

Enquête Démographique et de Santé

Togo 2013-2014

Rapport Préliminaire sur la Prévalence du VIH

**Ministère de la Planification,
du Développement et de l'Aménagement du Territoire**

Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

et Ministère de la Santé

**MEASURE DHS
ICF International
Rockville, Maryland, USA**



RÉPUBLIQUE
TOGOLAISE



**TROISIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET DE SANTÉ
(EDST-III 2013-2014)**

**RAPPORT PRÉLIMINAIRE
SUR LA PRÉVALENCE DU VIH**

Ministère de la Planification, du Développement et
de l'Aménagement du Territoire

Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

Ministère de la Santé

MEASURE DHS, ICF International
Rockville, Maryland, USA

Août 2014



AFRICAN DEVELOPMENT BANK GROUP
GROUPE DE LA BANQUE AFRICAINE
DE DÉVELOPPEMENT



Ce rapport présente les résultats préliminaires sur la prévalence du VIH de la troisième Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST-III) réalisée par la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN) du Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé. L'EDST-III a été financée par le Gouvernement Togolais et les partenaires financiers tels que l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque Africaine de Développement (BAD) et le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD). D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération, en particulier l'Unité de Recherche Démographique (URD) pour l'appui méthodologique, le Laboratoire de l'Institut National d'Hygiène (INH) pour la réalisation des tests biologiques, le Laboratoire National de Référence (LNR) du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) pour le contrôle de qualité externe des tests de parasitémie palustre, et le laboratoire du Centre National de Référence du VIH (CNR/VIH) pour le contrôle de qualité externe des tests du VIH. ICF International a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du programme MEASURE DHS, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé.

Pour tout renseignement concernant l'EDST-III, contacter la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, 15, Rue de la KOZAH, Immeuble CENETI, B.P. 118 Lomé TOGO, téléphone : (228) 22-21-62-24 / (228) 22-21-22-87 ; e-mail : dgscn_tg@yahoo.fr ; site web : www.stat-togo.org.

Pour obtenir des informations sur le programme MEASURE DHS, contactez ICF International, 530, Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; téléphone : (301) 407-6500 ; fax : (301) 407-6501 ; e-mail : report@DHSprogram.com ; Internet : www.DHSprogram.com.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	iv
LISTE DES ACRONYMES.....	v
1. INTRODUCTION.....	1
2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	2
2.1 Échantillonnage	2
2.2 Questionnaires	2
2.3 Test du VIH	3
2.4 Formation et collecte des données	4
2.5 Traitement des données	4
2.6 Procédures de laboratoire	4
3. TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE VIH.....	7
4. PRÉVALENCE DU VIH.....	8

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 Couverture du test du VIH selon le milieu et la région de résidence	7
Tableau 2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques	8
Graphique 1 Algorithme du test du VIH.....	6
Graphique 2 Prévalence du VIH par sexe et âge.....	9
Graphique 3 Prévalence du VIH par sexe et régions	9

LISTE DES ACRONYMES

BAD	Banque Africaine de Développement
CNR	Centre National de Référence du VIH
CSPRO	Census and Survey Processing
DBS	Dry Blood Spots (Gouttes de sang séché)
DGSCN	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Togo
ICF	Inner City Fund
INH	Institut National d'Hygiène
LNR	Laboratoire National de Référence
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
URD	Unité de Recherche Démographique
USAID	United States Agency for International Development (Agence américaine pour le développement international)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

L'Enquête Démographique et de Santé au Togo effectuée sur le terrain de novembre 2013 à avril 2014 est la troisième du genre réalisée par le Gouvernement Togolais. Contrairement aux deux éditions précédentes, la présente enquête a combiné l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) et l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

Elle a été conçue pour i) fournir des données de suivi et évaluation des programmes de population et de santé ii) actualiser les principaux indicateurs démographiques et sanitaires de base. Pour ce faire, l'EDST-III a collecté des données sur les niveaux de fécondité ; les préférences en matière de fécondité ; la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale ; la mortalité des enfants ; la mortalité maternelle ; la santé maternelle et infantile ; les pratiques en matière d'allaitement ; l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de 5 ans ; la possession et l'utilisation de moustiquaires ; la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles ; le travail et la discipline des enfants ; l'excision ; et les violences domestiques. L'EDST-III a également réalisé sur le terrain le test d'anémie chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans et le test de diagnostic rapide du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, cette enquête a permis de collecter des échantillons de sang pour la réalisation, dans des laboratoires spécialisés, des tests de parasitémie palustre chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que du test de VIH chez les femmes de 15-49 ans et chez les hommes de 15-59 ans.

