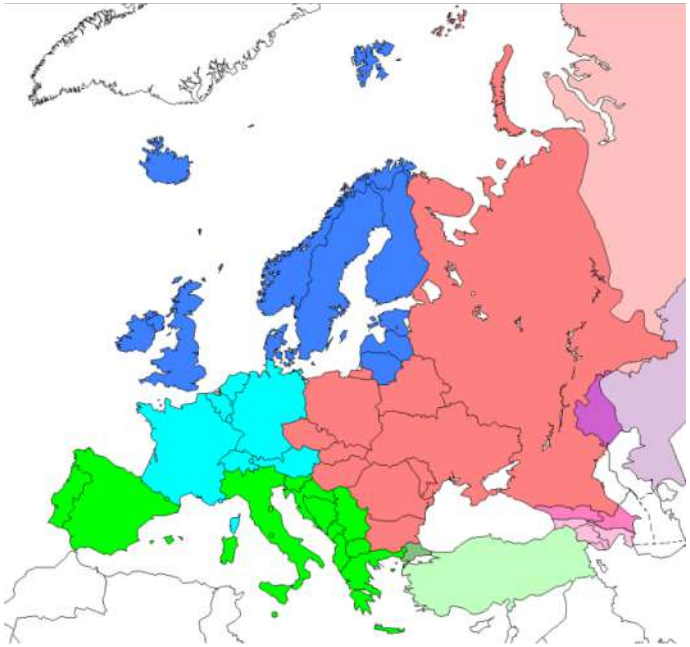
Un partenariat Nord-Sud

France

tawaka

tawaka.fr



Partenariat 2009-2023

Togo

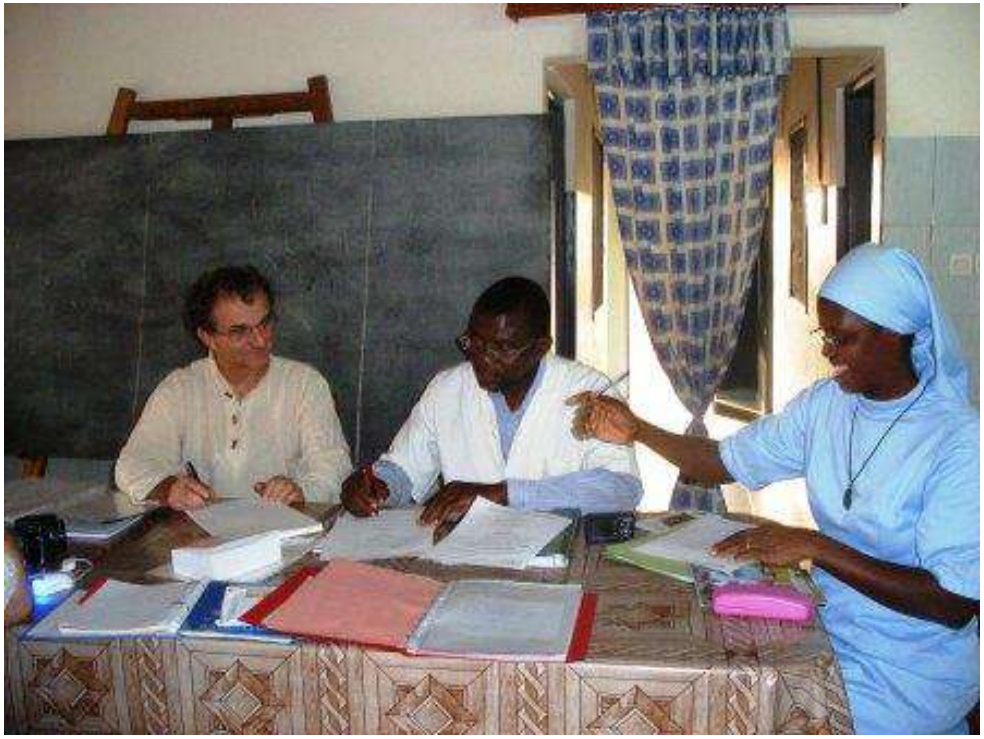
CMS St-Luc de Tchannadè

Dr Frédéric Dubois, Association Humanitaire Tawaka, Fév 2023

Partenariat CMS Saint-Luc de Tchannadè - Tawaka

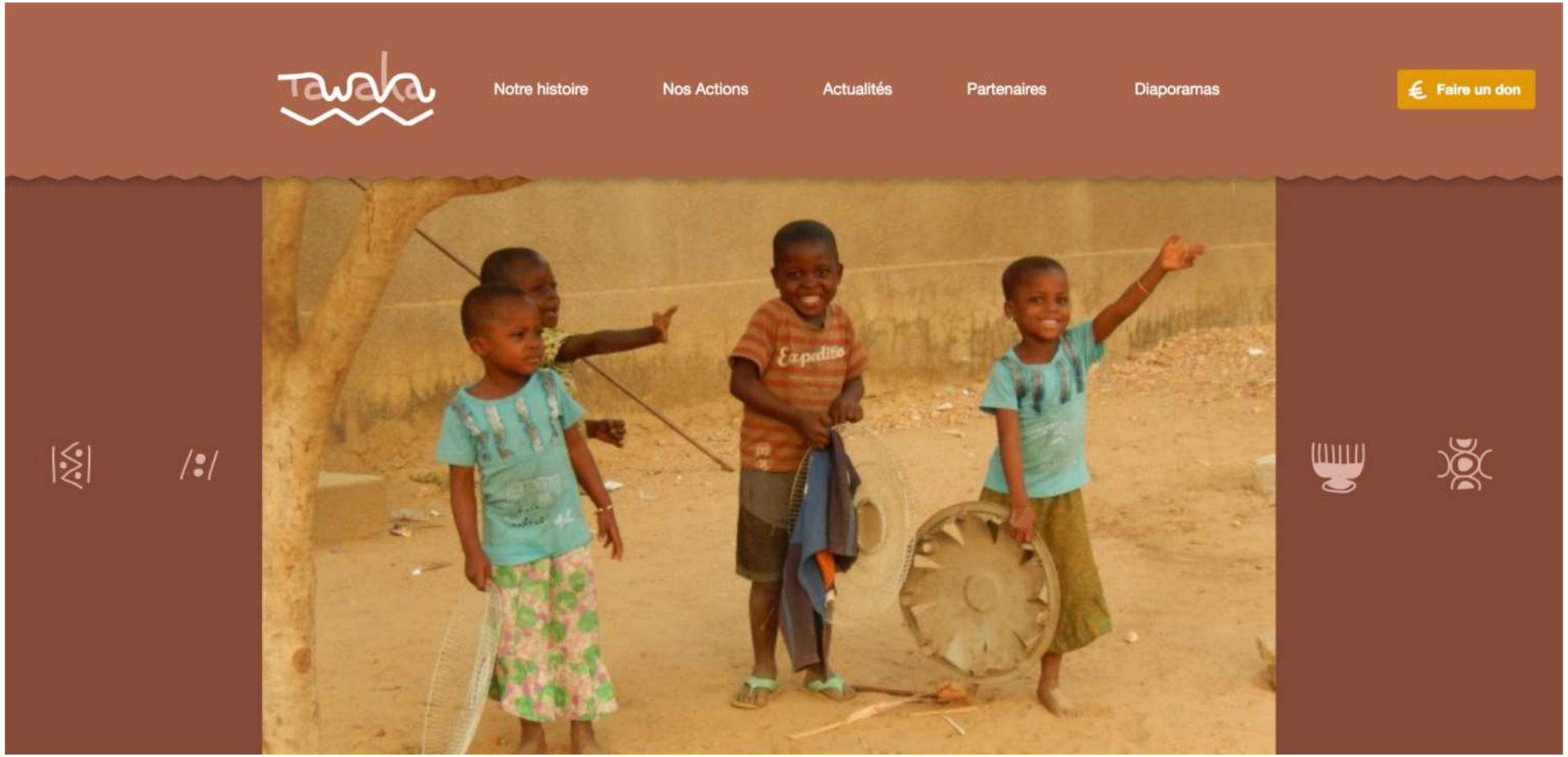
Lutte contre de VIH/SIDA et l'Hépatite B

Le programme débute en Juillet 2010



Association Humanitaire Tawaka

Tawaka, qui sommes nous ?



http://tawaka.fr/

Tawaka Association Humanitaire Tawaka

Assemblée Générale 15 octobre 2022

Organisation de Tawaka

Comment Tawaka finance son soutien au CMS Saint-Luc de Tchannadè

- *Association loi 1901, reconnue d'intérêt général.*
  Site internet, ***http://tawaka.fr***
  - *78 membres en 2022*
- *Sources de financement*
  - *Cotisations des adhérents*
  - *Don des adhérents et des sympathisants*
  - *Subventions publiques, Région Centre-Val de Loire*
  - *Don de Fondations et d'associations*
- *Très peu de frais de fonctionnement*
  - *Pas de salariés, uniquement des bénévoles*
  - *Les bénévoles en mission paient leur frais de déplacement (billets d'avion, de train, de bus) ainsi que leur frais de séjour*

