

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

-----  
CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA  
ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

REPUBLIQUE TOGOLAISE

-----  
*Travail – Liberté – Patrie*



**Connaissances, Attitudes et Pratiques en  
matière de VIH, Santé sexuelle et  
reproductive chez les jeunes de 10 à 24 ans  
au Togo en 2014**

**RAPPORT FINAL**



---

**LE SECRETARIAT PERMANENT**

01 BP : 2237 Lomé 01 Tél. : +228 22 61 62 77 Fax : +228 22 61 62 81  
E-mail : [cnlstogo@cnlstogo.org](mailto:cnlstogo@cnlstogo.org) / [cnls@laposte.tg](mailto:cnls@laposte.tg) Site Web : [www.cnlstogo.org](http://www.cnlstogo.org)

## REMERCIEMENTS

Le Coordonnateur National du Secrétariat Permanent du CNLS-IST présente ses gratitudes :

- L'UNFPA et l'UNICEF qui ont co-financé cette étude
- Aux personnes ressources du groupe national de référence de suivi évaluation pour leurs différents apports
- Au Dr Ekouevi du Cabinet CARESP pour leur expertise
-

## Table des matières

RESUME EXECUTIF .....	10
1. INTRODUCTION.....	13
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	14
2.1. Contexte.....	14
2.1.1. Contexte sociodémographique .....	14
2.1.1.1. Comportements sexuels et IST.....	14
2.1.1.2. Santé de la reproduction chez les jeunes .....	15
2.1.1.3. Mesures et actions du système de santé Togolais.....	15
2.2. Justification .....	16
2.2.1. Importance de la sensibilisation et de l'éducation.....	16
2.2.2. Nécessité d'évaluer.....	16
2.3. But et Objectifs.....	16
2.3.1. But .....	16
2.3.2. Objectifs .....	17
2.3.2.1. Objectif général .....	17
2.3.2.2. Objectifs spécifiques .....	17
3. METHODE .....	18
3.1. Schéma et période d'étude.....	18
3.2. Population d'étude.....	18
3.2.1. Critères d'inclusion .....	18
3.2.2. Critères de non inclusion.....	18
3.2.3. Echantillonnage .....	18
3.2.4. Base de sondage .....	18
3.2.4.1. Premier degré de sondage.....	19
3.2.4.2. Second degré de sondage.....	19
3.2.4.3. Taille de l'échantillon.....	20
3.2.4.4. Mode de tirage.....	21
3.3. Outils de collecte des données.....	22
3.4. Recrutement et formation des enquêteurs .....	22
3.4.1. Coordination générale .....	23
3.4.2. Recrutement et formation .....	23
3.5. Traitement des données .....	23
3.5.1. Codification.....	23
3.5.2. Saisie des données .....	23
3.5.3. Apurement des données.....	23
3.5.4. Analyses des données.....	24
4. RESULTATS .....	25
4.1. Caractéristiques sociodémographiques et conditions de vie .....	25
4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques .....	25
4.1.2. Conditions de vie.....	27
4.1.2.1. Entourage familial et composition du ménage .....	27
4.1.2.2. Profession ou occupation au moment de l'enquête.....	27
4.1.2.3. Activités associatives des jeunes .....	28
4.2. Sources d'information des jeunes sur la sante sexuelle et reproductive.....	30
4.2.1. Principales sources d'information .....	30
4.2.1.1. Information à la télévision.....	30
4.2.1.2. Information à travers la radio .....	32
4.2.1.3. Accès à Internet .....	34
4.2.1.4. La presse écrite .....	36
4.2.2. Types d'information reçue dans les média .....	37
4.2.2.1. Message de sensibilisation perçus à la télévision.....	37
4.2.2.2. Messages de sensibilisation perçus à la radio.....	37
4.2.2.3. Message de sensibilisation à travers la presse écrite .....	38

4.2.2.4.	Message de sensibilisation à travers les associations .....	39
4.3.	Supports sociaux et attitude vis-à-vis des rapports sexuels .....	40
4.3.1.	Composition du réseau social des jeunes .....	40
4.3.1.1.	Nombre d'amis dans le réseau social des jeunes .....	40
4.3.1.2.	Structure par genre et par âge du réseau social des jeunes .....	41
4.3.2.	Influence du réseau social sur les jeunes .....	43
4.3.2.1.	Activités réalisées avec les amis .....	43
4.3.2.2.	Comportement sexuel des amis du réseau social .....	43
4.3.2.3.	Opinion des amis et influence sur la sexualité .....	44
4.3.2.4.	Influence des amis sur les comportements sexuels des jeunes .....	45
4.4.	Connaissances de la sante sexuelle et reproductive .....	46
4.4.1.	Connaissance du cycle menstruel et des grossesses .....	46
4.4.2.	Perception de la contraception .....	47
4.5.	Activité sexuelle .....	49
4.5.1.	Activité sexuelle .....	49
4.5.1.1.	Rapports sexuels non pénétrants .....	49
4.5.1.2.	Initiation des rapports sexuels pénétrants .....	50
4.5.1.3.	Activité sexuelle récente .....	52
4.5.1.4.	Contrainte lors des rapports sexuels .....	53
4.6.	Recours à la contraception .....	56
4.7.	Grossesse et désir de maternité .....	60
4.7.1.	Grossesses antérieures .....	60
4.7.2.	Grossesses en cours .....	61
4.7.3.	Grossesses non désirées .....	61
4.7.4.	Interruption volontaire de grossesse .....	62
4.7.4.1.	Réalisation d'une IVG .....	62
4.7.4.2.	Lieu de réalisation des IVG .....	63
4.7.4.3.	Décision et Motivation de réalisation des IVG .....	64
4.8.	Infection sexuellement transmissible et VIH /SIDA .....	67
4.8.1.	Connaissance des IST et du VIH .....	67
4.8.1.1.	Connaissances générales sur le VIH .....	67
4.8.1.2.	Connaissance des modes de transmission du VIH et des IST .....	68
4.8.1.3.	Connaissance des modes de prévention .....	68
4.8.1.4.	Connaissance approfondie sur le VIH/Sida .....	70
4.8.2.	Perception du risque individuel de contracter le VIH .....	70
4.8.2.1.	Connaissance et vécu du dépistage .....	71
4.8.3.	Connaissance des autres IST et changement de comportement .....	73
4.8.3.1.	Connaissance des autres IST .....	73
4.8.3.2.	Changement de comportement lié à la connaissance des IST .....	74
4.9.	Perception, attitude et utilisation du condom .....	76
4.9.1.	Perception du préservatif .....	76
4.9.2.	Initiative d'utilisation et achat du préservatif .....	77
4.9.2.1.	Initiative d'utilisation du préservatif .....	77
4.9.2.2.	Disposition à acheter un préservatif .....	77
4.9.3.	Utilisation du préservatif chez les jeunes .....	79
4.9.3.1.	Usage et non usage du préservatif .....	79
4.9.3.2.	Raison du non usage du préservatif .....	80
4.9.3.3.	Connaissance et usage du préservatif féminin .....	80
4.10.	Consommation d'alcool et de stupéfiants .....	82
4.10.1.	Consommation d'alcool et de tabac .....	82
4.10.2.	Consommation de produits stupéfiants .....	82
4.11.	Accès aux services de santé .....	84
4.11.1.	Visite des structures sanitaires .....	84
4.11.2.	Barrière à la fréquentation structures sanitaires .....	85
	CONCLUSIONS .....	86
	REFERENCES .....	88
	PRINCIPAUX INDICATEURS CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES .....	89

ANNEXE .....	95
Annexe 1. Méthode d'estimation .....	95
Annexe 2. Notice d'information.....	97
Annexe 3. Fiche de Consentement .....	98

## Liste des Tableaux

Tableau 1. Indicateurs utilisés et taille de l'échantillon .....	20
Tableau 2. Indicateurs utilisés et taille de l'échantillon uniquement dans les régions .....	20
Tableau 3. Répartition des ménages du RGPH4 par région selon le milieu de résidence.....	21
Tableau 4. Taille définitive de l'échantillon.....	21
Tableau 5. Répartition des enquêtés selon le genre (N=1770).....	25
Tableau 6. Répartition des jeunes selon le lieu de résidence au moment de l'enquête (n=1770) .....	27
Tableau 7. Occupation des jeunes au moment de l'enquête en fonction de l'âge, du genre et de l'entourage (N=1770).....	28
Tableau 8. Activité associative auxquelles participent les jeunes selon le genre.....	29
Tableau 9. Répartition des enquêtés selon leur fréquence d'exposition à la télé .....	31
Tableau 10. Répartition des enquêtés selon leur fréquence d'exposition à la radio (N=1237) .....	33
Tableau 11. Accès à internet chez les jeunes (N=1770).....	35
Tableau 12. Composition du réseau social des jeunes selon le genre, la région, le milieu et l'âge.....	40
Tableau 13. Perceptions des jeunes sur l'usage de la contraception .....	48
Tableau 14. Initiation des rapports sexuels chez les jeunes enquêtés (N=1770).....	50
Tableau 15. Age d'initiation du premier rapport sexuel (n=702).....	51
Tableau 16. Activité sexuelle récente des jeunes enquêtés (n=702) .....	53
Tableau 17. Rapport sexuels sous la contrainte parmi les jeunes (N=702).....	54
Tableau 18. Recours à une méthode contraceptive (n=702) .....	57
Tableau 19. Grossesse actuelle chez les adolescentes et jeunes et sexuellement actives (N=402). ....	60
Tableau 20. Grossesse en cours chez les adolescentes et jeunes et sexuellement actives (N=402). ....	61
Tableau 21. Pratique de l'IVG chez les jeunes ayant déjà eu une grossesse.....	63
Tableau 22. Connaissance approfondie sur le VIH chez les adolescents et les jeunes .....	70
Tableau 23. Vécu des jeunes en matière de dépistage du VIH.....	72
Tableau 24. Perception du préservatif chez les jeunes enquêtés selon l'âge au Togo.....	76
Tableau 25. Perception du préservatif chez les jeunes enquêtés selon le genre au Togo.....	76
Tableau 26. Honte d'acheter le préservatif chez les jeunes selon les caractéristiques sociodémographiques .....	78
Tableau 27. Description de l'acquisition et de l'utilisation du préservatif chez les jeunes au Togo.....	79
Tableau 28. Connaissance et utilisation du préservatif féminin chez les jeunes au Togo.....	81
Tableau 29. Consommation de stupéfiants chez les jeunes au Togo.....	83
Tableau 30. Recours aux centres d'écoutes chez les jeunes au Togo .....	84