Un premier rapport préliminaire des résultats de l'EDST-III a été publié en juin 2014. A cette date, les échantillons sanguins prélevés pour déterminer la prévalence du VIH n'avaient pas encore été analysés par le Laboratoire de l'Institut National d'Hygiène (INH) du Togo. Le laboratoire de l'INH venant de terminer les tests, ce rapport présente les résultats préliminaires sur la prévalence du VIH. Une analyse plus élaborée des données sera publiée dans les prochains mois. Bien que provisoires, les résultats présentés dans ce rapport préliminaire ne seront pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final.

2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Échantillonnage

L'EDST-III vise à produire des résultats représentatifs au niveau de l'ensemble du pays, au niveau du milieu urbain et du milieu rural séparément, au niveau de la ville de Lomé, et au niveau de chacune des cinq régions du Togo. Pour ce faire, le territoire national a été découpé en six domaines d'étude correspondant aux cinq régions et à la ville de Lomé et, dans chaque domaine d'étude (sauf Lomé), deux strates ont été créées : la strate du milieu urbain et celle du milieu rural.

Le tirage de l'échantillon a été fait strate par strate¹. Ainsi, l'échantillon de l'EDST-III est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à plusieurs degrés. Au premier degré, 330 Unités Primaires de Sondage (UPS) ou grappes ont été tirées à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établies au cours du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 2010 par la DGSCN, en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille, la taille de l'UPS étant le nombre de ménages. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré, au second degré, un échantillon de 30 ménages par grappe avec un tirage systématique à probabilité égale.

Un total de 9 899 ménages (3 840 en milieu urbain dans 128 grappes et 6 059 en milieu rural dans 202 grappes) ont été sélectionnés. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour être enquêtés.

Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. Dans le même sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, on a réalisé un test d'hémoglobine pour estimer la prévalence de l'anémie auprès de toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants de 6-59 mois identifiés dans les ménages. Dans ce même sous-échantillon, toutes les femmes ainsi que tous les enfants de moins de cinq ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Enfin, dans ce sous-échantillon, les enfants de 6-59 mois étaient également éligibles pour un test du paludisme.

2.2 Questionnaires

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDST-III : le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS. Une adaptation aux besoins spécifiques du Togo a été faite sur des bases participatives au cours de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes à cette enquête.

Le **questionnaire ménage** a permis d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Il a aussi permis d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles et de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'eau de boisson, le type de toilettes, le type de matériaux du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de la moustiquaire, le lavage des mains et le degré d'iodation du sel de cuisine utilisé dans le ménage. En outre, le questionnaire ménage a aussi servi à collecter les données sur le travail et la discipline des enfants.

¹Pour les besoins de l'analyse, Lomé commune et la région Maritime ont été modifiées pour créer la Grande Agglomération de Lomé constituée de Lomé Commune et de la partie urbaine de la Préfecture du Golfe.

Enfin le questionnaire ménage a également été utilisé pour enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille), des tests d'hémoglobine et de paludisme, et des prélèvements sanguins effectués pour le test du VIH.

Le **questionnaire individuel femme** a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, résidentes ou visiteuses. Il comprend de nombreuses informations notamment sur la fécondité, la mortalité maternelle et la mortalité des enfants, la santé de la mère et de l'enfant, le mariage et l'activité sexuelle, les violences domestiques, ainsi que sur les connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Le **questionnaire individuel homme** est indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans en particulier celles relatives à l'activité sexuelle et aux connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles.

2.3 Test du VIH

Le test du VIH a été prévu dans le sous-échantillon des ménages éligibles pour l'enquête homme. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages qui ont accepté volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de la collecte, on a remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte de référence pour obtenir, si elles le souhaitent, des conseils et un test gratuit auprès des établissements de santé offrant ces services.

Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur prélève des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres est alors collée sur le papier filtre. On a ensuite collé une deuxième étiquette avec le même code à barres sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant à la personne éligible. Les gouttes de sang sur papier filtre sont séchées pendant 24 heures dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché (Dry Blood Spot – DBS) est placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à Lomé pour enregistrement, vérification et transfert au laboratoire de l'Institut National d'Hygiène (INH). Celui-ci enregistre à son tour les prélèvements et scanne les codes à barres avant de les stocker à basse température (- 20 degrés Celsius).

Avant le démarrage des analyses au laboratoire, tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménage et de grappe) ont été brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement. Tous les identifiants originaux ont été détruits du fichier de données. Par ailleurs, tous les questionnaires ont également été détruits. Ce n'est qu'à ce stade que le laboratoire de l'INH a été autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang. Cette analyse a commencé à l'INH à la mi-juin et s'est achevée à la mi-juillet 2014. En utilisant les codes à barres contenus dans le fichier anonyme des données de l'enquête et les codes correspondants aux tests, il est alors possible d'analyser les résultats de prévalence du VIH en fonction de toutes les variables sociodémographiques et comportementales générées à partir des données de l'enquête.

2.4 Formation et collecte des données

2.4.1 Formation

Afin de garantir une collecte de données fiables, deux sessions de formation du personnel de terrain ont été organisées. La première session de formation a été organisée du 5 au 30 août 2013 et a été clôturée par la réalisation sur le terrain de l'enquête pilote. Au total 34 candidats ont été formés. L'enquête pilote avait pour objectif de tester les outils de collecte et toute la stratégie de mise en œuvre de l'EDST-III. La deuxième session de formation a été organisée du 30 septembre au 5 novembre 2013 pour préparer les participants à la réalisation de l'enquête principale. Elle a concerné 156 candidats enquêteurs, enquêtrices, chefs d'équipes et contrôleuses. Parmi les 156 personnes formées, 90 ont été définitivement sélectionnées pour mener l'enquête principale sur toute l'étendue du pays.

Toutes les sessions de formation ont porté sur les techniques d'interview ; le remplissage des questionnaires ; les techniques de prise des mesures anthropométriques, de prélèvement des échantillons de sang, de réalisation du TDR de paludisme et du test d'anémie, de collecte de sang sur les lames pour la goutte épaisse (enfants) et de collecte des DBS pour le test de VIH (adultes).

L'approche utilisée a consisté en i) une lecture concomitante des manuels d'instructions et des questionnaires suivie d'explications et de démonstrations ; ii) des jeux de rôle en salle entre personnel en formation suivis de discussions ; iii) des pratiques sur le terrain dans des ménages réels et dans des formations sanitaires suivies de discussions en salle ; et iv) l'organisation régulière des évaluations des connaissances acquises suivies de discussions en salle.

2.4.2 Collecte des données

Les travaux de terrain de l'enquête pilote se sont déroulés du 27 au 29 août 2013 dans trois sites de la ville de Lomé. Ces sites ont été choisis en dehors de l'échantillon de l'enquête principale. Les leçons tirées de ce pré-test (rendement des enquêteurs, acceptation de l'enquête, etc.) ont été valorisées dans la finalisation des outils de collecte et de la stratégie de mise en œuvre de l'enquête.

Les travaux de terrain de l'enquête principale ont été réalisés du 09 novembre 2013 au 15 avril 2014 par 90 agents répartis en 15 équipes de travail. Chaque équipe est composée de six personnes : un chef d'équipe, une contrôleuse, un enquêteur, et trois enquêtrices. Les 15 équipes ont été placées sous la responsabilité de sept superviseurs de terrain, cadres de la DGSCN, en raison de un à trois équipes par superviseur. Les contrôleuses et les chefs d'équipes ont reçu une formation complémentaire axée sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique, le contact avec les autorités et les populations.

2.5 Traitement des données

Le traitement de données de l'enquête a été réalisé parallèlement aux travaux de collecte des informations auprès des ménages pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies par les agents de terrain. La saisie a été organisée au moyen du logiciel CSPro. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter, pour chaque équipe, les principales erreurs de collecte. Ces informations sont communiquées aux équipes lors des missions de coordination afin d'améliorer la qualité des données.