Organisation de Tawaka

Comment Tawaka finance les projets Hépatite B et VIH/SIDA

- *Sources de financement*
  - *Subventions de la Région Centre-Val de Loire*
  - *Spectacles ou soirées au bénéfice des projets*
  - *Dons des adhérents et des sympathisants*
  - *Dons des Inner-Wheel clubs de Tours et de Berlin*
  - *Dons ponctuels d'associations*

- *Pour obtenir et justifier les financements auprès des bailleurs*
  - *Rédactions de demandes de subvention*
  - *Rédactions de rapports d'activités et de bilans financiers*

Lutte contre le VIH / SIDA et l'Hépatite B

Plan de la présentation

- *Enjeux de ces deux maladies infectieuses*
  - *Dans le monde*
  - *Au Togo*
- *Moyens pour lutter contre ces maladies*
- *Le Partenariat CMS Saint-Luc et Tawaka*
- *Résultats de ces programmes de lutte*

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

ODD3

Bonne Santé et Bien Être

Combattre le VIH/SIDA

Objectifs pour 2030

- *Mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030 est possible,* ***en comblant l'écart entre les gens qui ont accès*** *aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien concernant le VIH* ***et les gens qui sont laissés-pour-compte****.*

- *Combler l'écart signifie renforcer le pouvoir d'action des individus et* ***permettre aux gens, partout dans le monde, d'accéder aux services dont ils ont besoin****.*

ODD3

Bonne Santé et Bien Être

Combattre les Hépatites B et C

Objectifs pour 2030

En mai 2016 l'Assemblée mondiale de la Santé appelle à éliminer d'ici 2030 l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique avec l'objectif de réduire

- *le nombre de nouvelles infections de 90 %*
- *la mortalité de 65 %*

VIH et VHB

Points communs des deux virus

- *Sources de transmission*

  Virus présents dans le SANG et les sécrétions sexuelles

  Le risque de transmission est fonction de la quantité de virus (charge virale)

- *Situations d'exposition au risque*
  - *Mère-enfant*
  - *Sexuelle*
  - *Transfusion, défaut de stérilisation, usage de drogue…*

- *Prévention*

  Mesures de sécurité sanitaire fonction des différents modalités d'exposition : sélection des donneurs de sang, stérilisation ou matériel à usage unique, préservatifs …

Infection par le VIH ou le VHB

Différences et points communs entre les deux virus

- *L'infection peut évoluer vers une élimination spontanée du virus par l'organisme*

  Jamais pour le VIH *Possible pour le VHB*

- *L'infection peut évoluer vers une persistance du virus dans l'organisme*

  Toujours pour le VIH *Parfois pour le VHB*

- *Possibilité d'une prévention vaccinale*

  Non pour le VIH *Oui pour le VHB*

- *Traitement de l'infection ?*

  Existe dans les deux cas, MAIS limité à certaines situations pour le VHB

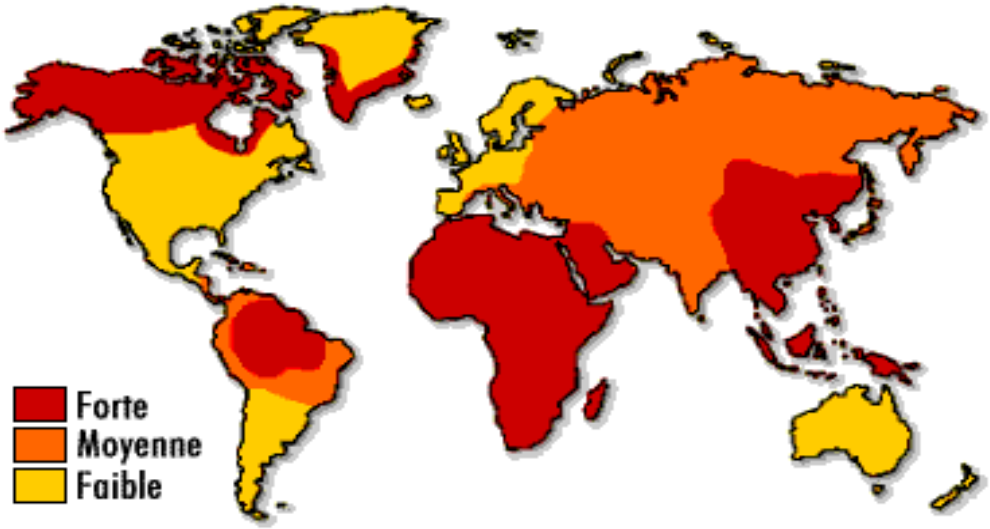
Le traitement permet de rendre indétectable la présence du virus

MAIS

sans pouvoir l'éliminer totalement dans les deux cas

Hépatite B - les enjeux -

- *Plus de 2 milliards de personnes sont ou ont été infectées*
- *Infections chroniques*
  - *Environ 300 millions*
  - *Disparité de répartition*



- *Annuellement*
  - *plus de 4 millions de nouvelles infections*
  - *Environ 1 million de décès par Cirrhose ou Cancer (chiffre voisin de celui du VIH/SIDA)*

Zones d'endémie	Taux de portage de l'Ag HBs
Forte	8-20%
Moyenne	2-7%
Faible	< 2%

Hépatite B
Différentes formes de la maladie

- Infection évoluant vers une forme chronique (à la naissance)

Fréquent en Afrique subsaharienne beaucoup moins fréquent en Europe

- En début d'infection, pas de symptômes (pas de maladie)
- Possibilité d'évolution à long terme sans maladie
- 20% évolue vers une maladie du foie : **cirrhose ou cancer**

- Infection suivie d'une guérison (chez l'adulte)

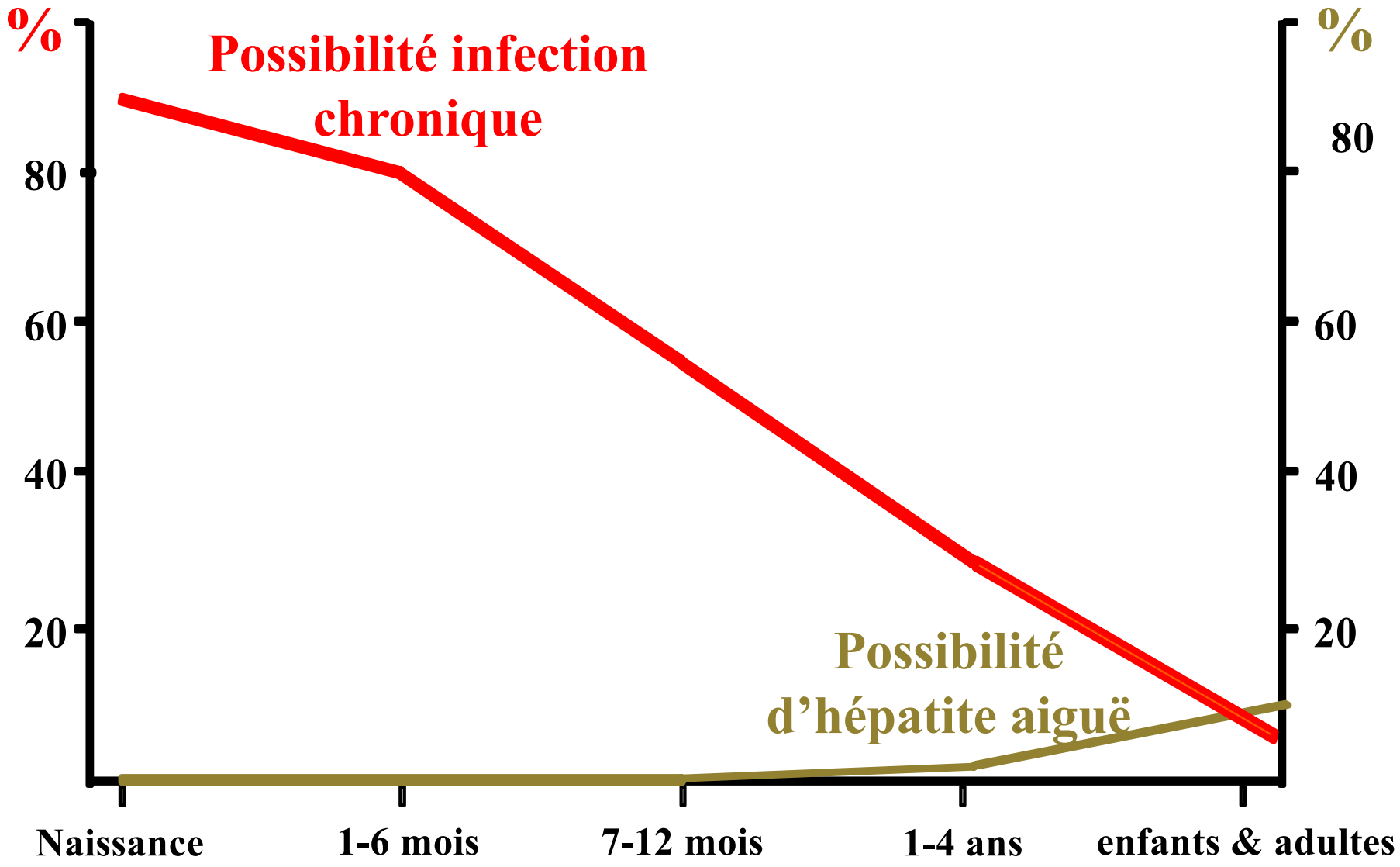
Chez l'adulte plus de 90% des infections évoluent vers la guérison