## Liste des Figures

Figure 1. Répartition des jeunes selon leur exposition aux média audiovisuels .....	30
Figure 2. Principaux programmes Télé suivis par les jeunes .....	32
Figure 3. Emissions écoutées par les jeunes à la radio.....	34
Figure 4. Motifs de connexion à internet chez les jeunes.....	36
Figure 5. Exposition à la presse écrite chez les jeunes.....	36
Figure 6. Exposition aux messages sur la santé de la reproduction à la télévision .....	37
Figure 7. Exposition des jeunes aux messages de santé de la reproduction à la radio .....	38
Figure 8. Messages de sensibilisation sur la santé de la reproduction dans la presse écrite.....	39
Figure 9. Composition du réseau social en fonction du genre.....	41
Figure 10. Structure par âge du réseau social des jeunes selon la région.....	42
Figure 11. Répartition des activités menées par les jeunes avec leurs amis proches .....	43
Figure 12. Opinion des amis sur le choix de l'abstinence sexuelle .....	44
Figure 13. Importance accordée à l'opinion des amis sur le choix de l'abstinence .....	45
Figure 14. Connaissance du moment de l'ovulation par les jeunes enquêtés.....	46
Figure 15. Différentes pratiques sexuelles rapportées par les jeunes .....	49
Figure 16. Raison de l'initiation sexuelle chez les jeunes .....	52
Figure 17. Répartition des jeunes ayant exercé une contrainte pour avoir des rapports sexuels.....	55
Figure 18. Recours à la contraception parmi les jeunes sexuellement actifs.....	56
Figure 19. Méthodes contraceptives utilisées par les jeunes .....	58
Figure 20. Raison d'utilisation des contraceptifs identifiés par les jeunes sexuellement actifs .....	58
Figure 21. Raisons de non usage de la contraception par les jeunes sexuellement actifs .....	59
Figure 22. Souhait de tomber enceinte .....	62
Figure 23. Lieu de réalisation des IVG chez les jeunes.....	64
Figure 24. Personne décidant de la réalisation d'une IVG chez les jeunes au Togo .....	65
Figure 25. Raisons du recourt à l'IVG chez les jeunes selon le genre au Togo .....	66
Figure 26. Raisons du recourt à l'IVG chez les jeunes selon l'âge au Togo.....	66
Figure 27. Connaissance générale et idées reçues sur le VIH .....	67
Figure 28. Connaissance des modes de transmission du VIH et des IST.....	68
Figure 29. Connaissance des modes de prévention des IST et du VIH.....	69
Figure 30. Perception du risque de contracter le VIH avec chaque méthode de prévention .....	69
Figure 31. Perception du risque individuel de contracter le VIH chez les jeunes au Togo.....	71
Figure 32. Raison de refus de faire le dépistage chez les jeunes au Togo.....	73
Figure 33. Autres IST connues par les jeunes au Togo.....	74
Figure 34. Changement de comportements induit par la connaissance du VIH chez les jeunes du Togo .....	75
Figure 35. Perception des jeunes concernant la personne devant prendre l'initiative de l'utilisation du préservatif.....	77
Figure 36. Raison de non usage du préservatif chez les jeunes.....	80
Figure 37. Consommation d'alcool et de tabac chez les jeunes au Togo.....	82

## Liste des principaux indicateurs

Indicateur 1. Sur la sexualité parmi les adolescents et jeunes .....	89
Indicateur 2. Sur l'utilisation du préservatif parmi les adolescents et jeunes sexuellement actifs .....	90
Indicateur 3. Sur l'éducation et le mariage des adolescents et jeunes .....	91
Indicateur 4. Sur le VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes.....	92
Indicateur 5. Sur la grossesse et les IVG parmi les adolescents et jeunes sexuellement actifs .....	93
Indicateur 6. Sur la consommation d'alcool, tabac et de drogues dures.....	94



## Liste des abréviations

<b>CAP</b>	Connaissances, Attitudes et Pratiques
<b>CNLS</b>	Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles
<b>CCC</b>	Communication pour un Changement de Comportement
<b>IEC</b>	Information Education Conseil
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>RGPH4</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>PNLS</b>	Programme National de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>ZD</b>	Zone de Dénombrement
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>TARV</b>	Traitement Anti Rétro Viral
<b>PNDP</b>	Plan National de Développement Stratégique
<b>CEC</b>	Centre d'Ecoute et de Conseils
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse

## RESUME EXECUTIF

### Contexte

La santé sexuelle et reproductive des adolescents est une composante essentielle dans les problèmes de santé au niveau mondial, puisqu'elle conditionne la santé des futurs adultes et enfants à naître. Cette enquête nationale a permis de par sa méthodologie d'approcher la représentativité de la population des 10-24 ans, cibles privilégiées des actions de prévention au niveau mondial.

### Objectif

L'objectif général était de décrire les connaissances, attitudes, perceptions et comportements des adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans en matière de VIH et de santé de la reproduction au Togo en 2014, ainsi que les facteurs favorisant l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque.

### Méthode

Une étude transversale descriptive a été réalisée dans la population générale au Togo et ciblait principalement les jeunes et les adolescents âgés de 10 à 24 ans dans les ménages en 2014. Elle s'est déroulée du 01 juillet 2014 au 30 août 2014. La population d'étude était constituée de jeunes et d'adolescents issus de la population générale, âgés de 10 à 24 ans et représentant le ménage dans lequel ils résident habituellement. Au total, 1600 ménages ont été sélectionnés, dont 500 dans Lomé commune, 800 pour la région maritime et 300 pour la région des savanes. Un questionnaire standardisé comprenant les items ci-dessous a été administré à chaque jeune remplissant les critères d'inclusion au sein d'un ménage : i) caractéristiques sociodémographiques ii) connaissance du VIH et des autres IST : moyens de prévention, moyens de transmission, et traitement : canaux, sources d'information et mode d'organisation, iii) support sociaux et attitudes vis-à-vis des rapports sexuel, iv) connaissance en matière de santé de la reproduction et influence sociale, v) activité sexuelle, contraception et grossesse, vi) infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA, vii) perception, attitude et utilisation du condom, viii) consommation d'alcool, de tabac, de drogue, ix) fréquentation des structures sanitaires et des centres d'écoute et de conseils (CEC).

### Résultats

- **Caractéristiques sociodémographiques**

La population d'étude était composée de 1770 adolescents dont 794 garçons (44,9%) et 976 filles (55,1%). Ils se répartissaient en trois principales tranches d'âge, les 10-14 ans (32,8%), les 15-19 (38,4%) et les 20-24 ans (28,8%). Parmi les jeunes enrôlés, 1114 (62,9%) vivaient en milieu urbain, 684 (38,6%) venaient de la région Maritime, 672 (38,0%) de Lomé-Commune et 414 (23,4%) de la région Savane.

- **Accès aux informations**

Dans cette étude, 92,9% des adolescents ont rapporté une exposition fréquente aux média audiovisuels, principalement la télévision 79,1%, la radio 77,5% et internet 28,9%. Leurs programmes préférés étaient i) Pour la télé, les feuilletons et séries télévisées suivis des émissions de variétés musicales ; ii) Pour la radio, les émissions de variétés musicales suivies du journal parlé. Les messages de sensibilisation à la télé portaient sur le VIH/Sida (48,4%), les IST en général (42,5%), l'usage du préservatif pour prévenir ces maladies (43,8%) et enfin la pratique de l'abstinence ou le report du début de la sexualité (39,8%).

- **Connaissance sur la santé sexuelle et reproductive**

Parmi les 976 jeunes filles enquêtées, 41,7% avaient déjà leurs menstrues et situaient l'âge médian des premières règles à 14 ans [10-18 ans]. La plupart des jeunes (59,2%) connaissaient au moins une méthode de contraception et se renseignaient sur la contraception auprès de leurs parents (45,5%), de leurs enseignants (44,9%) et de leurs amis (20,1%). Contrairement au préservatif, la pilule était mal connue et perçue négativement par les jeunes qui considéraient qu'elle est dangereuse (31,9%) et qu'elle rend stérile (35,9%).

- **Pratique de la sexualité**

Concernant les rapports sexuels pénétrants, 39,9% des jeunes déclaraient être déjà sexuellement actifs, sans distinction de genre. L'âge médian du premier rapport sexuel était de 12 ans avec des extrêmes entre 9 et 24 ans. Des 702 jeunes sexuellement actifs, 46,2% rapportaient avoir eu une activité sexuelle au cours des 30 derniers jours. Au cours des 12 derniers mois les adolescents sexuellement actifs rapportaient en médiane 3 rapports sexuels [1-8] et un seul partenaire sexuel [1-2]. Le comportement sexuel des jeunes n'était influencé ni par la religion, ni par le milieu ni par la ville.

- **Utilisation de méthode contraceptive**

Parmi les 702 jeunes sexuellement actifs, 57% avaient déjà eu recours à une méthode contraceptive, avec presque autant de garçons (58,2%) que de filles (56,1%). La méthode contraceptive que les jeunes avaient le plus utilisée était le préservatif masculin (75,1%), suivi des contraceptifs oraux (4,3%) et injectables (8,8%), sans distinction de genre ni d'âge.

- **Grossesse chez les jeunes adolescents**

Parmi les 702 jeunes filles et garçons sexuellement actifs, 260 (47,6%) avaient déjà été enceintes ou auteurs d'une grossesse, surtout les 15-19 ans (40,8%), suivis des 10-14 ans (34,2%). Il n'y avait pas de différence significative selon l'âge, le genre ou la région de résidence. D'autre part, 49 jeunes des deux sexes déclaraient être enceintes ou auteurs d'une grossesse en cours au moment de l'enquête. Parmi les 260 jeunes des deux sexes déclarant avoir déjà eu une grossesse ou avoir été auteur d'une grossesse, 101 (30,0%) seulement déclaraient avoir souhaité cette grossesse à ce moment-là. Il n'y avait pas de différence entre les garçons et les filles concernant le désir de la première grossesse.