La vérification de la cohérence interne des données saisies, l'édition et l'apurement final de l'ensemble des données ont été réalisés en mai 2014.

2.6 Procédures de laboratoire

Avant de commencer l'analyse des échantillons de sang prélevés séchés au cours de l'enquête EDST-III, l'INH a mené une étude de validation pour s'assurer que l'analyse de sang séché et les réactifs utilisés donneraient des résultats fiables. Cette étude a consisté à tester en parallèle des DBS (Dried Blood Spot) et du sérum prélevés simultanément chez différents individus. Ces tests ont été effectués pour 45 sujets

séronégatifs et 28 sujets séropositifs vis-à-vis de l'infection par le VIH avec le test utilisé en routine au laboratoire (Vironostika). L'étude a montré une concordance de 99,97 % entre les résultats sur les DBS et sur le sérum.

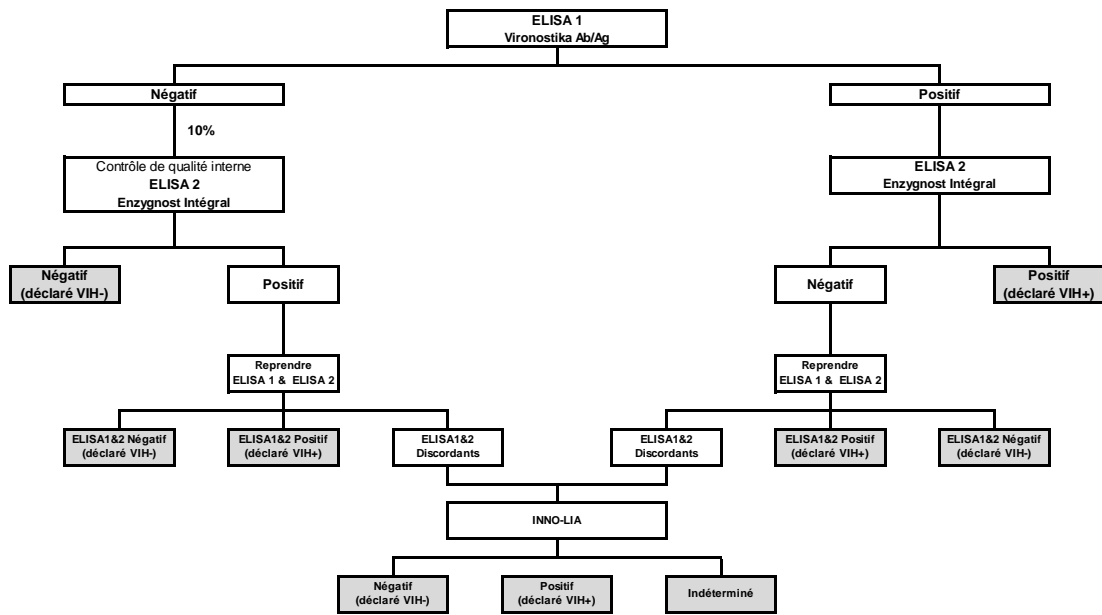
Pour les échantillons prélevés dans l'enquête, la première étape consiste à obtenir à partir des papiers buvards comportant le sang séché un disque calibré de 6 mm à l'aide d'une poinçonneuse. Le disque est ensuite plongé dans 200 microlitres de Phosphate Buffer Saline (PBS) pendant une nuit pour élution. L'éluant obtenu est directement utilisé pour les tests sérologiques selon l'algorithme suivant (graphique 1) :

- Tous les échantillons ont été testés avec Vironostika® HIV Ag/Ab (Biomérieux) (ELISA 1) selon les recommandations du fabricant. Il s'agit d'un ELISA très sensible, d'où son utilisation en première intention.
- Tous les échantillons dépistés positifs ainsi que 10 % des négatifs à ce premier test ont été ensuite analysés avec Enzygnost® HIV Integral II (Siemens) (ELISA 2).
- Tous les échantillons discordants, Vironostika positifs/Enzygnost négatifs ou Vironostika négatif/Enzygnost positifs, ont été à nouveau testés en parallèle avec Vironostika® HIV Ag/Ab et Enzygnost® HIV Integral II.
- En cas de nouvelle discordance entre ces deux tests, l'Inno-Lia HIV I/II (Innogenetics) est utilisé pour confirmation.