- Sans faire de maladie, infection asymptomatique
- En faisant une maladie : hépatite aiguë (5 à 10%)

  Situation rare en Afrique subsaharienne plus fréquente en Europe

Hépatite B

Type de maladie selon l'âge au début d'infection



Hépatite B

En cas de découverte d'une infection chronique

La transmission mère-enfant est le mode de transmission par excellence conduisant à une infection chronique

Quel que soit l'âge d'un sujet, ne pas oublier qu'il est né un jour !

- **La transmission mère-enfant**
  est donc la première cause d'infection à évoquer
- Un enquête familiale peut permettre de dépister dans la fratrie d'autres infections chroniques de frère(s) ou de sœur(s) né(s) de la même mère
- **Traitement**
  Existe mais coûteux.
  Limité à certaines formes d'infection. Le principe du traitement est équivalent à celui du VIH/SIDA (Tenofovir)

Hépatite B

L'enjeu n°1 : prévention de l'infection chronique

La prévention de l'hépatite B chronique passe par la
P**révention de la **T**ransmission **M**ère **E**nfant de l'**H**épatite **B
PTME-HB
car c'est le mode de transmission responsable
de la très grande majorité des infections chroniques

↓

La prévention d'une infection chronique
prévient le risque d'une cirrhose ou d'un cancer du foie

Le risque de transmission débute le jour de la naissance

Hépatite B

Comment lutter contre l'infection chronique

Recommandation de l'OMS pour les pays de forte endémie Vaccination universelle à la naissance

« En 2015 la couverture mondiale vaccinale par trois doses de vaccin contre l'hépatite B au cours de la petite enfance a atteint 84% »

MAIS

« la couverture par la dose de vaccin administrée à la naissance reste faible, environ 39% »

Hépatite B

Situation au Togo

1. *Le Togo est une zone de forte endémie*

   Site internet Togo en marche.com, 23 Novembre 2016 :
   « une étude réalisée dans trois centres hospitaliers du Togo, sur 1050 personnes testées, taux de prévalence jusqu'à 14%.

2. *Mesure de prévention existante*

   L'Hépatite B est inclus dans le vaccin pentavalent administré à tous les enfants togolais à l'âge de 6 semaines (depuis 2009)

3. *Mais si la mère est infectée par le VHB*, la vaccination à 6 semaines est trop tardive, l'enfant a déjà été infecté à sa naissance.

Hépatite B

Comment améliorer cette situation

En partant de ce qui est déjà en place
et des outils disponibles

- *Vaccination hépatite B déjà inscrite au calendrier vaccinal*
- *Test de dépistage recherchant l'AgHBs de l'Hépatite B disponible*
- *Vaccin pédiatrique contre l'hépatite B disponible*

Solution

1. *Pour les femmes enceintes*
   dépistage de l'AgHBs

2. *Pour les nouveau-nés*
   vaccination dès la naissance

Projet PTME-HB - Principe du Projet

- <u>Objectif</u>

  Remédier au fait que la vaccination soit trop tardive pour les nouveau-nés de mères infectées par le VHB en permettant une vaccination dès la naissance des enfants soumis au risque

- <u>Pour atteindre cet objectif</u>

  L'obstacle des coûts est levé :

  Tawaka finance l'essentiel des frais médicaux

  - de dépistage des femmes enceintes,

  - de la vaccination des nouveau-nés.

  Une participation est demandée aux familles

Projet PTME-HB au CMS Saint-Luc

De juillet 2010 à Décembre 2022

Femmes enceintes

- *Testées : 6288*
- *AgHBs Positif : 763* ***(12%)***

Enfants

- *Vaccinés à la naissance : 598*
- *Enfants contrôlés à l'âge de 9 mois ou plus : 451*
  444 AgHBs négatif => ***efficacité : 98%***

Projet PTME-HB au Dispensaire de Kétao

De janvier 2019 à Décembre 2022

Femmes enceintes

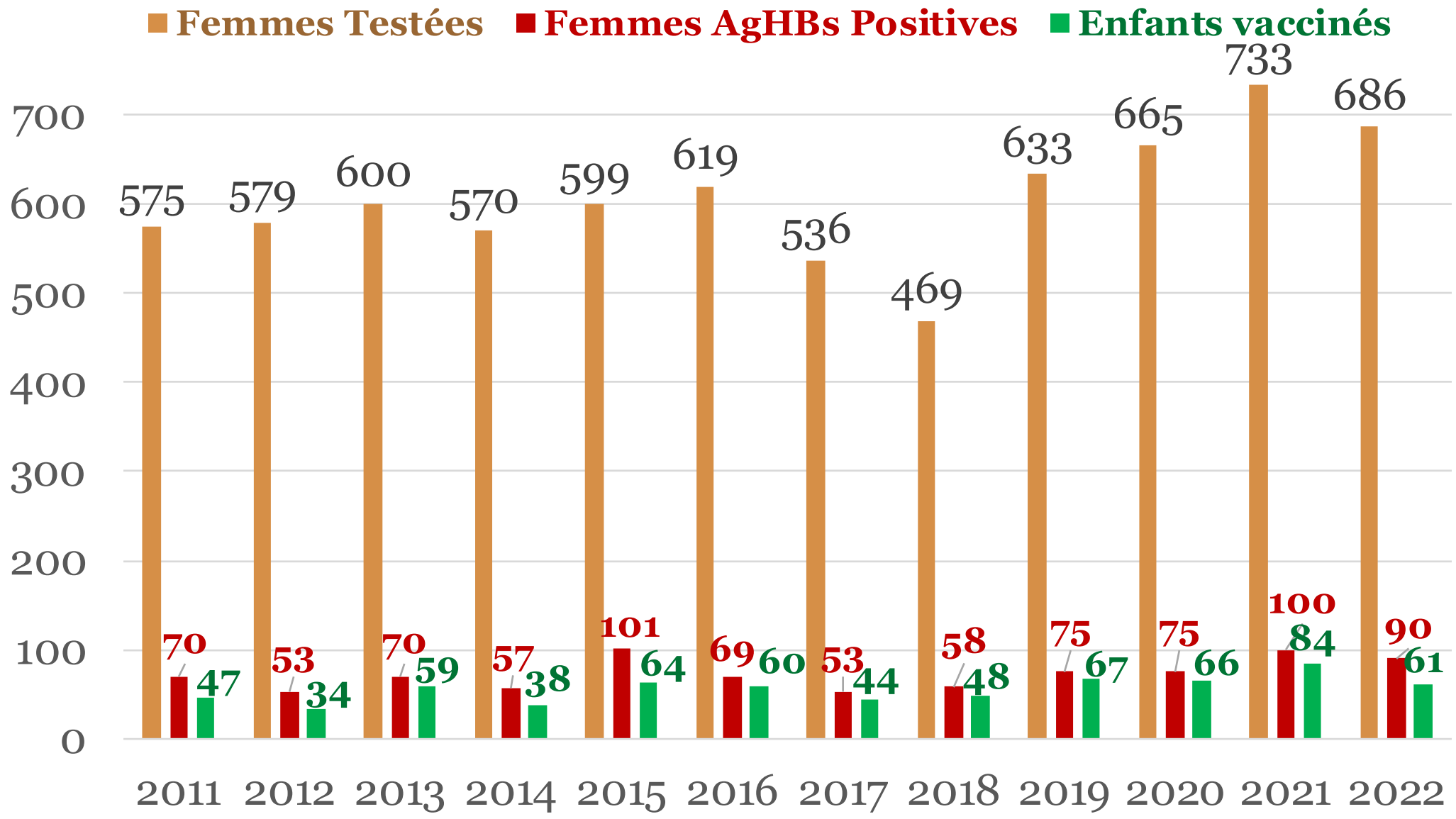
- *Testées : 1115*
- *AgHBs Positif : 131* ***(12%)***

