse_-_recul_du_vih.pdf
2. ONUSIDA. Fiche d'information-journée mondiale du SIDA, 2019 [Internet]. 2019 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
3. Boghardt T. Soviet Bloc Intelligence and Its AIDS Disinformation Campaign. *Stud Intell.* 2009;53:1-24.
4. Debunked: The Polio Vaccine and HIV Link | History of Vaccines [Internet]. [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: [/content/articles/debunked-polio-vaccine-and-hiv-link](#)
5. Hahn BH, Shaw GM, De Cock KM, Sharp PM. AIDS as a zoonosis: scientific and public health implications. *Science* 2000;287:607-14.
6. Fleury HJA. *Virologie humaine*. Masson; 2002. 272 p.
7. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983;220:868-71.
8. Welker R, Hohenberg H, Tessmer U, Huckhagel C, Krausslich H-G. Biochemical and Structural Analysis of Isolated Mature Cores of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *J Virol.* 2000;74:1168-77.
9. Avettand-Fenoel V. Virus de l'immunodéficience humaine [Internet]. 2017 [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2019/02/VIRUS_VIH.pdf
10. Barin F. Virus de l'immunodéficience humaine. *Fac Pharm Tours.* 2018;1-34.
11. Pilly E, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly: maladies infectieuses et tropicales : préparation ECN, tous les items d'infectiologie. 2018.
12. World Health Organization, UNICEF. La transmission du VIH par l'allaitement au sein: bilan des connaissances actuelles. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2006.
13. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;1-26.
14. Loures L. La prévention du VIH au sein des populations clés [Internet]. 2016 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur:

https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161121_keypops

15. ONUSIDA. « Le VIH en Afrique subsaharienne » rapport de situation [Internet]. 2011 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70843/WHO_HIV_2012.5_fre.pdf;jsessionid=210D79688DBA0D0D99EC8ECB6273C88F?sequence=1
16. ONUSIDA. 90-90-90 [Internet]. 2014 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf
17. OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021 : vers l'élimination du SIDA [Internet]. 2016 [cité 21 févr 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250576/WHO-HIV-2016.05_fre.pdf?sequence=1
18. MSF Access campaign. Untangling the web of antiretroviral price reductions [Internet]. 2016 [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: https://www.msf.fr/sites/default/files/hiv_report_untangling-the-web-18thed_eng_2016.pdf
19. Beretta M, Mouquet H. Ingénierie de lymphocytes B humains produisant des anticorps neutralisant le virus VIH-1 par édition génique CRISPR-Cas9. *médecine/sciences*. 2019;35:993-6.
20. Hütter G. Die Heilung des Timothy Brown. *MMW - Fortschritte Med*. 2018;160:27-30.
21. Dash PK, Kaminski R, Bella R, Su H, Mathews S, Ahooyi TM, et al. Sequential LASER ART and CRISPR Treatments Eliminate HIV-1 in a Subset of Infected Humanized Mice. *Nat Commun*. 2019;10:1-20.
22. Journal officiel. Loi relative a la protection de la sante publique [Internet]. 1902 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: http://afisp.free.fr/Loi_relative_a_la_protection_de_la_sante_publique.pdf
23. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;1-32.
24. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. 2019;393:2428-38.
25. Auvert B, Taljaard D, Rech D, Lissouba P, Singh B, Bouscaillou J, et al. Association of the ANRS-12126 Male Circumcision Project with HIV Levels among Men in a South African Township: Evaluation of Effectiveness using Cross-sectional Surveys. Binagwaho A, éditeur. *PLoS Med*. 2013;10:1-12.

26. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;32.
27. Boissière A, Dubresson A, Magrin G, Ninot O. Atlas de l'Afrique : Un continent émergent ? 2e édition. Paris: AUTREMENT; 2018. 96 p.
28. Gayibor L. Histoire des Togolais, Volume 1 [Internet]. 1997 [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-09/010010905.pdf
29. Marguerat Y. L'état et l'organisation territoriale du Togo. 1985;8.
30. Central Intelligence Agency. Africa : Togo - The World Factbook [Internet]. 2020 [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/to.html>
31. Ministère de l'Economie et des Finances [Internet]. [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://finances.gouv.tg/>
32. République Togolaise. Plan sectoriel de l'éducation : Amélioration de l'accès, de l'équité et de la qualité des l'éducation au Togo. 2014.
33. ONUSIDA. VIH au Togo : point de l'ONUSIDA [Internet]. 2016 [cité 21 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/togo>
34. Roche C, Diouf A. L'Afrique noire. Montpellier: CRDP de Montpellier; 2005. 227 p.
35. Binet J. Nature et limites de la famille en Afrique noire. 1983;5-7.


ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) ...Debrosse Etienne.....

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21201020.....

N° Thèse : 38.....

Nom et Prénom : Debrosse Etienne.....

Sujet : Elaboration d'un programme de sensibilisation et de prévention au VIH dans
une région rurale du Togo.....
.....

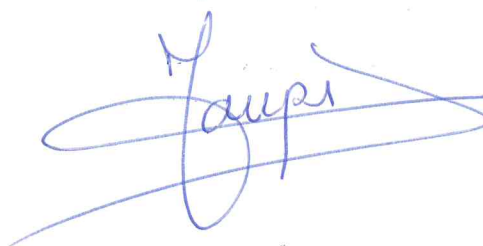
Tours, le : 02 octobre 2020...

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

M. Barin Francis



**Vu et Transmis :
Le Doyen**



Debrosse Etienne

N° 38

Élaboration d'un programme de sensibilisation et de prévention au VIH dans une région rurale du Togo

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Depuis son émergence dans les années 1980 les progrès thérapeutiques contre le virus de l'immunodéficience humaine n'ont cessé de croître. Aujourd'hui, loin d'en avoir terminé avec la pandémie du VIH nous disposons cependant de connaissances et de moyens thérapeutiques efficaces qui ont considérablement modifié notre rapport au virus et à la pathologie. Comme pour tout agent infectieux le meilleur moyen de lutte mais aussi le moins coûteux reste actuellement la prévention et passe toujours par la sensibilisation et l'information de la population. Celle-ci a fait ses preuves notamment en France où l'incidence a diminué de 7% entre 2017 et 2018, 16% chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et 22% chez les hétérosexuels entre 2013 et 2018 grâce à tous les moyens de prévention à disposition...

Mais qu'en est-il dans les régions du monde où la conjoncture économique et l'instabilité politique ne permettent pas l'organisation d'un système de lutte et d'un accès aux soins efficaces ?

Dans ce contexte, la prévention résonne doublement de par son efficacité qui n'est plus à prouver et de par son coût économique qui est compatible avec ces régions dites « en voie de développement ». Malgré cela, nous constatons que celles-ci restent dramatiquement touchées par le VIH : en Afrique sub-saharienne 25,6 millions de personnes vivent avec le VIH en 2018 ce qui correspond à 2/3 des séropositifs à l'échelle mondiale.

Dans ce travail, nous décrivons comment nous avons apporté notre contribution en élaborant avec l'aide d'une association locale togolaise un programme de sensibilisation et de prévention au VIH dans une région rurale du Togo. Notre travail est organisé en 3 points : nous abordons d'abord les généralités et connaissances actuelles sur le VIH et sa prise en charge, ensuite la situation du Togo, sa culture, son économie, et enfin notre retour d'expérience sur ce projet.

C'est au travers de 3 principaux modes d'actions : la sensibilisation dans les écoles, en porte à porte et à l'hôpital que nous avons sensibilisé plus de 1000 togolais, d'enfants du collège aux adultes de toutes classes sociales et de tout corps de métier. Nous livrons ici nos observations sur cette expérience et, dans une discussion, notre interprétation des phénomènes observés qui serviront au futur développement du projet.

MOTS-CLES : VIH, Sida, Sensibilisation, Prévention, Humanitaire, Togo, Afrique Subsaharienne

JURY

PRÉSIDENT : Brand Denys

MEMBRES : Barin Francis, Maupoil Véronique, Deterne Justine

18 septembre 2020, Tours