Le contrôle de qualité a été effectué à plusieurs niveaux :

- Sur chaque plaque de tests, sont inclus des contrôles fournis avec la trousse de dépistage selon les recommandations du fabricant, ainsi que des contrôles (positifs et négatifs) fournis par le centre pour le contrôle de maladies (CDC) d'Atlanta, USA.
- Dix pourcent (10%) des échantillons négatifs testés avec Vironostika ont été confirmés avec Enzygnost.
- En outre, 5 % des échantillons négatifs sélectionnés aléatoirement ainsi que 100 % des positifs ont été envoyés au laboratoire du Centre National de Référence du VIH (CNR/VIH) pour le contrôle de qualité externe. Ce contrôle a montré clairement une concordance de 99.85 % entre les résultats du laboratoire de l'INH et ceux du laboratoire du CNR/VIH.

Graphique 1 Algorithme du test du VIH



3. TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE VIH

Le tableau 1 fournit les taux de couverture du test de VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence et le motif pour lequel le prélèvement de sang n'a pas été effectué.

Sur l'ensemble des 9 723 femmes de 15-49 ans et hommes de 15-59 ans éligibles, on dispose des résultats du test de VIH pour plus de neuf personnes sur dix (94 %). Néanmoins, on observe des disparités importantes du taux de couverture des tests selon la région et le lieu de résidence. En effet, le taux de couverture des tests le plus faible est observé dans l'agglomération de Lomé (88 %), alors que dans les autres régions, le taux varie entre 95 % dans la région des Plateaux et 99 % dans celle des Savanes. Il est également plus élevé en milieu rural (97 %) qu'en milieu urbain (90 %). Par ailleurs, les taux de couverture sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, cela quel que soit le lieu de résidence. Dans l'ensemble, il est de 96 % chez les femmes contre 93 % chez les hommes.

Tableau 1 Couverture du test du VIH selon le milieu et la région de résidence

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH par couverture du test selon le milieu et la région de résidence (non pondéré), Togo 2013-2014

Résidence et région	Couverture du test								Total	Effectif
	DBS testé ¹ et :		Prélèvement de sang refusé et :		Absent au moment du prélèvement de sang et :		Autre/manquant ²			
	Interviewé	Non interviewé	Interviewé	Non interviewé	Interviewé	Non interviewé	Interviewé	Non interviewé		
FEMMES 15-49										
Résidence										
Urbain	93,2	0,1	3,2	1,3	0,1	0,9	0,2	1,0	100,0	1 939
Rural	97,5	0,2	0,9	0,5	0,0	0,4	0,1	0,4	100,0	3 076
Région										
Grande Agglomération de Lomé	91,8	0,2	3,8	1,6	0,2	1,0	0,2	1,3	100,0	1 277
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	97,1	0,2	1,0	1,0	0,0	0,2	0,0	0,6	100,0	516
Plateaux	95,8	0,0	2,1	0,6	0,0	1,0	0,1	0,3	100,0	865
Centrale	96,5	0,1	1,3	1,2	0,0	0,4	0,0	0,4	100,0	689
Kara	98,0	0,1	1,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1	100,0	698
Savanes	98,6	0,4	0,2	0,1	0,0	0,3	0,0	0,4	100,0	970
Ensemble 15-49	95,9	0,2	1,8	0,8	0,0	0,6	0,1	0,6	100,0	5 015
HOMMES 15-59										
Résidence										
Urbain	87,0	0,1	4,0	2,2	0,0	4,7	0,1	1,9	100,0	1 740
Rural	96,1	0,2	1,2	0,7	0,0	1,3	0,0	0,5	100,0	2 968
Région										
Grande Agglomération de Lomé	84,1	0,0	4,6	3,0	0,0	5,6	0,2	2,5	100,0	1 105
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	94,6	0,0	3,2	1,4	0,0	0,6	0,0	0,2	100,0	497
Plateaux	94,2	0,2	1,7	0,7	0,0	2,9	0,0	0,2	100,0	859
Centrale	95,3	0,4	0,9	1,0	0,1	1,7	0,1	0,4	100,0	700
Kara	93,7	0,1	2,5	0,4	0,0	2,1	0,0	1,1	100,0	713
Savanes	98,6	0,1	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,6	100,0	834
Ensemble 15-49	92,5	0,2	2,4	1,3	0,0	2,6	0,1	1,0	100,0	4 502
Ensemble 15-59	92,7	0,1	2,3	1,3	0,0	2,5	0,1	1,0	100,0	4 708
ENSEMBLE (FEMMES 15-49 ET HOMMES 15-59)										
Résidence										
Urbain	90,3	0,1	3,6	1,7	0,1	2,7	0,1	1,4	100,0	3 679
Rural	96,8	0,2	1,1	0,6	0,0	0,8	0,1	0,4	100,0	6 044
Région										
Grande Agglomération de Lomé	88,2	0,1	4,2	2,2	0,1	3,1	0,2	1,8	100,0	2 382
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	95,9	0,1	2,1	1,2	0,0	0,4	0,0	0,4	100,0	1 013
Plateaux	95,0	0,1	1,9	0,6	0,0	2,0	0,1	0,3	100,0	1 724
Centrale	95,9	0,3	1,1	1,1	0,1	1,1	0,1	0,4	100,0	1 389
Kara	95,8	0,1	1,8	0,3	0,0	1,1	0,1	0,6	100,0	1 411
Savanes	98,6	0,3	0,2	0,2	0,0	0,3	0,0	0,5	100,0	1 804
Ensemble	94,3	0,2	2,0	1,0	0,0	1,5	0,1	0,8	100,0	9 723