Enfants

- *Vaccinés à la naissance : 93*
- *Enfants contrôlés à l'âge de 9 mois ou plus : 58*
  *58 AgHBs négatif => **efficacité :** 100%*

Projet PTME-HB – 12 ans d'activité

Femmes enceintes dépistées et Nouveau-Nés vaccinés



Efficacité de la surveillance des femmes enceintes dépistées AgHBs-Positif au CMS Saint-Luc

Evolution du taux de nouveau-nés vaccinés

Année	Total attendu	Acccht CMS Vacc	Acccht hors CMS Vacc	Total Vacc	DCD Fausse-Couche	Acccht hors CMS NON Vacc	Acccht hors CMS sans info	Pas venu au CMS / PDV	Total sans info de vacc
2018	**68**	51	**1**	52	0	1	**0**	**15**	15
		98,1%	**1,5%**	**76,5%**		**1,5%**		**22,1%**	**22,1%**
2019	**59**	38	**10**	48	2		**2**	**7**	9
		79,2%	**16,9%**	**81,4%**			**3,4%**	**12 %**	**15,3%**
2020	**53**	36	**11**	47	1	1		**4**	4
		76,6%	**20,8%**	**88,7%**					**7,5%**
2021	**59**	45	**9**	54	0	1	**1**	**3**	4
		83,3%	**15,3%**	**91,5%**					**6,8%**

La stratégie mise en place à partir de 2019 a permis de faire évoluer positivement le taux de vaccination

Après 12 années d'activité

Possibilité d'évolution du projet PTME-HB

La prévention du risque par vaccination à la naissance des enfants à risque a fait la preuve de son efficacité : 98%.

- *Il n'est plus nécessaire de continuer d'en faire la preuve.*

- *Les économies relatives à l'arrêt du dépistage des femmes enceintes permet d'envisager d'ouvrir la vaccination contre l'hépatite B à tous les nouveau-nés si le surcoût de la vaccination ne dépasse pas trop les économies.*

- *Ce nouveau protocole présente l'avantage*
  - *d'être moins complexe à réaliser*
  - *et d'offrir une prévention à tous les nouveau-nés*

  en particulier ceux nés de mère AgHBs-négatif qui ne sont pas vaccinés avec le projet actuel et qui seraient susceptibles de s'infecter dans les premières semaines de vie.

VIH / SIDA
Caractéristique de l'histoire d'une infection

- *Début d'infection « à bas bruit »*
  - *Sans maladie apparente, ou une maladie qui n'alerte pas*
- *Le VIH reste dans l'organisme, évolution progressive*
  - *Possibilité de plusieurs années d'évolution sans maladie*
  - *Le VIH détruit progressivement les capacités de défenses*
  - *Aboutissant à l'apparition de signes cliniques de SIDA : maladies infectieuses, perte de poids ….*
- *Risque de transmission très important en début d'infection, plus faible dans un second temps*

VIH / SIDA estimation 2022

Disparité Nord-Sud : nombre de cas

Ensemble du monde

- *38,4 millions de PVVIH [33,9 à 43,8 millions]*

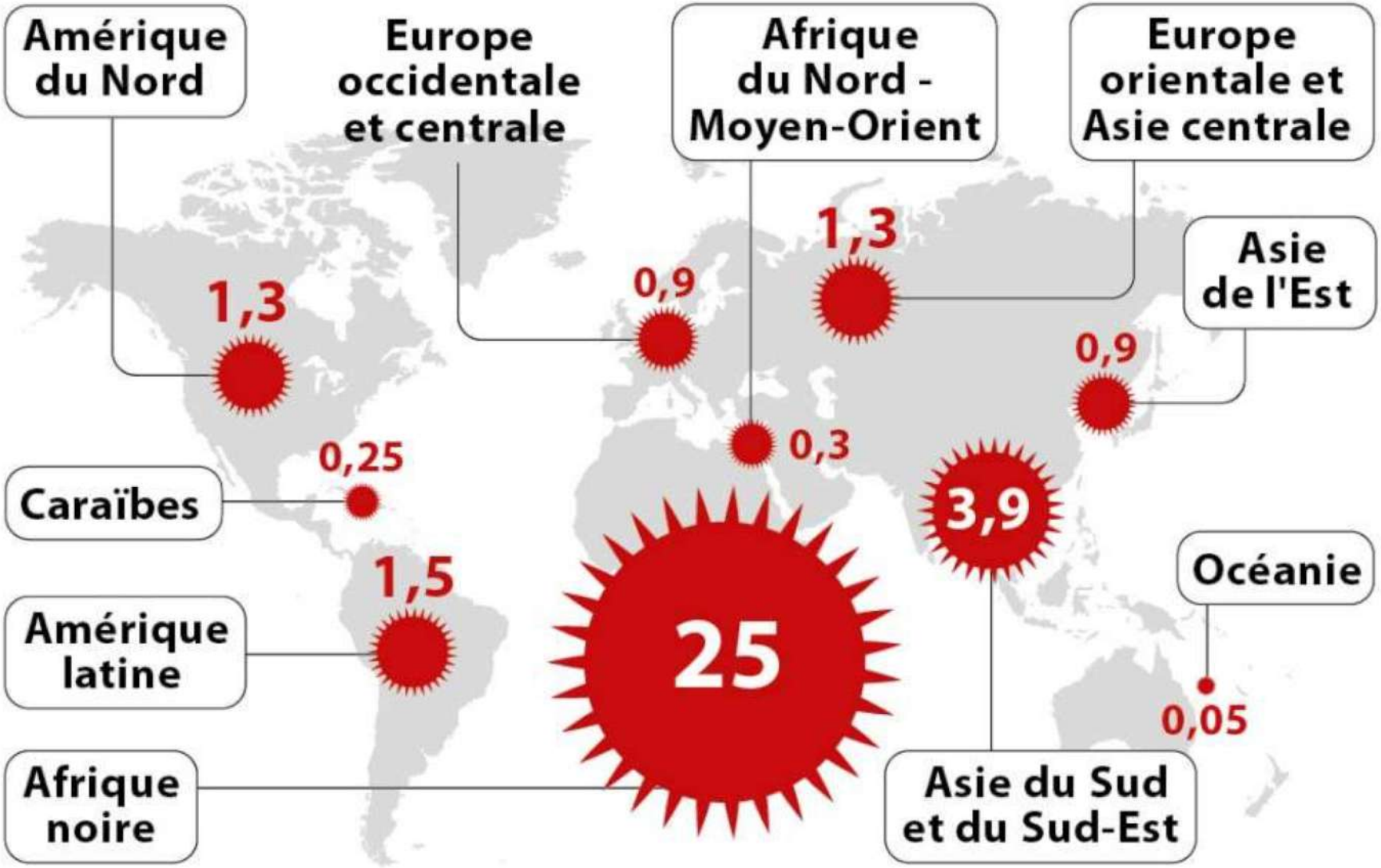
Ralentissement de la progression depuis le début du siècle

Afrique Subsaharienne

- *25,6 millions de PVVIH* ***(66% des PVVIH)***

Estimation OMS juillet 2022

VIH/SIDA dans le monde en 2012 chiffres en millions



70% des PVVIH résident en Afrique Subsaharienne, alors qu'ils ne représentent que 12 % de la population mondiale

VIH / SIDA estimation 2022

Disparité Nord-Sud : Décès

40,1 millions de décès depuis le début de l'épidémie

Ensemble du monde

- *650 000 décès en 2021*

En constante régression depuis 2005

Afrique Subsaharienne

- *460 000 décès en 2021 (0,9 million en 2016)*

  70 % de l'ensemble des décès dans le monde

Estimation OMS juillet 2022

VIH / SIDA

Historique de la découverte et des premiers traitements

1981 *Premiers cas de* ***S****yndrome d'****I****mmuno****D****éficience* ***A****cquise*

1983 *Découverte du Virus responsable du SIDA (****VIH****)*

1984 *Premiers tests de dépistage commercialisés*

1987 *Premier traitement efficace :* ***AZT*** *(Zidovudine)*

1994 *Premier schéma de traitement pour la PTME*

1996 Trithérapie

Mais son accessibilité est limitée aux pays du Nord

VIH / SIDA

Combat pour l'accès universel au traitement

2001 Appel à la création d'un Fonds Mondial pour le SIDA et la santé par Kofi Annan, secrétaire général de l'ONU.

2003 *l'OMC accorde le droit de passer outre les brevets pour produire des AntiRétroViraux génériques à destination des PVD.*