- **Pratique d'une IVG**

Dans cette étude, 42 (15,5%) des 255 jeunes garçons et filles ayant déjà été enceintes ou auteurs de grossesses ont déclaré avoir déjà pratiqué ou encouragé leur partenaire à réaliser une interruption volontaire de grossesse. En médiane, les jeunes avaient pratiqué ou encouragé une seule IVG [1-2]. Les IVG étaient principalement réalisées dans les centres de santé (60,0%) ou à domicile (33,2%), tandis que 4,0% se déroulaient chez des tradipraticiens. Par ailleurs, les principales raisons pour lesquelles les jeunes filles décidaient de recourir à une IVG étaient la peur d'être renvoyée de l'école (100%), le désistement du partenaire (66,7%) et la peur d'assumer un enfant (61,1%).

- **Connaissances sur le VIH/SIDA**

Plus de 60% des jeunes savaient que le VIH peut s'attraper dès le premier rapport sexuel, 71% l'identifiaient comme une maladie chronique, tandis que 19% des jeunes continuaient de croire que le VIH se voit à l'apparence de l'individu. Seuls 69,2% des jeunes identifiaient les rapports sexuels comme mode de transmission du VIH, suivi de l'usage d'objets souillés (50%), des transfusions sanguines et de la transmission mère enfant (< 20%). Les méthodes de prévention des IST et du VIH étaient plutôt bien connues des jeunes, principalement l'usage du préservatif (79,3%) et l'abstinence (68,2%). La fidélité n'était identifiée que par 10% des jeunes comme méthode de prévention du VIH.

- **Dépistage du VIH**

Parmi les jeunes enquêtés, 72,8% connaissaient l'intérêt d'un test de dépistage du VIH, seuls 31,3% en avaient déjà fait un, principalement à Lomé commune. Il n'y avait pas de différence entre les tranches d'âge ni entre les genres concernant la réalisation d'un test de dépistage.

- **Connaissance des autres IST**

Dans la population des jeunes enquêtés, plus de la moitié (56,0%) sans distinction de genre ni d'âge, déclaraient connaître d'autres IST en dehors du VIH. Il s'agissait principalement de la gonococcie (79,5%), de la syphilis (53,9%) et de l'hépatite virale (14,0%).

- **Accessibilité et utilisation du préservatif**

Environ 54% des jeunes enquêtés déclaraient savoir où se procurer des préservatifs, pourtant seuls 31,1% rapportaient en avoir déjà utilisé. Près de la moitié des jeunes avaient honte d'acheter un préservatif, surtout en présence d'une personne de leur entourage proche (44,9%) ou encore d'une personne habitant le même quartier (38,5%).

- **Rapport sexuel sans préservatifs**

Parmi les 702 jeunes filles et garçons sexuellement actifs, 399 (56,8%) rapportaient avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés au cours de leur vie, la principale raison invoquée étant la confiance en leur partenaire (41,6%), la fidélité au sein du couple (17,3%) et la réduction du plaisir (6,5%).

- **Consommation de tabac et d'alcool**

Parmi les 1770 jeunes enquêtés, 62,3% rapportaient consommer de l'alcool sous forme de bière ou de vin, sans distinction de genre ou d'âge et 345 (30,9%) de ceux-ci en consommaient au moins une fois par semaine. Pour ce qui est des liqueurs, environ un tiers des jeunes enquêtés (n=662) en consommaient et 16,7% d'entre eux en consommaient chaque semaine.

La cigarette quant à elle n'était consommée que par 3,2% des jeunes enquêtés, même si 15,5% de ceux qui en consommaient le faisaient au moins une fois par semaine.

- **Consommation de stupéfiants**

Les produits stupéfiants semblaient très peu consommés au Togo, puisque moins de 0,5% des adolescents et jeunes rapportaient avoir déjà consommé de la drogue. Les principaux produits rapportés étaient le cannabis (0,4%), la cocaïne (0,3%) et la colle ou diluant (0,2%).

- **Accès au service de santé**

Parmi les 1770 jeunes enrôlés, 14,6% déclaraient avoir visité un centre de santé au cours des six derniers mois. Les principales raisons pour lesquelles les jeunes s'étaient rendus dans un centre de santé au cours des six derniers mois étaient le traitement du paludisme (36,0%) et la visite médicale scolaire annuelle (22,7%). Seulement 2,2% des jeunes s'y étaient rendus pour obtenir une offre de contraception et moins d'1% étaient venus se faire traiter pour des IST.

# 1. INTRODUCTION

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) reste un problème majeur de santé publique dans la plupart des pays africains au Sud du Sahara (1, 2). De nombreuses avancées ont été enregistrées ces 20 dernières années en matière de diagnostic, d'accès au Traitement Anti Rétro Viral (TARV) et de suivi des patients infectés (1, 2). Outre la prise en charge, des efforts considérables ont également été consentis en matière de prévention, notamment à travers des campagnes de sensibilisations de masse et des actions ciblant des groupes spécifiques. Aujourd'hui on observe globalement une tendance à la baisse de tous les indicateurs de gravité de la pandémie du SIDA, notamment une réduction globale du nombre de personnes n'ayant pas accès à la prise en charge et une réduction du nombre de nouvelles infections. Il reste toutefois nécessaire de lutter efficacement contre les autres IST(3).

Au Togo où la prévalence du VIH est estimée à 3,2%(4), les autorités ont intensifié la prévention à travers de nombreuses actions de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement (CCC) visant à réduire les nouvelles contaminations(4). Ces actions de sensibilisation ciblaient notamment les professionnels du sexe, les hommes en tenue, les transporteurs professionnels et les usagers de drogues injectables qui sont des populations particulièrement vulnérables. Des actions plus spécifiques ciblaient également les adolescents et les jeunes entre 15 et 24 ans qui constituent à eux seuls environ 20% de la population et dont l'état de santé est au centre des préoccupations des autorités(3).

En effet, la politique nationale de lutte contre le SIDA au Togo ambitionne d'avoir une génération sans Sida à l'horizon 2020, pour ce faire elle a placé les jeunes au centre des nouvelles orientations contenues dans le plan stratégique national 2012-2015 (PNDS Togo) (5). Etant donné que les jeunes ont plus de chances d'éviter les comportements à risque lorsqu'ils sont bien informés, éduqués et accompagnés, les efforts se sont concentrés sur l'éducation et l'accompagnement. Ainsi, de nombreuses actions de sensibilisation ont été menées à l'endroit des jeunes, notamment contre les infections sexuellement transmissibles (IST) au rang desquelles le VIH/SIDA et les infections à Chlamydia et mycoplasme, mais aussi contre les autres problèmes de santé de la reproduction tels que les grossesses précoces, les avortements clandestins et les violences sexuelles.

L'impact de ces interventions doit encore être évalué, notamment la pénétration et la compréhension des messages de sensibilisation parmi les adolescents et les jeunes, ainsi que les modifications de comportement et de pratiques sexuelles qui en résultent.

## **2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

### **2.1. Contexte**

#### **2.1.1. Contexte sociodémographique**

Le Togo est un pays d'Afrique subsaharienne couvrant une superficie de 56 600 Km<sup>2</sup> répartie en six régions sanitaires et 36 préfectures. D'après le dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2010, le Togo compte 6 191 155 habitants dont 51,4% de femmes. La population Togolaise vit principalement en zone rurale (62,6%) et est très jeune (60% de moins de 25 ans et 19% de 15-24 ans) (6). Cette jeunesse constitue sa plus grande richesse puisque les jeunes sont l'avenir de la nation et un vivier important de créateurs de richesse pour le pays. C'est pourquoi ils sont au centre de toutes les attentions des autorités qui, en plus de l'éducation, se préoccupent de l'état de santé de cette population, notamment les 15-24 ans qui sont les plus sexuellement actifs et de ce fait les plus exposés aux infections sexuellement transmissibles au rang desquelles le VIH/SIDA(3).

##### **2.1.1.1. Comportements sexuels et IST**

Au Togo, le dernier rapport 2012 du PNLS estimait la prévalence du VIH à 3,4% au sein de la population générale, avec une nette prédominance féminine(4). La dernière estimation de l'ONUSIDA de 2013 sur les données de 2012 rapporte une prévalence de 2,9%<sup>1</sup>. Après les groupes vulnérables (Professionnels du sexe, Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et usagers de drogues injectables) (7-9) qui avaient des prévalences deux à trois fois supérieures à la prévalence nationale, les jeunes de 15 à 24 ans étaient les plus touchés avec une prévalence moyenne de 1,5%, allant jusqu'à 2,4% chez les jeunes filles. En plus du VIH, les autres IST sont particulièrement présentes chez les jeunes de 15 à 24 ans (écoulement génital, prurit génital, condylomes) avec une prévalence estimée à 12% tout sexe confondu et 29% chez les jeunes filles de 15 à 24 ans (Rapport FNUAP Togo 2012) (10). Ces chiffres élevés sont en partie liés aux comportements à risque observés chez les jeunes au Togo. En effet, on a noté une fréquence élevée des rapports sexuels précoces et non protégés chez environ 43,7% des 15-24 ans et seuls 13,5% d'entre eux avaient réalisé un test de dépistage du VIH les 12 derniers mois, tandis que 70% déclaraient connaître au moins un centre de dépistage anonyme et volontaire (10).

---

<sup>1</sup> Source: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic - 2013

### 2.1.1.2. Santé de la reproduction chez les jeunes

En matière de santé de la reproduction, une étude réalisée par Ekouevi auprès de 1867 élèves des régions Maritime et Centrale au Togo, rapportait un âge médian de 17 ans lors du premier rapport sexuel chez des jeunes filles scolarisées dont 72% étaient déjà sexuellement actives(11). Plus récemment, dans une étude du FNUAP-Togo réalisée en 2012, plus de 10% des jeunes de 15 à 24 ans déclaraient avoir initié la sexualité avant l'âge de 15 ans, 19,2% de ces jeunes filles rapportaient avoir eu un contact sexuel avec un partenaire plus âgé d'au moins 10 ans au cours des 12 derniers mois(10). Le même rapport signalait une fréquence élevée des mariages précoces au Togo (38,6% et 19,5% en milieu rural et urbain respectivement) (10).

D'autre part, les grossesses précoces restent très élevées au Togo, même si elles sont passées de 31,3% en 1997 (12, 13) à 17,3% en 2012 (10). Elles seraient dues en partie à la difficulté d'accès aux services de planification familiale et à la méconnaissance des méthodes contraceptives. En conséquence, 87,5% de ces grossesses précoces se sont terminées par des avortements provoqués clandestins, 6,9% par des avortements spontanés et seulement 5,6% de ces grossesses se sont soldées par un accouchement normal (11, 13).