¹ Y compris les prélèvements de sang séchés (Dried Blood Spots) testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat, qu'il soit positif, négatif, ou indéterminé. Indéterminé signifie que le prélèvement est passé par tous les tests de l'algorithme mais que le résultat n'a pas été concluant.

² Y compris: 1) autres résultats de la collecte de sang tels que des problèmes techniques sur le terrain, 2) spécimens perdus, 3) codes barre ne correspondant pas, et 4) autres résultats du laboratoire comme du sang non testé pour raisons techniques, insuffisance de sang pour compléter l'algorithme, etc.

4 PRÉVALENCE DU VIH

Le tableau 2 présente la prévalence du VIH chez les femmes et les hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Il en ressort que 2,5 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs. Par ailleurs, la prévalence est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (3,1 % contre 1,7 %).

Tableau 2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans testés selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Togo 2013-2014

Caractéristique sociodémographiques	Femme		Homme		Ensemble	
	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif
Âge						
15-19	0,4	863	0,1	852	0,3	1 715
20-24	1,3	854	0,5	718	0,9	1 571
25-29	2,2	806	0,6	638	1,5	1 444
30-34	6,2	696	1,5	515	4,2	1 212
35-39	3,9	647	3,8	495	3,9	1 142
40-44	6,0	482	3,0	426	4,6	908
45-49	4,1	394	6,2	336	5,1	730
Résidence						
Urbain	4,7	2 161	2,2	1 782	3,5	3 943
Rural	1,7	2 580	1,4	2 198	1,6	4 779
Région						
Grande Agglomération de Lomé	4,4	1 438	2,0	1 148	3,4	2 586
Maritime (Sans Agglomération de Lomé)	3,7	750	2,3	652	3,0	1 403
Plateaux	2,8	1 057	1,7	884	2,3	1 941
Centrale	2,5	434	2,0	398	2,2	833
Kara	2,4	514	1,2	477	1,8	991
Savanes	0,4	548	0,3	420	0,3	968
Niveau d'instruction						
Aucun	2,8	1 477	1,5	441	2,5	1 918
Primaire	3,1	1 632	2,3	1 069	2,8	2 701
Secondaire ou plus	3,3	1 632	1,5	2 471	2,2	4 103
Ensemble 15-49	3,1	4 742	1,7	3 980	2,5	8 722
50-59	na	na	3,0	450	na	na
Ensemble 15-59	na	na	1,9	4 430	na	na