2005-2006 vers une « généralisation » de l'accès aux ARV

Situation actuelle en Afrique de l'Ouest et Centrale

La situation reste préoccupante malgré de nets progrès

- *6,1 millions de PVVIH, dont 56% de femmes*

Forte progression du taux de PVVIH bénéficiant d'un traitement ARV

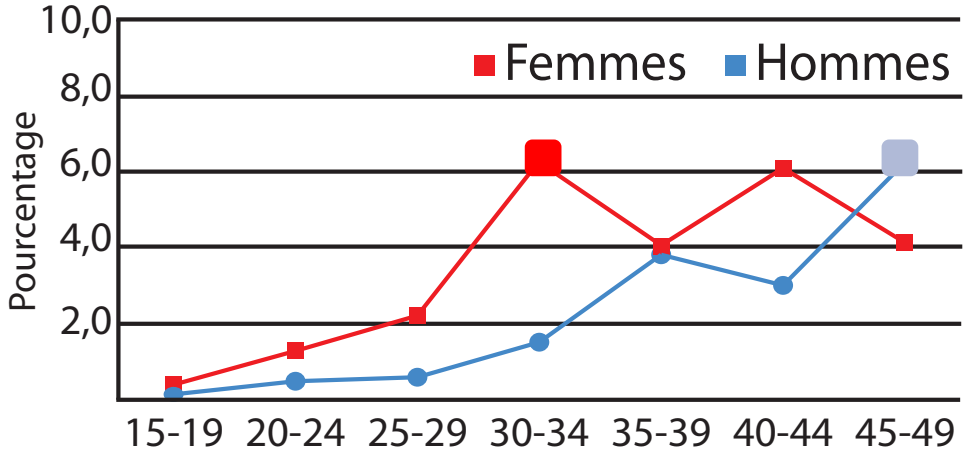
- *Nouvelles infections en baisse depuis 2010*

- *Décès en baisse depuis 2010*
  mais reste encore à un niveau important

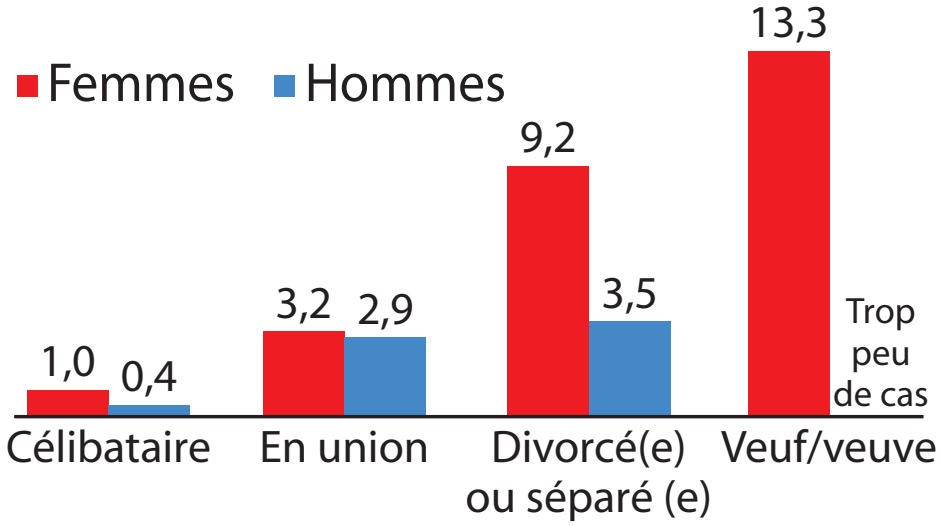
Source : ONUSIDA

Lutte contre le VIH/SIDA
Ampleur de l'épidémie au Togo

Prévalence en fonction de l'âge



Prévalence selon le statut matrimonial



Maximum de prévalence selon le sexe et l'âge

- 6,3% chez les femmes de 30-34 ans
- 6,3% chez les hommes de 45-49 ans

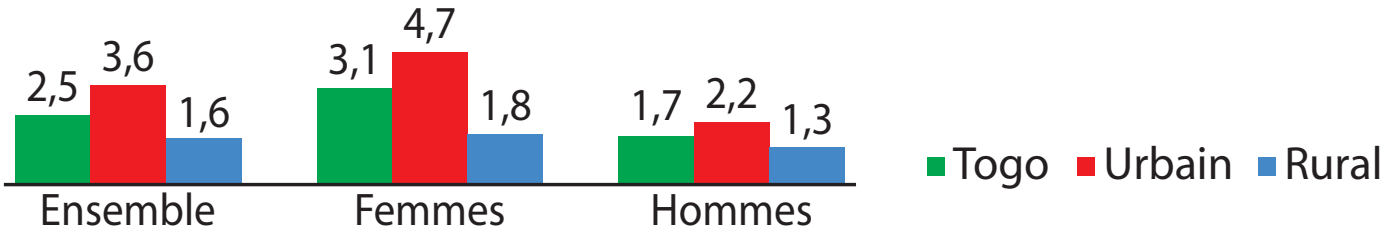
Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST-III) 2013-2014

La lutte contre de VIH/SIDA

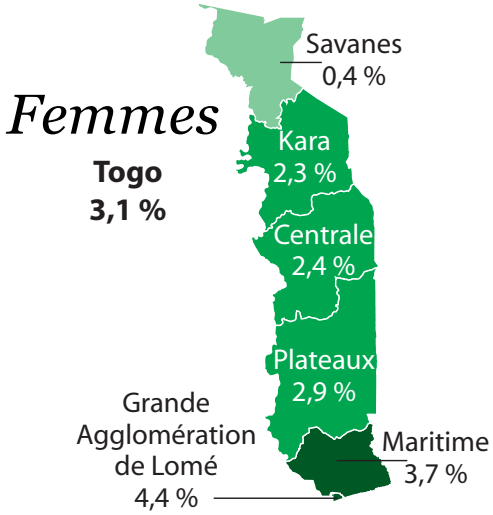
Ampleur de l'épidémie au Togo

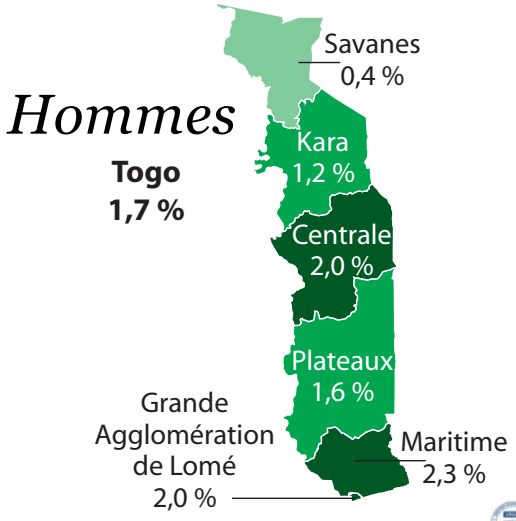
Prévalence selon le milieu de résidence

% de séropositifs (femmes 15-49 ans / hommes 15-59 ans)



Prévalence chez les 15-49 ans par région





Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST-III) 2013-2014

VIH/SIDA

La lutte commence par le dépistage

Un outil adapté existe

Largement utilisé dans le cadre des programmes PTME-VIH
*le **TDR**, **T**est de **D**épistage **R**apide, est d'autant mieux accepté*
que l'accès au traitement devient possible

Afrique subsaharienne: la lutte contre le VIH/SIDA a débuté par des programmes PTME

P**révention de la **T**ransmission **M**ère-**E**nfant du **VIH

Lutte contre le VIH/SIDA
Intérêt et limite d'un projet se limitant à la PTME

Tawaka a débuté des programmes PTME en 2005.

Là où ils ont été mis en place, ils ont permis une ***prise de conscience*** *de la réalité de l'épidémie de VIH/SIDA*

S'est posée aussitôt
la question du traitement
des femmes découvertes séropositives

Lutte contre le VIH/SIDA à Tchannadè

Un programme PTME débute en 2009

Au cours de ce programme soutenu par Tawaka, le taux de séropositivité VIH des femmes enceintes suivies au CMS Saint-Luc de Tchannadè oscillait entre 2 et 3%

Dans le même temps, le retour au Togo du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme *permet la reprise de l'accès aux ARV*

- *L'accès aux ARV étant devenu plus stable*
- *Le dépistage des femmes enceintes étant désormais pris en charge par le PNLS togolais*
- *Tawaka arrête le programme PTME progressivement et un nouveau programme débute en 2010*

Lutte contre le VIH/SIDA
Au CMS Saint-Luc de Tchannadè

Grâce au Fonds mondial
de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

- *Gratuité des ARV et du Bactrim mais pas de tous les autres coûts de santé comme par exemple:*
  - *consultations médicales*
  - *traitements médicaux*

- *Gratuité du dosage des CD4 mais pas des autres examens complémentaires*

Lutte contre le VIH/SIDA au CMS Saint-Luc
Examens disponibles au laboratoire

1. Outils Disponibles
   - *Tests de dépistage unitaire, de type TDR*
   - *Biologie de base : Biochimie, Hématologie, Parasitologie*
   - *Comptages des CD4 (**site spécialisé**)*
   - *Charge virale (**site spécialisé, accessibilité en nette amélioration**)*