### 2.1.1.3. Mesures et actions du système de santé Togolais

En réponse à cette situation de plus en plus alarmante, les autorités Togolaises ont mis en œuvre une riposte énergique se traduisant sur le plan politique par l'adoption d'un **plan stratégique national de lutte contre le sida et les IST (2012-2015)**, dont l'une des priorités est de renforcer la prévention chez les jeunes en milieu scolaire, et non scolarisé.

Pour le milieu scolaire, l'enseignement du VIH/Sida et des IST a été institué par :

- **Arrêté N°107/MEPSA/CAB/SG du 13 août 2009** pour les établissements du primaire et du secondaire général
- **Arrêté N°2010/METFP/CAB/SG du 10 mai 2010** pour les établissements de l'enseignement technique et de la Formation Professionnelle.

Ainsi, l'enseignement du VIH et du sida a été intégré dans 343 établissements des enseignements général et technique, soit une couverture nationale de 22,5 %.

Pour ce qui est des **jeunes extrascolaires**, 24 centres conviviaux de jeunes ont été créés à Lomé et dans les autres villes, 11 Centres d'Initiative Professionnelle dans les zones urbaines et périurbaines et 4 Centres Ruraux d'Activités Socioéducatives dans les zones rurales. Ces centres offrent des séances d'écoutes et de conseils en matière de sida, de sexualité et de la santé de la reproduction.

## **2.2. Justification**

### **2.2.1. Importance de la sensibilisation et de l'éducation**

Toutes les mesures et actions prises par l'état togolais avec l'appui des partenaires au développement devraient permettre d'améliorer le degré de consciences sanitaires des jeunes de 15 à 24 ans notamment en leur inculquant une meilleure connaissance des IST/Sida et des méthodes de prévention, en favorisant l'adoption de meilleures attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction. Tout ceci à terme devrait conduire à l'adoption de comportements sexuels à moindre risque et par conséquent à la réduction du nombre de nouvelles infections sexuellement transmissibles.

### **2.2.2. Nécessité d'évaluer**

Des précédentes évaluations conduites auprès des jeunes et des adolescents ont montré que le niveau de connaissances des 15 à 24 ans sur le VIH et les IST est passé de 54,6 % en 2005 à 43 % en 2010. De même, l'utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels occasionnels a également chuté, passant de 74 % en 2008 à 49 % en 2010, et à peine 30% des jeunes de 15 à 24 ans avaient fait le test de dépistage du VIH et connaissaient leur statut. Cette situation très alarmante a amené les autorités à définir de nouvelles orientations et à adopter de nouvelles approches dont entre autre l'introduction de la formation sur le VIH et sida dans les établissements professionnels en 2010. L'impact de toutes ces actions doit encore être évalué en vue d'une intensification nécessitant plus de moyen, ou d'un changement de cap vers des approches novatrices ou encore l'adoption de mesures correctrices. De tout ceci naît le présent projet d'étude visant à conduire une enquête type CAP (Connaissance, attitude, comportement et pratiques) des jeunes de 15-24 ans en matière de sexualité et de santé de la reproduction.

## **2.3. But et Objectifs**

### **2.3.1. But**

Le but de cette étude était d'évaluer l'impact des mesures prises pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes de 15 à 24 ans au Togo depuis 2010, ce qui permettrait de proposer des actions correctives à mener, avec une cartographie des zones d'intervention prioritaires.



## 2.3.2. Objectifs

### 2.3.2.1. Objectif général

L'objectif général de cette étude était de décrire les connaissances, attitudes, perceptions et comportements des adolescents et des jeunes de 15 à 24 ans en matière de VIH et de santé de la reproduction au Togo en 2014, ainsi que les facteurs favorisant l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque.

### 2.3.2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les connaissances et attitudes des jeunes en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles, notamment du VIH/Sida.
- Décrire les connaissances et attitudes des jeunes en matière de sexualité et de prévention des grossesses non désirées.
- Décrire les comportements sexuels et les pratiques sexuelles des jeunes susceptibles d'impacter leur santé sexuelle et reproductive.
- Identifier l'influence des supports sociaux sur le comportement sexuel des filles et des garçons de 15 à 24 ans et les relations interpersonnelles dans le cadre desquelles est défini le comportement sexuel.
- Décrire la perception qu'ont les jeunes et les adolescents du risque encouru pour leur santé sexuelle et reproductive selon les pratiques et comportements sexuels.
- Décrire les facteurs associés à des comportements et pratiques sexuels à moindre risque chez les jeunes et les adolescents.

## 3. METHODE

### 3.1.Schéma et période d'étude

Une étude transversale descriptive a été réalisée dans la population générale au Togo et ciblait principalement les jeunes et les adolescents âgés de 10 à 24 ans dans les ménages en 2014. Elle s'est déroulée sur deux mois, du 01 juillet 2014 au 30 août 2014, période au cours de laquelle, les adolescentes étaient en vacances scolaires et par conséquent plus facilement accessibles.

### 3.2.Population d'étude

La population cible du projet était constituée de jeunes adolescents de 10 à 24 ans vivant dans les trois régions sanitaires du Togo (Lomé Commune, Maritimes et des Savanes).

#### 3.2.1. Critères d'inclusion

La population d'étude était constituée de jeunes et d'adolescents, issus de la population générale et représentant le ménage<sup>2</sup> dans lequel ils résident habituellement. Ils devaient remplir les critères d'inclusion suivants :

- Etre âgé de 10 à 24 ans
- Vivre habituellement dans le ménage sélectionné

#### 3.2.2. Critères de non inclusion

Le critère de non sélection était le refus de participation du sujet sélectionné ou du tuteur légal pour les mineurs.

#### 3.2.3. Echantillonnage

Cette section est consacrée à la détermination de la taille de l'échantillon, à la définition de l'unité de sondage et au tirage de l'échantillon. L'enquête CAP (connaissance, attitudes et pratiques en matière de VIH, de santé sexuelle et de la reproduction chez les jeunes de 10-24 ans au Togo a été réalisée sur la base d'un sondage probabiliste. Cette approche offrait la possibilité d'avoir des résultats représentatifs au niveau de chaque région, permettant ainsi d'avoir tous les indicateurs de précision d'une enquête probabiliste (erreur de sondage, coefficient de variation, intervalle de confiance, etc.).

#### 3.2.4. Base de sondage

La base de sondage au premier degré était constituée des zones de dénombrement (ZD) issues des résultats définitifs du 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat de novembre 2010 (RGPH4). Avec cette base, a été tiré un échantillon de ZD au premier degré. La constitution de

---

<sup>2</sup> Le ménage ordinaire est un ensemble de personnes apparentées ou non, partageant les mêmes repas, reconnaissant l'autorité d'un même individu appelé « Chef de Ménage » et dont les **ressources** ou les **dépenses** sont généralement communes. Elles habitent le plus souvent sous **le même toit**, dans la même cour ou la même concession.

l'échantillon de cette enquête reposait sur un sondage à deux degrés avec une stratification des unités primaires au premier degré.

#### 3.2.4.1. Premier degré de sondage

Le premier degré de sondage consistait à tirer au sort de façon stratifiée **les unités primaires qui étaient ici les zones de dénombrement (ZD) dans les régions d'étude.**

##### ➤ Subdivision de la région de l'étude

Le territoire administratif du Togo est subdivisé en cinq régions, mais pour les besoins de l'étude, la commune de Lomé a été considérée comme une région, portant ainsi à six le nombre total de région pour cette étude. Les régions sont composées de districts sanitaires (correspondant aux délimitations des préfectures) et la commune de Lomé est subdivisée en 5 arrondissements équivalant chacun à un district sanitaire. La commune de Lomé est uniquement urbaine, mais les autres régions sont stratifiées en milieu urbain et rural. Par ailleurs, les périphéries de la commune de Lomé sont rattachées au milieu urbain de la région Maritime. Cette étude visait principalement la région Maritime, celle des Savanes. Prenant en compte les réalités administratives et les besoins de l'étude, le territoire national a été divisé en trois domaines d'études (Maritime, Savanes et Lomé commune).

##### ➤ Strates de l'étude

Une fois la zone d'étude identifiée, le sondage au premier degré a été stratifié à partir des six régions pour former des strates homogènes selon l'habitat qui peut être urbain, rural ou autre.

- Deux régions (Maritime et Savanes) ont été subdivisées en urbain et rural.
- La région de Lomé Commune.

Ainsi la zone d'étude a été découpée en 05 strates constituant le second niveau hiérarchique du sondage de premier degré.

##### ➤ Zones de dénombrement

Chaque strate était formée des Zones de Dénombrement (ZD), qui étaient issues des résultats définitifs du RGPH4 (2010), c'est le troisième niveau hiérarchique dans la base de sondage, constituant les **unités primaires de l'échantillonnage**. Elles étaient des unités aréolaires distinctes, et non vides. Elles avaient une taille de population qui variait selon le milieu de résidence (urbain, rural). D'après leur structure, les ZD urbaines avaient une taille de population comprise entre 800 et 1200, et les ZD rurales avaient un effectif de population variant entre 600 et 800.

#### 3.2.4.2. Second degré de sondage

La base de sondage au second degré était constituée des ménages habitants les ZD échantillonnées au premier degré. En effet, la base de sondage au premier degré était composée de l'ensemble des ZD sélectionnées, avec leurs caractéristiques. Au second degré, nous avons utilisé la méthode des pas, couplée avec le sondage aléatoire simple, pour repérer les ménages à enquêter. L'avantage de cette méthode a été d'éviter une opération d'énumération et de cartographie des ménages (opération très coûteuse financièrement et prenant beaucoup de temps avant l'enquête proprement dite).