na = Non applicable

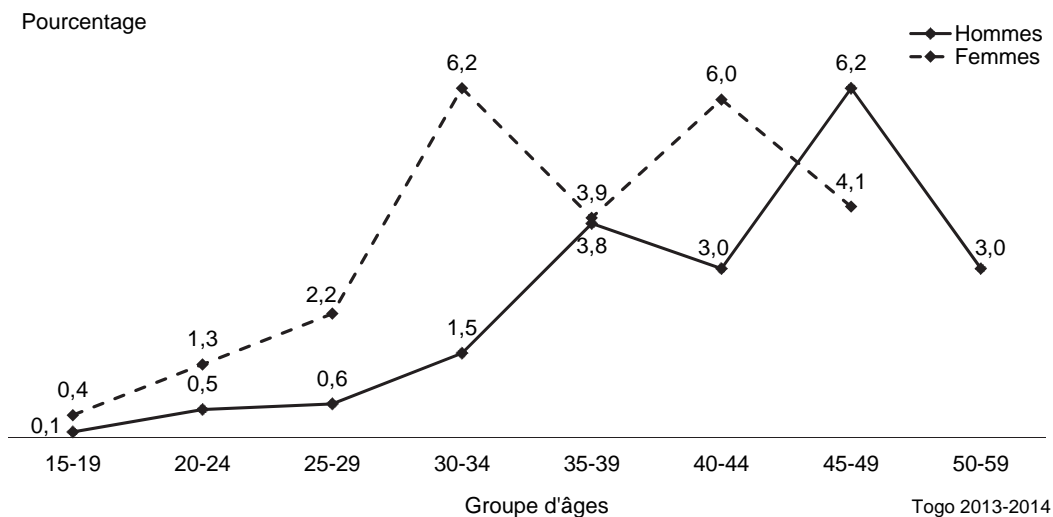
Le tableau 2 présente également les résultats concernant la prévalence du VIH selon le milieu de résidence. On constate tout d'abord que, dans la population générale, la prévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (3,5 % contre 1,6 %). Ce niveau de prévalence plus élevé en urbain qu'en rural s'observe aussi bien chez les femmes (4,7 % contre 1,7 %) que chez les hommes (2,2 % contre 1,4 %).

Les résultats traduisent des écarts importants entre les régions. Pour l'ensemble de la population (hommes et femmes réunis), les niveaux les plus élevés de la prévalence sont observés dans l'agglomération de Lomé (3,4 %) et dans la région Maritime (3,0 %) alors que la plus faible prévalence se situe dans la région des Savanes (0,3 %). Dans les trois autres régions, la prévalence du VIH ne varie que très peu ; passant de 2,3 % dans la région des Plateaux à 1,8 % dans celle de la Kara.

Par rapport au niveau d'instruction, on constate que chez les femmes, la prévalence est plus faible parmi celles qui ne sont pas instruites (2,8 %) contre respectivement 3,1 % chez celles qui ont le niveau d'instruction primaire et 3,3 % chez celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. Par contre, chez les hommes, on enregistre les mêmes niveaux de prévalence chez ceux qui n'ont pas d'instruction et ceux qui ont un niveau secondaire ou plus (1,5 %), et c'est parmi ceux qui ont un niveau d'instruction primaire que la prévalence est la plus élevée (2,3 %).

Le graphique 2 montre que la prévalence augmente selon l'âge chez les femmes jusqu'à 30-34 ans et chez les hommes jusqu'à 35-39 ans ; après ces âges, les tendances deviennent irrégulières. Toutefois, on note que, chez les femmes, la prévalence la plus forte s'observe chez celles de 30-34 ans (6,2 %) et la plus faible chez celles de 15-19 ans (0,4 %). Chez les hommes, la prévalence la plus élevée est observée chez ceux de 45-49 ans (6,2 %) alors que la plus faible est parmi ceux de 15-19 ans (0,1 %).

Graphique 2 Prévalence du VIH par sexe et âge



Concernant les disparités par rapport au sexe et la région illustrées par le graphique 3, on note la prévalence la plus importante chez les femmes vivant dans l'agglomération de Lomé (4,4 %) alors que la prévalence la plus élevée pour les hommes est enregistré dans la région Maritime (2,3 %). Par contre, quel que soit le sexe, la prévalence la plus faible est enregistrée dans la région des Savanes (0,4 % chez les femmes et 0,3 chez les hommes). On note également que, quel que soit la région, la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Graphique 3 Prévalence du VIH par sexe et régions