2. Outils Non accessible
   - *Western-Blot (permettrait de mieux confirmer une séropositivité)*
   - *AgP24*
   - *Génotype de résistance (permettrait de mieux ajuster le traitement)*

Lutte contre le VIH/SIDA au CMS Saint-Luc
Programme d'aide à l'accès au traitement

Objectif - Favoriser l'accès aux ARV en prenant en charge les frais médicaux restant à la charge des PVVIH :

- *traitement antibiotique de couverture*
- *traitement des maladies associées*
  notamment les maladies infectieuses
- *examens complémentaires ……*

- *Le programme débuté en juillet 2010*

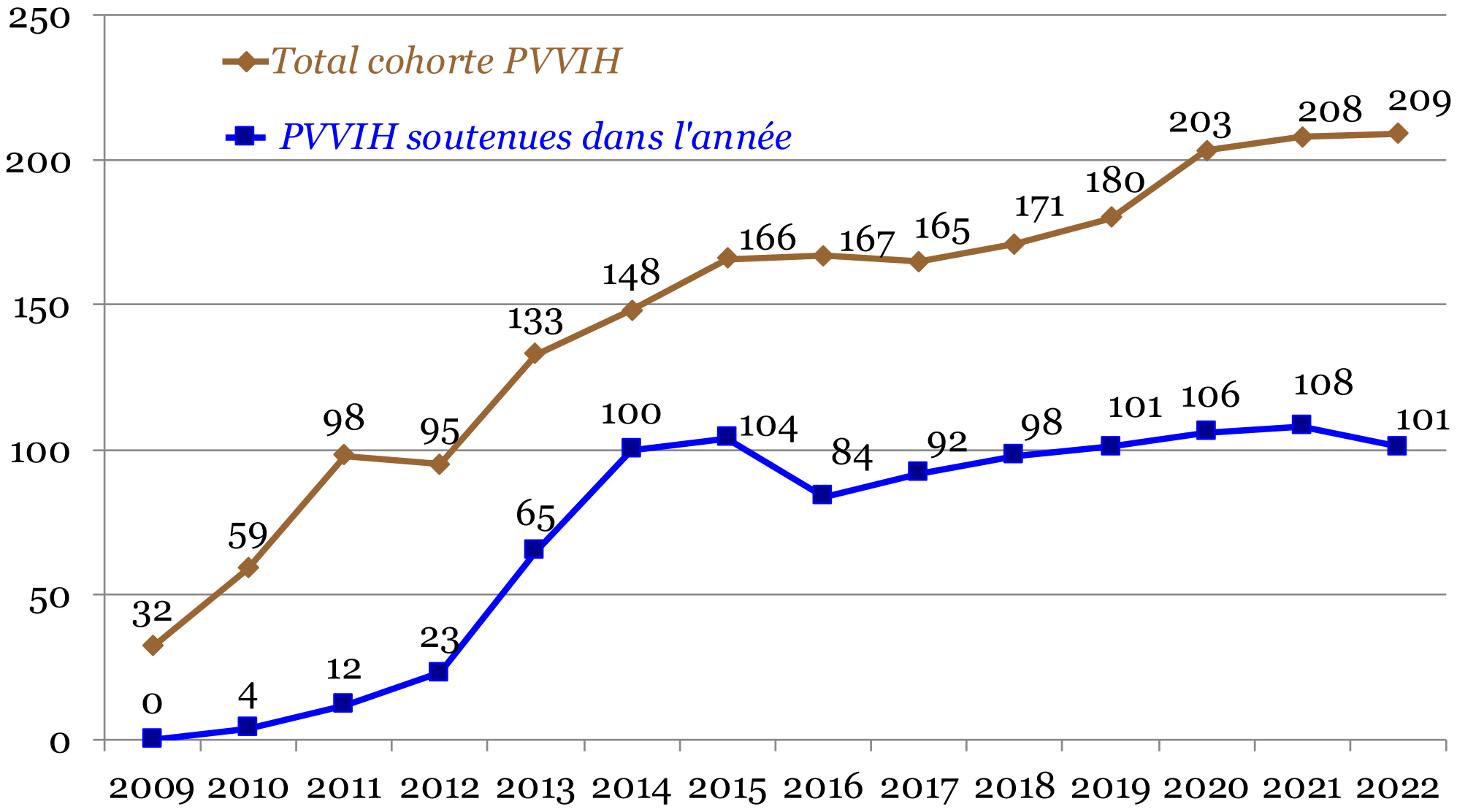
Un soutien de l'activité de dépistage aussi prévu