### 3.2.4.3. Taille de l'échantillon

La taille minimum  $n$  des ménages dans chaque strate, qui assure un niveau de précision  $d$ , a été déterminée par la formule suivante :

$$n = \frac{t_{\alpha}^2 p(1-p) deff}{d^2 \bar{n} r} (1 + a)$$

- Où  $t_{\alpha}$  est le quantile d'ordre  $1-\alpha$  avec le niveau de confiance que l'on se fixe. En général, l'on prend ce niveau égal à 5% ce qui correspond à 1,96 pour la valeur de  $t_{\alpha}$  ;
- $p$  est la proportion de l'indicateur que l'on cherche à mesurer au sein de la population. En l'absence de données sur cet indicateur, l'on prend 50% pour la valeur de  $p$  qui maximise la taille de l'échantillon ;
- $deff$  est le design effect ou l'effet lié à la stratification. Il est en général fixé à 1,5 ;
- $a$  est le taux de non réponses anticipées. Dans les enquêtes récentes auprès des ménages, sa valeur tourne autour de 8% ;
- $d$  est la précision que l'on se fixe afin d'atteindre l'objectif qui est d'obtenir une idée des connaissances, aptitudes et pratiques de la population togolaise en matière d'IST/VIH, dans le but d'ajuster les activités de lutte contre ce fléau dans le pays. On le fixe ici à 7,5% ;
- $\bar{n}$  est la taille moyenne des ménages dans la strate considérée. Elle est donnée par les résultats définitifs du RGPH4 de Novembre 2010 et varie donc d'une strate à une autre ;
- $r$  est la proportion de la population cible. Dans ce cas, la population cible est celle âgée de 15-24 ans. Egalement donnée par les résultats définitifs du RGPH4 de Novembre 2010.

**Tableau 1. Indicateurs utilisés et taille de l'échantillon**

Région	$ta$	$P$	$deff$	$a$	$d$	$r$	$n$	Nbre de ZD	
Lomé-commune	1,96	0,5	1,1	0,05	0,06	3,9	21,70%	261	17
Maritime	1,96	0,5	1,2	0,05	0,05	4,4	18,97%	406	27
Atakpamé	1,96	0,5	1,1	0,05	0,07	3,8	25,39%	219	15
Kpalimé	1,96	0,5	1,1	0,05	0,07	3,9	23,25%	204	14
Sokodé	1,96	0,5	1,1	0,05	0,08	5,2	23,88%	215	14
Kara	1,96	0,5	1,1	0,05	0,07	3,8	27,28%	232	15
Savanes	1,96	0,5	1,2	0,05	0,06	6,8	16,71%	383	26
<b>Total</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1919</b>	<b>128</b>

**Tableau 2. Indicateurs utilisés et taille de l'échantillon uniquement dans les régions**

Région	$ta$	$p$	$deff$	$a$	$d$	$\bar{n}$	$r$	$n$
Maritime	2	0,5	1,5	0,1	0,05	4,4	18,97%	553
Savanes	2	0,5	1,5	0,05	0,06	6,8	16,71%	465
<b>Total</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1065</b>

**Tableau 3. Répartition des ménages du RGPH4 par région selon le milieu de résidence**

Région	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Maritime	184844	213637	398481	46,4	53,6	100,0
Savanes	23102	98426	121528	19,0	81,0	100,0
<b>Total</b>	<b>207946</b>	<b>312063</b>	<b>520009</b>	<b>40,0</b>	<b>60,0</b>	<b>100,0</b>

Source : Calculs sur la base des résultats définitifs du 4<sup>ième</sup> RGPH.

Dans ce tableau, l'on a fixé une taille constante de 15 ménages à enquêter par ZD afin de déterminer le nombre de cluster par strate. La taille définitive de l'échantillon est dans le tableau ci-dessous.

Pour les raisons de l'étude, la région Maritime a été sur échantillonnée à 600 ménages au total compte tenu du fait que cette région couvrait quatre districts contrairement à celle des Savanes qui couvrait seulement trois. La taille définitive de l'échantillon par région et par milieu de résidence est consignée dans le tableau ci-dessous suivant le poids de chaque milieu en termes de ménage.

**Tableau 4. Taille définitive de l'échantillon**

Région	<i>n</i>	<i>Nbre de men/ZD</i>	<i>Nbre de ZD</i>	Urbain	Rural	Total
Maritime	600	15	40	19	21	40
Savanes	465	15	31	6	25	31
<b>Total</b>	<b>1065</b>	-	<b>71</b>	<b>28</b>	<b>43</b>	<b>71</b>

Source : Calculs sur la base des résultats définitifs du 4<sup>ième</sup> RGPH.

#### 3.2.4.4. Mode de tirage

Au premier degré, le tirage de ZD a été fait dans chaque strate. Elles ont été tirées suivant le mode de tirage systématique avec probabilités proportionnelles à leur taille. La probabilité d'inclusion d'une ZD était proportionnelle à sa taille, la variable taille est ici l'effectif total des ménages de la ZD. Ainsi, au premier degré, un échantillon de 141 ZD ou unités primaires a été tiré avec des probabilités proportionnelles à la taille des ZD.

Au second degré, les unités secondaires (les ménages) ont été repérées dans chaque ZD selon la méthode des pas qui a été couplée avec un sondage aléatoire simple sans remise. Le pas ici était le rapport entre le nombre de ménages total de la ZD tirée et le chiffre 15 qui était le nombre de ménages à enquêter dans chaque ZD. Un nombre aléatoire a été donné dans chaque ZD et constituait le numéro du premier ménage de la ZD enquêtée. Le numéro des autres ménages enquêtés était déterminé à chaque fois en ajoutant le pas au numéro précédent. On a donné une direction de parcourt de la ZD par l'agent enquêteur afin de repérer les ménages qu'il avait à enquêter et l'on s'est assuré sur le terrain que l'agent enquêteur respectait bien cette consigne de peur qu'il forme un point d'accumulation des ménages enquêtés (problème de représentativité spatiale de l'échantillon).

Les ménages énumérés dans une ZD échantillonnée constituaient la base de sondage des unités secondaires pour cette ZD.

Au total, l'échantillon du deuxième degré était constitué de 1600 ménages dont 500 pour Lomé commune, 800 pour la région maritime et 300 pour la région des Savanes

### **3.3. Outils de collecte des données**

Les données ont été collectées au moyen de :

- Fiche de dénombrement des ménages,
- Fiche de ménage,
- Questionnaire individuel.

La fiche de dénombrement des ménages a permis de procéder à l'inventaire des concessions, des ménages et des chefs de ménage. Cette fiche a été utilisée comme support de tirage au deuxième degré des ménages enquêtés. La fiche de ménage a servi à enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques, telles que le sexe, l'âge et le statut de résidence, mais aussi une mention indiquant si le membre enregistré était éligible ou non au questionnaire individuel.

Un questionnaire standardisé comprenant les items ci-dessous a été administré à chaque personne identifié dans un ménage (Annexe 2). Le questionnaire comprenait 9 sections intitulées comme suit

- Caractéristiques sociodémographiques
- Connaissance du VIH et des autres IST : moyens de prévention, moyens de transmission, et traitement : canaux, sources d'information et mode d'organisation
- Support sociaux et attitudes vis-à-vis des rapports sexuels
- Connaissance en matière de santé de la reproduction et influence sociale
- Activité sexuelle, contraception et grossesse
- Infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA
- Perception, attitude vis-à-vis du condom et utilisation
- Comportements en matière d'alcool, de tabac, de drogue
- Fréquentation des structures sanitaires et des centres d'écoute et de conseils (CEC)

### **3.4. Recrutement et formation des enquêteurs**

Les investigateurs ont séjourné sur les sites d'étude durant tout le temps de la collecte des données. Les enquêteurs ont été recrutés par le CARESP. Les instructions ont été données par l'équipe technique afin que parmi les agents de collecte, il y ait autant de filles que de garçons. Les directions départementales de la santé ont été contactées pour mettre à disposition des contrôleurs. La formation des contrôleurs et des enquêteurs a duré trois jours : 2 jours de formation théorique sur la prise en main du questionnaire et la méthodologie de réalisation des entretiens, puis un jour de formation pratique sur le terrain visant

à identifier les zones à couvrir et les ménages ainsi que les techniques à mettre en œuvre en cas de situation particulière.

#### **3.4.1. Coordination générale**

Le centre coordonnateur a veillé à ce que tous les éléments figurant dans le protocole soient respectés. Pour garantir la qualité de l'enquête, les enquêteurs étaient toujours supervisés sur tous les lieux de l'enquête par un responsable de projet qui vérifiait chaque soir la complétude des données et les données aberrantes. Tout a été mis en œuvre pour obtenir des données fiables en terme de formation et de contrôles des données (manuel et apurement des données).

#### **3.4.2. Recrutement et formation**

Le recrutement des enquêteurs a fait l'objet d'une sélection minutieuse prenant en compte la capacité à parler le dialecte local, à remplir les fiches et à contrôler efficacement les données.

Un nombre limité de ménage enquêté par jour a été proposé dans les manuels de procédure après la phase de pré-enquête. Pour minimiser les erreurs de saisie, une double saisie a été réalisée par des opérateurs de saisie expérimentés et formés sur une période d'au moins trois jours.

### **3.5. Traitement des données**

A l'issue de la collecte des données, tous les questionnaires ont été transmis au centre de saisie du Cabinet CARESP à Lomé en vue de leur exploitation. Celle-ci comprenait la codification, la saisie des données et l'apurement des fichiers.

#### **3.5.1. Codification**

La codification a été faite principalement par huit agents de codification recrutés et formés par l'équipe technique.

#### **3.5.2. Saisie des données**

Les données ont été saisies dans une base de données Epidata et exportées dans STATA version 9.0 pour l'analyse. Les données saisies dans Epidata ont été sauvegardées au moins une fois par jour sur au moins deux disques durs externes. Les erreurs de saisie de données ont été identifiées en comparant les données recueillies sur les dossiers cliniques dans la base de données. Un listing d'erreurs a été généré automatiquement afin d'améliorer la complétude des données.

#### **3.5.3. Apurement des données**

Les fichiers de données ont été récupérés sur les postes et fusionnés pour constituer un fichier unique qui a été apuré. L'apurement du fichier s'est fait avec le logiciel Stata version 9.0. Les tests de cohérence entre différentes variables ont permis de disposer d'une base de données de bonne qualité.

#### **3.5.4. Analyses des données**

Les résultats ont été présentés sous forme de proportion. La comparaison des variables qualitatives s'est faite avec les tests de chi-2 ou le test exact de Fisher et la comparaison des moyennes ou médiane avec les tests de t de Student ou l'analyse de variance ou des tests non paramétriques de Kruskal Wallis ou de Wilcoxon. Des analyses de régression logistique uni varié et multi variée ont été réalisées pour étudier la relation entre la variable dépendante (bonne connaissance des IST/VIH) et les variables explicatives (âge, niveau scolaire, localisation, participation à des actions de sensibilisation) afin d'étudier les déterminants sur la connaissance du VIH. Dans ce modèle, la variable centre ou région a été systématiquement introduite comme une variable forcée. Un score de bonne connaissance des IST/VIH a été établi et nous avons étudié avec un modèle multinomiale la relation entre la connaissance sur le VIH et les variables explicatives. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA version 9.0.