- *Ce programme a fait progresser*

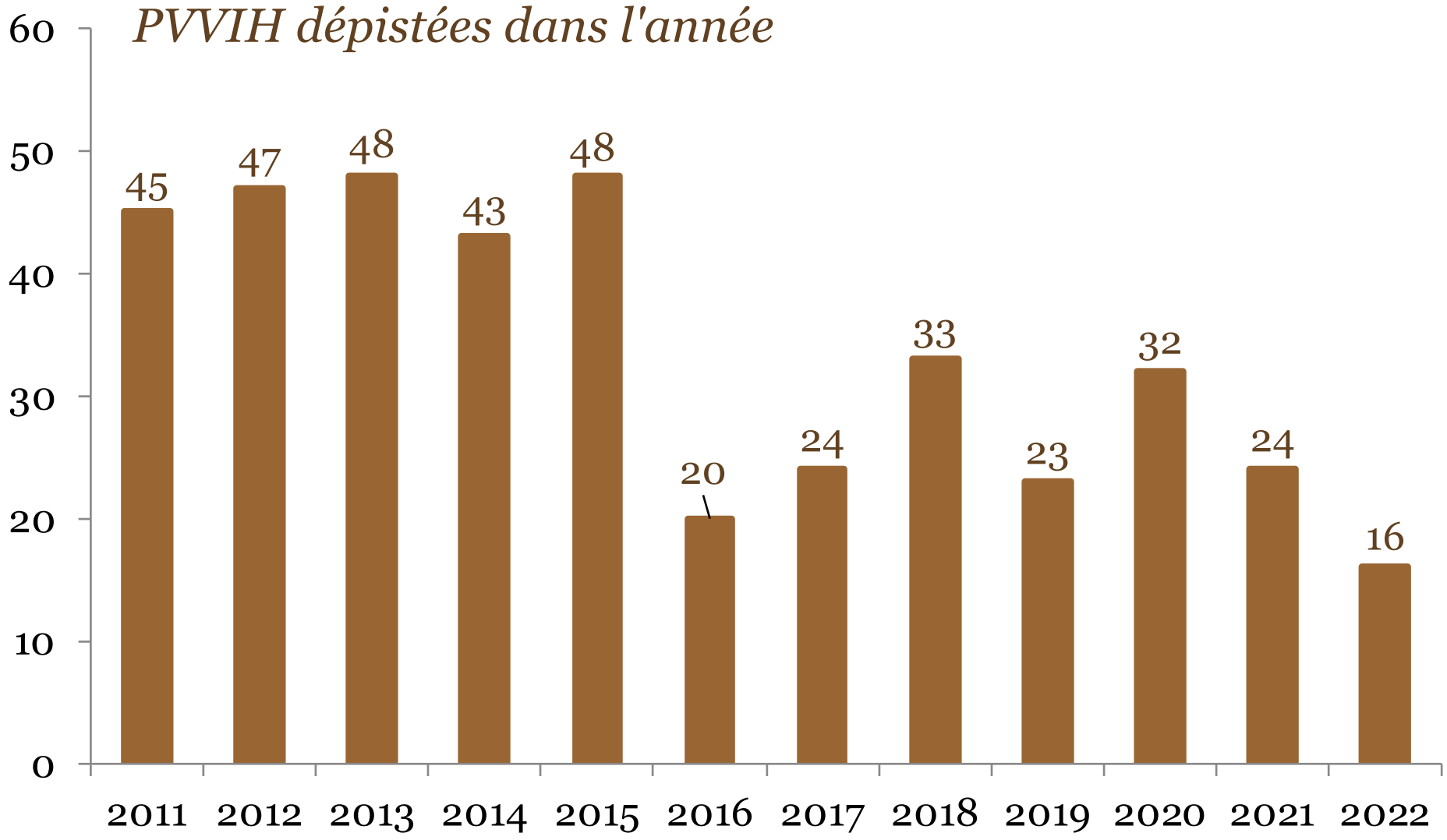
le nombre de PVVIH suivies au CMS

Evolution de la cohorte des PVVIH suivies

Situation en décembre de l'année



Flux des PVVIH - dépistage



251 dépistages les six premières années contre 152 les six dernières

Moitié moins de personnes dépistées sur les trois dernières années

Flux des PVVIH – autres que le dépistage

- **Décès : 33** depuis le début du programme

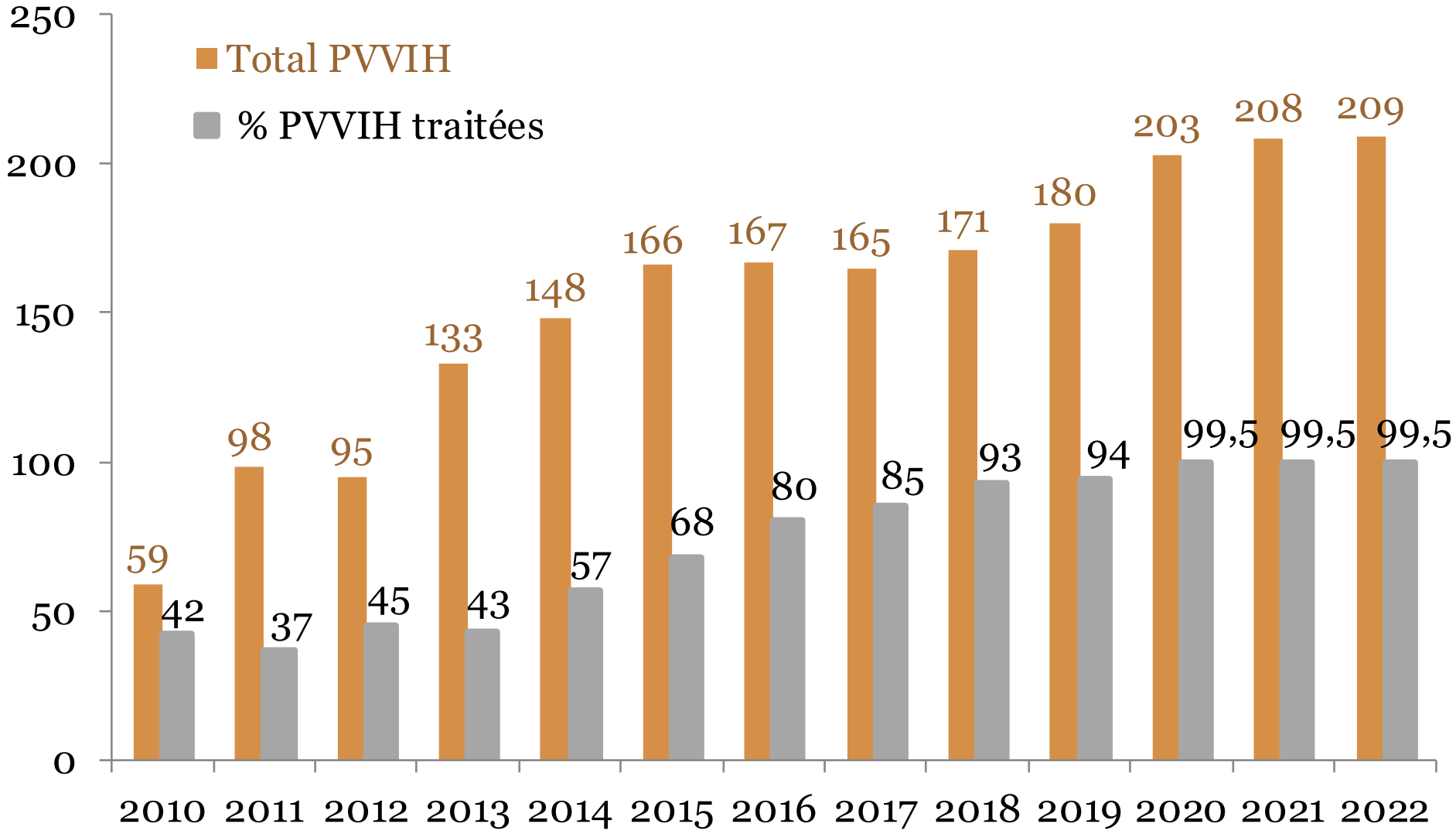
  Pic de 8 décès en 2014 suivi d'une diminution depuis 2016
  22 sur les six premières années et 11 sur les six dernières

- Sorties de la cohorte hors décès, *une vingtaine en moyenne annuelle dont environ la moitié correspond à des patients Perdus De Vue. Les PDV sont en diminution depuis que le CMS a obtenu l'habilitation à la dispensation des ARV*

- Entrée de connu-positif, *le plus souvent il s'agit de retours de patients perdus de vue*

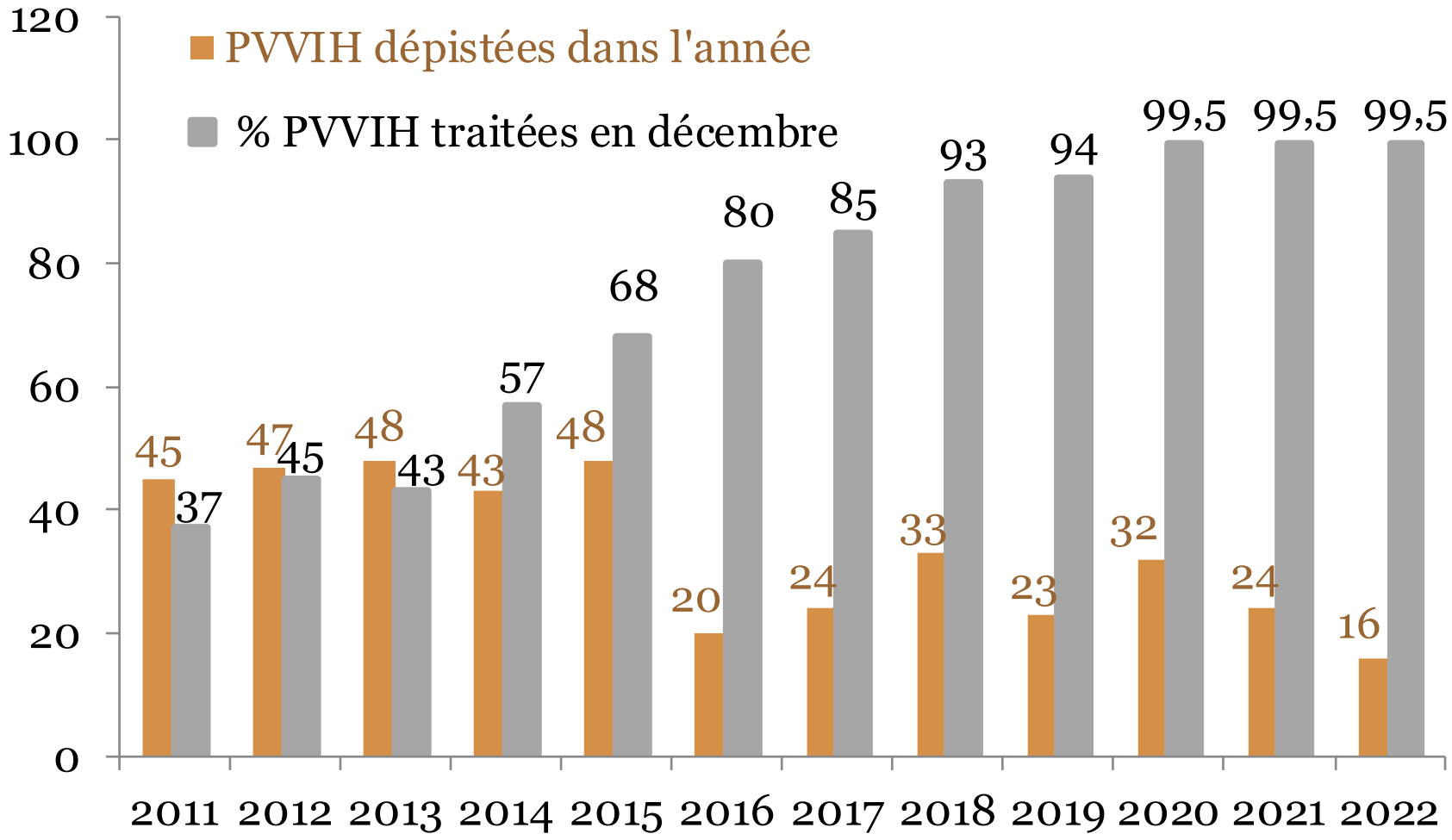
Résultant de ces flux, depuis 2020 on observe une relative stabilité de l'effectif de la cohorte des PVVIH