## 4. RESULTATS

### 4.1. Caractéristiques sociodémographiques et conditions de vie

#### 4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau 5. Répartition des enquêtés selon le genre (N=1770)**

	Masculin (n=794)		Féminin (n=976)		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Age</b>							
10-14	269	(33,9)	311	(31,9)	580	(32,8)	0,429
15-19	308	(38,8)	372	(38,1)	680	(38,4)	
20-24	217	(27,3)	293	(30)	510	(28,8)	
<b>Région</b>							
Lomé Commune	321	(40,4)	351	(36)	672	(38)	0,031
Maritime	309	(38,9)	375	(38,4)	684	(38,6)	
Savane	164	(20,7)	250	(25,6)	414	(23,4)	
<b>Milieu</b>							
Urbain	510	(64,2)	604	(61,9)	1114	(62,9)	0,309
Rural	284	(35,8)	372	(38,1)	656	(37,1)	
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun niveau & Primaire	301	(37,9)	547	(56)	848	(47,9)	<0,0001
Secondaire	403	(50,8)	368	(37,7)	771	(43,6)	
Supérieur	90	(11,3)	61	(6,3)	151	(8,5)	
<b>Religion</b>							
Catholique	297	(37,4)	357	(36,6)	654	(36,9)	0,333
Protestant	74	(9,3)	90	(9,2)	164	(9,3)	
Autre religion chrétienne	172	(21,7)	242	(24,8)	414	(23,4)	
Musulman	98	(12,3)	129	(13,2)	227	(12,8)	
Animiste	42	(5,3)	35	(3,6)	77	(4,4)	
Sans religion	111	(14)	123	(12,6)	234	(13,2)	
<b>Situation matrimoniale</b>							
En union	31	(3,9)	199	(20,4)	230	(13)	<0,0001
Célibataire	761	(95,8)	774	(79,3)	1535	(86,7)	
Divorcé/Veuf/Séparé	2	(0,3)	3	(0,3)	5	(0,4)	

La population d'étude était composée de 1770 jeunes et adolescents dont 794 garçons (44,9%) et 976 filles (55,1%). Ils se répartissaient en trois principales tranches d'âge, les 10-14 ans représentant 2,8%, les 15-19 ans 38,4% et les 20-24 ans 28,8% (Tableau 5). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition par tranche d'âge et le genre (p=0,429).

Parmi les jeunes enrôlés, 1114 (62,9%) vivaient en milieu urbain, sans distinction entre les genres. Ils venaient des régions Maritime (38,6%), Lomé-Commune (38,0%) et Savanes (23,4%). Il y avait significativement plus de jeunes filles que de jeunes garçons dans la région Savanes (25,6% vs 20,7%  $p=0,03$ ) alors qu'il n'y avait pas de différence selon le milieu d'étude ( $p=0,30$ ). Le taux d'alphabétisation parmi les jeunes enquêtés était élevé, 1643 (93%) d'entre eux ayant déjà fréquenté l'école. Parmi eux, 721 (40,7%) avaient le niveau primaire, 771 (43,6%) le niveau secondaire et 151 (8,5%) le niveau supérieur. Parmi les 120 jeunes (6,8%) n'ayant jamais été à l'école, il y avait significativement plus de filles que de garçons (8,8% vs 4,3%,  $p=0,01$ ). La population d'étude était constituée à 87% de jeunes croyants, principalement des chrétiens (69,6%) et des musulmans (12,8%). Les jeunes animistes représentaient 4,4% de la population et 13,2% n'avaient pas mentionné d'appartenance religieuse. Il y avait significativement plus de jeunes chrétiens en zone rurale qu'en zone urbaine (77,1% vs 65,2%) et plus de jeunes musulmans en zone urbaine qu'en zone rurale (14,8% vs 9,5%), tandis que les jeunes se réclamant des religions animistes étaient en proportion équivalente dans les deux zones. Par ailleurs, il n'y avait pas de différence significative dans la pratique de la religion entre les garçons et les filles, ni entre les plus jeunes et les plus âgés.

Parmi les jeunes enquêtés, 1535 (86,7%) étaient célibataires, 230 (13,0%) vivaient en couple et le reste (< 1%) étaient séparés, veufs ou divorcés. Les filles étaient plus souvent en couples que les garçons (20,4% vs 3,9% ;  $p=0,001$ ), alors qu'il y avait sensiblement autant de célibataires parmi les garçons et les filles. Comme on pouvait s'y attendre, les jeunes de 20-24 ans étaient plus souvent en couple alors que les plus jeunes étaient célibataires.

## 4.1.2. Conditions de vie

### 4.1.2.1. Entourage familial et composition du ménage

**Tableau 6. Répartition des jeunes selon le lieu de résidence au moment de l'enquête (n=1770)**

	Genre				Total N=1770	P
	Masculin (n=794)		Féminin (n=976)			
	n	%	n	%	N	%
<b>Entourage familial</b>						
Parents	617	(77,7)	648	(66,4)	1265	(71,5)
Seul	39	(4,9)	7	(0,7)	46	(2,6)
Conjoint	0	(0,0)	1	(0,1)	1	(0,1)
Autre	138	(17,4)	320	(32,8)	458	(25,9)
<b>Nombre de frères et sœurs</b>						
<3	391	(50,1)	454	(47,4)	845	(48,6)
3-5	238	(30,5)	294	(30,8)	532	(30,6)
>6	152	(19,5)	208	(21,8)	360	(20,7)

Les adolescents enquêtés vivaient majoritairement en famille, 1265 (71,5%) habitaient avec leurs parents, 46 (2,6%) habitaient seuls tandis que 458 (25,9%) habitaient avec une tierce personne et une seule jeune fille résidait chez son conjoint. Les garçons vivaient plus souvent seuls que les filles (4,9% vs 0,7% ; p=0,001) (Tableau 6).

### 4.1.2.2. Profession ou occupation au moment de l'enquête

Au moment de l'enquête, 1214 (68,6%) jeunes suivaient encore des études tandis que 556 (31,4%) exerçaient une activité professionnelle. Ils travaillaient principalement comme commerçants (14,4%), artisans (47,8%) ou ménagères (13,3%). Il y avait significativement plus de filles qui avaient arrêté l'école pour travailler que de garçons (40% vs 20%, p=0,01). Parmi les jeunes et adolescents qui fréquentaient toujours l'école, on comptait autant de filles (51,9%) que de garçons (48,1%), Les jeunes de 20-24 ans étaient plus nombreux à exercer une activité professionnelle autre que les études (63,7%), suivi des 15-19 ans (25,3%). Toutefois, un nombre assez important d'adolescents de 10-14 ans (10,2%) avait abandonné l'école pour travailler. La plupart de ceux qui travaillaient avait arrêté l'école au niveau primaire (73,2%), seuls 31 (5,0%) avaient atteint le niveau secondaire ou supérieur. Par ailleurs, les jeunes issues de familles peu nombreuses (<3 frères et sœurs) étaient significativement plus nombreux à poursuivre leurs études que ceux venant de familles plus nombreuses (54,6% vs 16,6% p<0,01) (Tableau 6).

**Tableau 7. Occupation des jeunes au moment de l'enquête en fonction de l'âge, du genre et de l'entourage (N=1770).**

	Etudiant/élève (n=1252)		Activité Travailleur/formation (n=471)		Sans activités (n=47)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Age (ans)</b>						
10-14	529	(42,3)	38	(8,1)	13	(27,7)
15-19	524	(41,9)	139	(29,5)	17	(36,2)
20-24	199	(15,9)	294	(62,4)	17	(36,2)
<b>Genre</b>						
Masculin	645	(51,5)	139	(29,5)	10	(21,3)
Féminin	607	(48,5)	332	(70,5)	37	(78,7)
<b>Région</b>						
Lome commune	482	(38,5)	174	(36,9)	16	(34,0)
Maritime	506	(40,4)	158	(33,5)	20	(42,6)
Savanes	264	(21,1)	139	(29,5)	11	(23,4)
<b>Milieu</b>						
Urbain	793	(63,3)	290	(61,6)	31	(66,0)
Rural	459	(36,7)	181	(38,4)	16	(34,0)
<b>Niveau d'étude</b>						
Aucun/primaire	352	(28,1)	451	(95,8)	45	(95,7)
Secondaire	757	(60,5)	12	(2,5)	2	(4,3)
Supérieur	143	(11,4)	8	(1,7)	0	(0,0)

#### 4.1.2.3. Activités associatives des jeunes

Seuls 283 jeunes ou adolescents étaient engagés dans au moins une association, qui était le plus souvent une association religieuse (50,5%), sportive (17,3%) ou communautaire (15,5%). Seuls 22 jeunes (7,8%) s'intéressaient à des associations éducatives ou sanitaires. Le fait de militer dans une association ne dépendait ni du genre, ni de la région d'origine, ni de l'âge et encore moins du niveau d'éducation.

**Tableau 8. Activité associative auxquelles participent les jeunes selon le genre**

	Masculin		Féminin		Total		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Religieuses	72	(53,7)	71	(47,7)	143	(50,5)	0,61
Sportives	25	(18,7)	24	(16,1)	49	(17,3)	
Educatives – Santé	8	(6,0)	14	(9,4)	22	(7,8)	
Communautaire	19	(14,2)	25	(16,8)	44	(15,5)	
Autre	10	(7,5)	15	(10,1)	25	(8,8)	
Total	134	(100,0)	149	(100,0)	283	100,0)	

## 4.2.Sources d'information des jeunes sur la sante sexuelle et reproductive

La connaissance de principales sources d'information des jeunes permettrait de mieux cibler les canaux de communication pour la sensibilisation et les émissions au travers desquelles faire passer l'information de façon plus efficace.

### 4.2.1. Principales sources d'information

Dans cette étude, 1645 (92,9%) jeunes et adolescents ont rapporté être fréquemment exposés aux média audiovisuels, sans distinction de genre ni d'âge. Il s'agissait de la télé pour 1401 (79,1%), de la radio pour 1372 (77,5%) et d'internet pour seulement 513 (28,9%) (Figure 1).

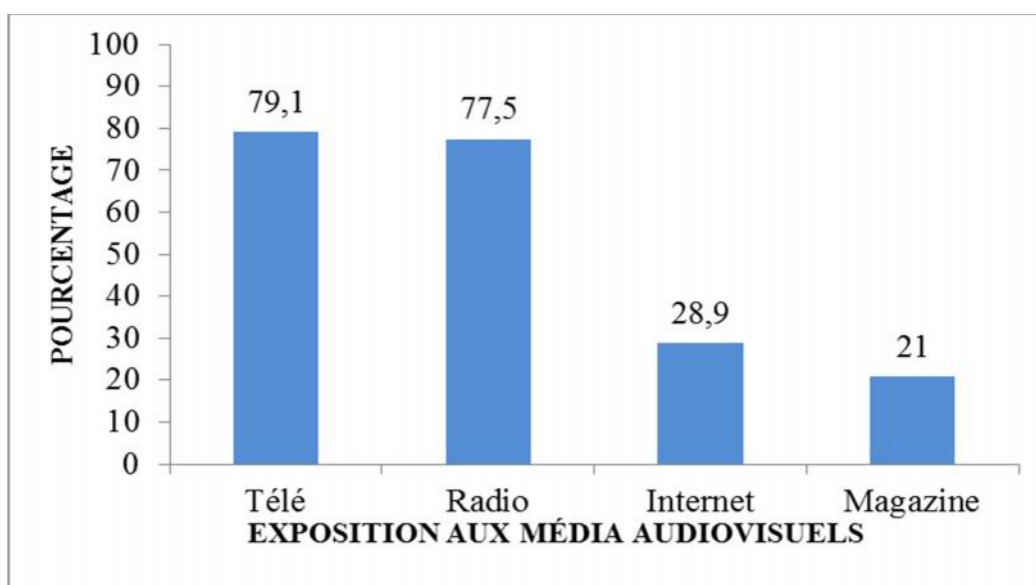


Figure 1. Répartition des jeunes selon leur exposition aux média audiovisuels

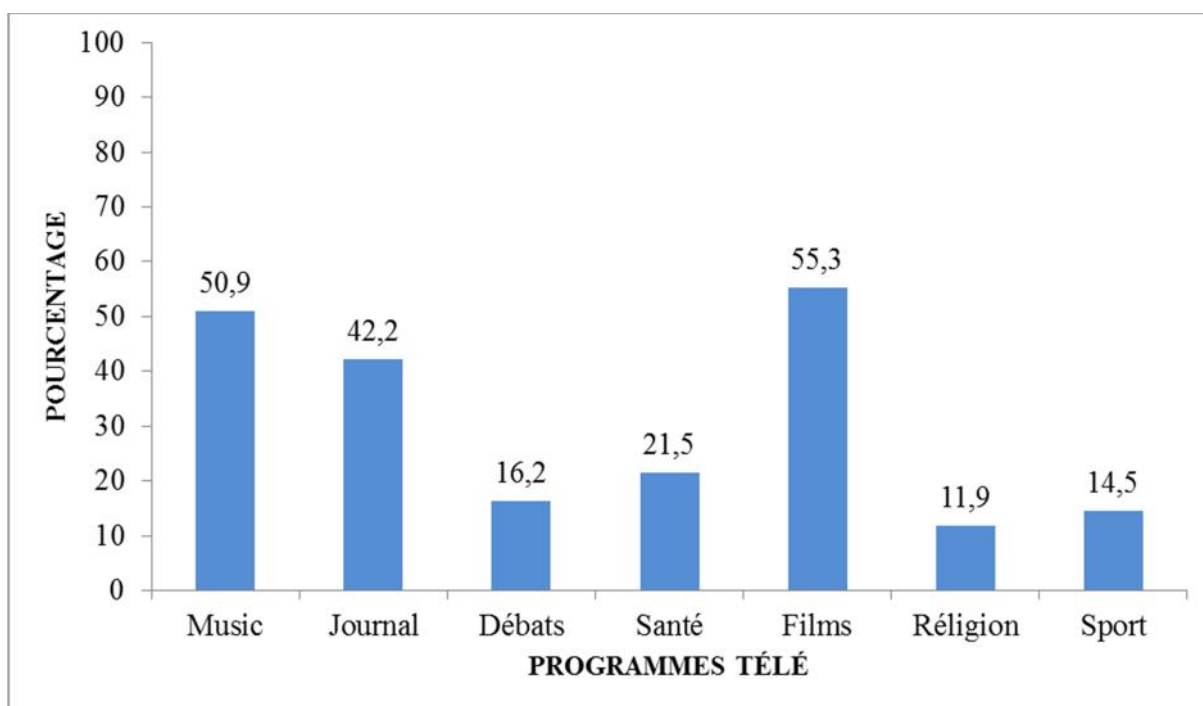
#### 4.2.1.1. Information à la télévision

Environ 716 (40,4%) jeunes regardaient la télévision presque tous les jours, alors que plus de 403 d'entre eux n'y étaient exposés qu'environ une fois par semaine. Le niveau d'exposition à la télé variait en fonction des régions, 40,5% à Lomé-Commune, 34,4% dans la région Maritime et 25,1% dans la région des Savanes ( $p=0,001$ ). Cette disparité était encore plus marquée selon le milieu de vie. La télévision était en effet plus regardée en zone urbaine 64,5% qu'en zone rurale 35,5% ( $p=0,001$ ) comme le montre le tableau 9.

**Tableau 9. Répartition des enquêtés selon leur fréquence d'exposition à la télé**

	Quotidien (n=856)		Hebdomadaire (n=356)		Mensuel (n=47)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Région</b>							
Lomé Commune	331	(66,1)	148	(29,5)	22	(4,4)	0,195
Maritime	318	(69,4)	120	(26,2)	20	(4,4)	
Savanes	207	(69)	88	(29,3)	5	(1,8)	
<b>Genre</b>							
Masculin	375	(67,2)	161	(28,9)	22	(3,9)	0,711
Féminin	481	(68,6)	195	(27,8)	25	(3,6)	
<b>Milieu</b>							
Urbain	542	(66,7)	240	(29,5)	31	(3,8)	0,389
Rural	214	(70,4)	116	(26)	16	(3,6)	
<b>Age</b>							
10-14	219	(69,4)	107	(26,6)	16	(4)	0,849
15-19	337	(68,4)	141	(28,6)	15	(3)	
20-25	240	(66)	108	(29,7)	16	(4,4)	
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun niveau & primaire	412	(67,6)	169	(27,8)	28	(4,6)	0,587
Secondaire	369	(68,8)	151	(28,2)	16	(3)	
Supérieur	75	(65,8)	36	(31,6)	3	(2,6)	

La télévision restait toutefois le média le plus regardé aussi bien par les garçons que les filles ( $p=0,20$ ) quel que soit leur âge ( $p=0,41$ ). Parmi les 1401 jeunes exposés à la télé, (55,3%) suivaient principalement les séries et feuilletons télévisés, (50,9%) regardaient les variétés musicales et (42,2%) suivaient régulièrement le journal télévisé comme l'indique la figure 2.



**Figure 2. Principaux programmes Télé suivis par les jeunes**

#### 4.2.1.2. Information à travers la radio

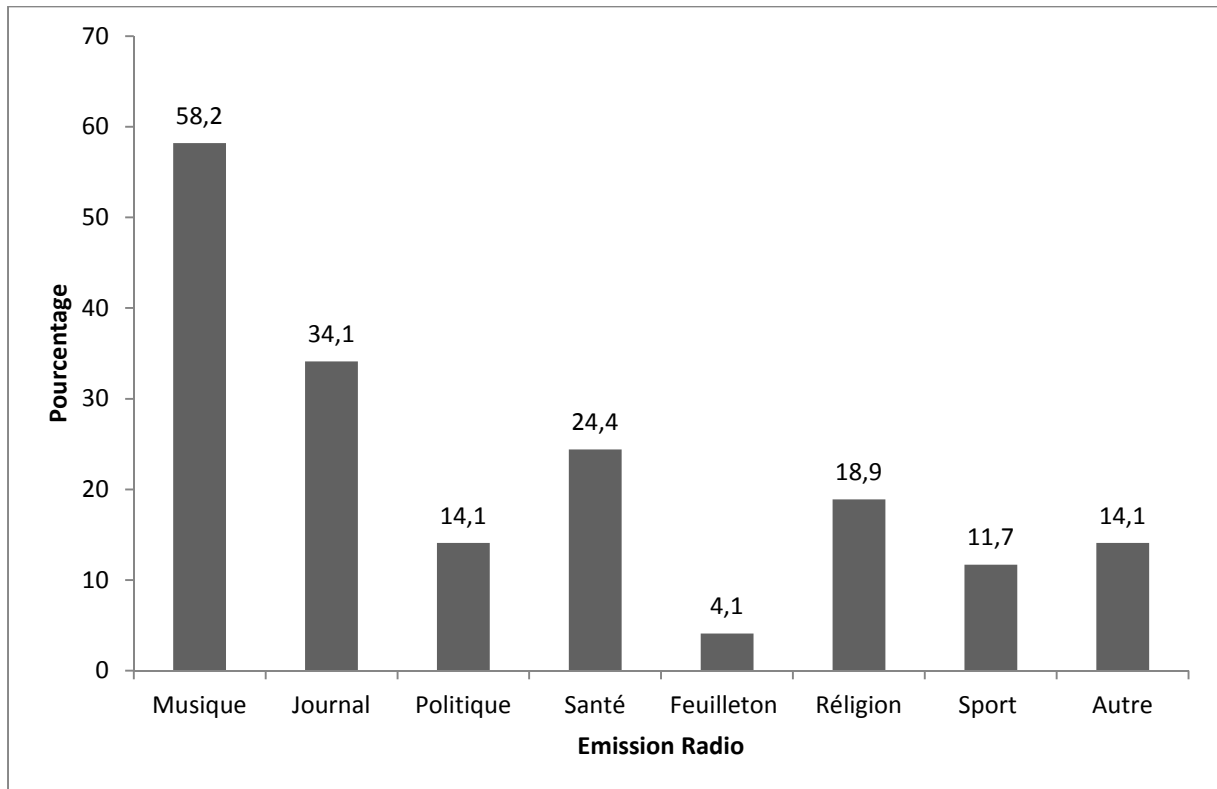
Après la télé, la radio était le média auquel les jeunes adolescents du Togo étaient le plus exposés, 563 (31,8%) d'entre eux écoutaient la radio presque tous les jours et 471 (26,6%) le faisaient au moins une fois par semaine ou par mois (Tableau 10). Comme la télé, l'exposition à la radio était fonction de la région (plus écoutée à Lomé Commune) et du milieu (plus écoutée en zone urbaine). Elle ne variait cependant pas en fonction du genre ni de l'âge, ni même du niveau d'instruction.