Evolution de la cohorte des PVVIH suivies et du taux de PVVIH traitées



Situation en décembre de l'année

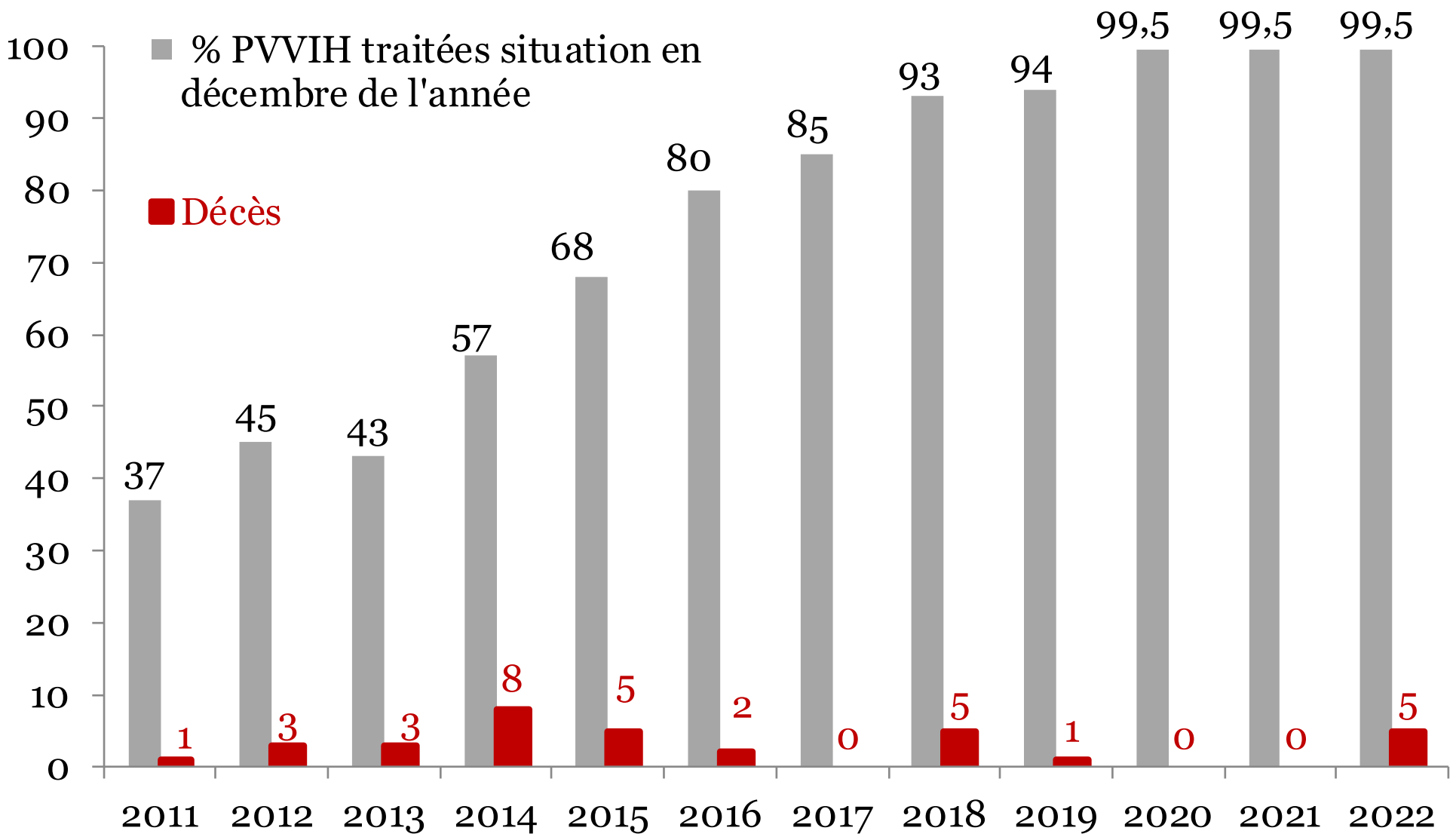
Relation taux de PVVIH traitées / PVVIH dépistées



La baisse de moitié du nombre de personnes dépistées est probablement Le reflet de la possibilité d'une mise sous traitement dès le dépistage.
Une PVVIH traitée efficacement (charge virale indétectable) ne présente pas de risque de transmettre le VIH

Relation entre évolution du taux de PVVIH traitées

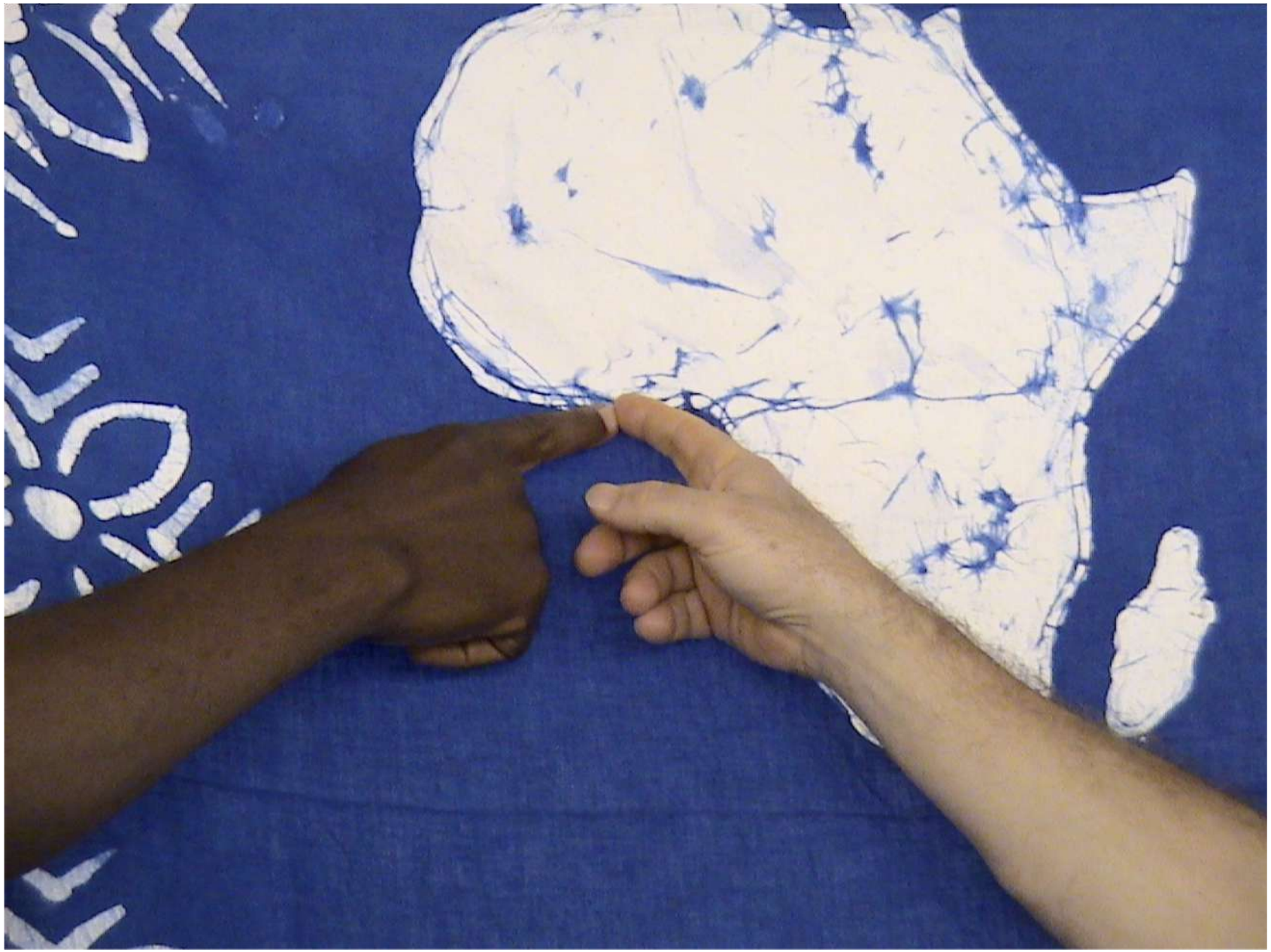
Et le nombre de décès



Lutte contre le VIH/SIDA au CMS Saint-Luc
Progrès observés depuis le début du programme

- *Pour l'accès aux ARV l'obstacle du niveau de CD4 est levé*
  - *D'abord évolution du seuil des CD4 : 200/mm^3, 350/mm^3, 500/mm^3*
  - *Puis accès indépendant du niveau des CD4 pour les femmes enceintes et les jeunes de moins de 19 ans*
  - *Enfin **accès aux ARV pour tous** indépendamment du niveau des CD4 =>Plus de délai d'attente pour débuter les ARV*
- *Ruptures de stock moins fréquentes des ARV et du Cotrimoxazole*
- *Depuis deux ans chaque PVVIH peut bénéficier d'un dosage de charge virale VIH au moins une fois pa*
- *Le fait que le CMS ait l'habilitation à la dispensation des ARV a un impact positif sur le suivi des PVVH sous ARV*

Lutte contre le VIH/SIDA au CMS Saint-Luc
Progrès en attente

- Amélioration de l'acceptation du dépistage chez les hommes
- Assurance maladie de type INAM pour **tous** les PVVIH

MERCI de votre attention