**Tableau 10. Répartition des enquêtés selon leur fréquence d'exposition à la radio (N=1237)**

	Quotidien (N=766)		Hebdomadaire (n=391)		Mensuel (n=80)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Région</b>							
Lomé Commune	299	(63,1)	148	(31,2)	27	(3,7)	0,786
Maritime	296	(62,5)	146	(30,8)	32	(6,8)	
Savanes	171	(59,2)	97	(33,6)	21	(7,3)	
<b>Genre</b>							
Masculin	354	(63,1)	168	(30,0)	39	(7,0)	0,472
Féminin	412	(61,0)	223	(33,0)	41	(6,0)	
<b>Milieu</b>							
Urbain	474	(60,5)	260	(33,2)	49	(6,3)	0,282
Rural	292	(64,3)	131	(28,9)	31	(6,8)	
<b>Age (ans)</b>							
10-14	242	(60,0)	131	(32,5)	30	(7,4)	0,762
15-19	295	(62,0)	153	(32,1)	28	(5,9)	
20-25	229	(64,0)	107	(29,9)	22	(6,2)	
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun niveau & primaire	373	(62,1)	190	(31,6)	38	(7,4)	0,369
Secondaire	319	(60,4)	170	(32,2)	39	(2,8)	
Supérieur	74	(68,5)	31	(28,7)	80	(2,5)	

Parmi les 1372 jeunes et adolescents exposés à la radio, 800 (58,2%) suivaient des émissions de variétés musicales, 468 (34,1%) suivaient régulièrement le journal, 335 (24,4%) suivaient des émissions de santé et 260 (18,9%) suivaient des émissions religieuses (Figure 3). Les émissions politiques et sportives étaient les moins suivies par les jeunes sans distinction de genre, âge ni de milieu de vie.



**Figure 3. Emissions écoutées par les jeunes à la radio**

#### 4.2.1.3. Accès à Internet

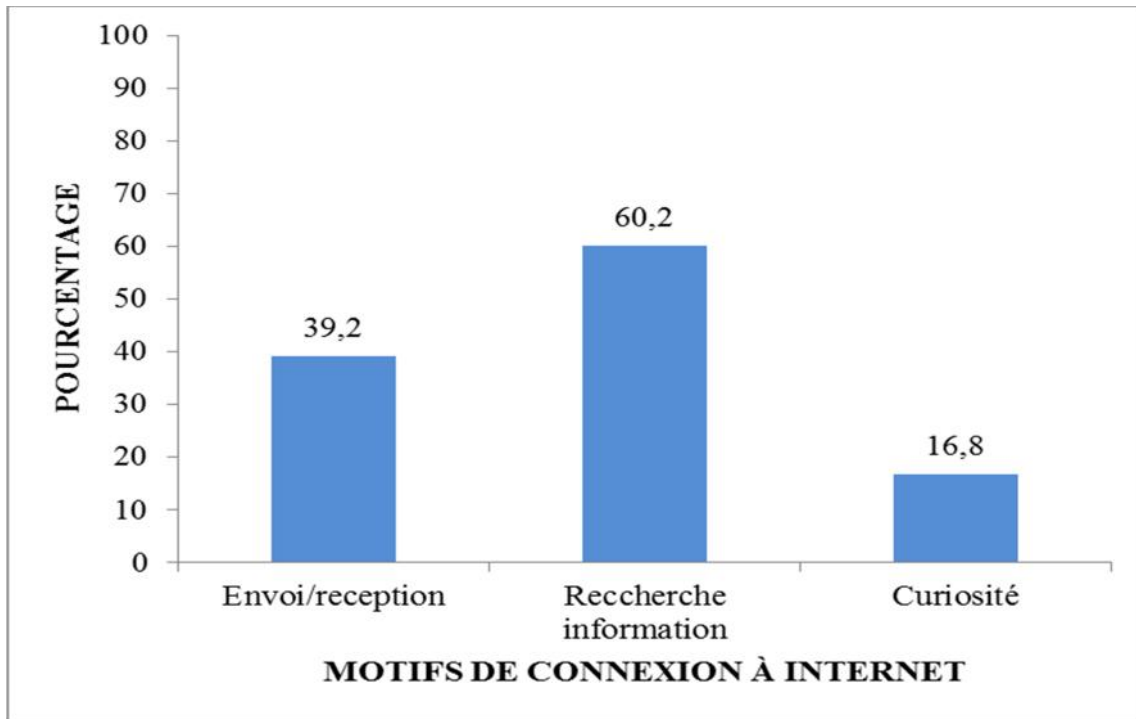
Internet est le média auquel les jeunes sont le moins exposés, puisque seulement 513 (29,0%) d'entre eux y avaient accès. Parmi eux, 357 (69,5%) consultaient internet de façon sporadique (1 à 20 fois par mois) tandis que seuls 72 (14,0%) y avaient accès très régulièrement (plus de 20 fois par mois). L'exposition à internet n'était pas significativement influencée par la région, ni par le milieu ni même par l'âge (Tableau 11).

**Tableau 11. Accès à internet chez les jeunes (N=1770)**

	Non (n=1341)		Oui (n=429)		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>Région</b>					
Lomé Commune	508	(75,6)	164	(24,4)	0,212
Maritime	531	(77,6)	153	(22,4)	
Savanes	302	(73,0)	112	(27,0)	
<b>Genre</b>					
Masculin	617	(77,1)	177	(22,3)	0,085
Féminin	724	(74,2)	252	(25,8)	
<b>Milieu</b>					
Urbain	838	(75,2)	276	(24,8)	0,491
Rural	503	(76,7)	153	(23,3)	
<b>Age (ans)</b>					
10-14	414	(71,4)	166	(28,6)	0,011
15-19	530	(78,0)	150	(22,0)	
20-25	397	(77,8)	113	(22,2)	
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun niveau & primaire	653	(77,0)	195	(23,0)	0,37
Secondaire	579	(75,1)	192	(24,9)	
Supérieur	109	(72,2)	42	(27,8)	

- Raisons de connexion à internet

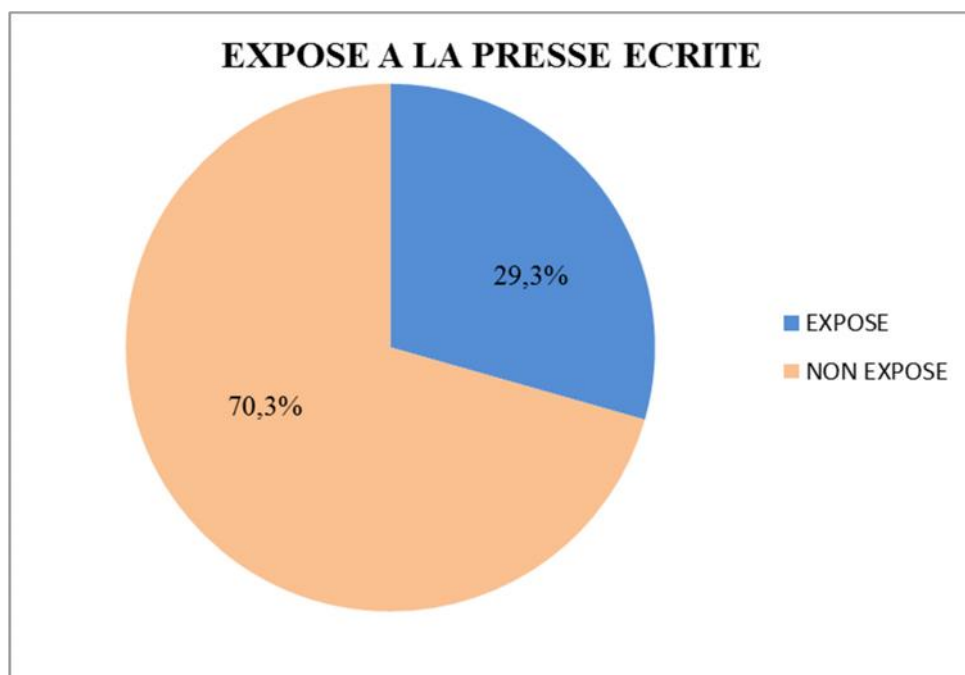
Parmi les 513 jeunes consultants régulièrement internet, la recherche d'information était le principal motif pour 312 (60,2%), suivie d'échange de mail pour 203 (39,2%), tandis que 89 (16,8%) naviguaient sur internet juste par curiosité sans autres raisons spécifiques (Figure 4). Il n'y avait aucune différence entre les garçons et les filles concernant les motivations de connexion à internet.



**Figure 4. Motifs de connexion à internet chez les jeunes**

4.2.1.4. La presse écrite

Parmi les jeunes enquêtés, seuls 520 (29,3%) lisaient souvent la presse écrite, les 1245 (70,3%) autres n’y accordant aucun intérêt. L’exposition à la presse écrite variait selon les régions (moins fréquente dans la région des Savanes  $p=0,01$ ) et n’était influencée ni par l’âge ni par le genre (Figure 5).



**Figure 5. Exposition à la presse écrite chez les jeunes**

## 4.2.2. Types d'information reçue dans les médias

Les médias, notamment télé, radio et internet constituent un puissant vecteur d'information auprès des jeunes. Toutefois, la pénétration des messages de sensibilisation à travers les différents médias reste un enjeu majeur dans la stratégie de prévention et doit être évaluée.

### 4.2.2.1. Message de sensibilisation perçus à la télévision

La télévision est le média préféré des jeunes et adolescents comme nous l'avons vu plus haut et pourrait constituer le meilleur canal pour véhiculer les messages de sensibilisation. **En effet, parmi les jeunes et adolescents enquêtés, 856 (48,4%) et 753 (42,5%) avaient respectivement entendu parler du VIH/SIDA et des IST à la télé.** De même, plus de 43,8% et 39,8% avaient été sensibilisés à travers la télé, sur les moyens de prévention que sont le préservatif et l'abstinence (Figure 6).

L'exposition à ces messages de sensibilisation à la télé variait en fonction de l'accès à la télé qui était moins fréquent dans la région des Savanes et en zone rurale ( $p < 0,01$ ). Cette exposition aux questions de santé n'était pas significativement influencée par le genre ni par l'âge.

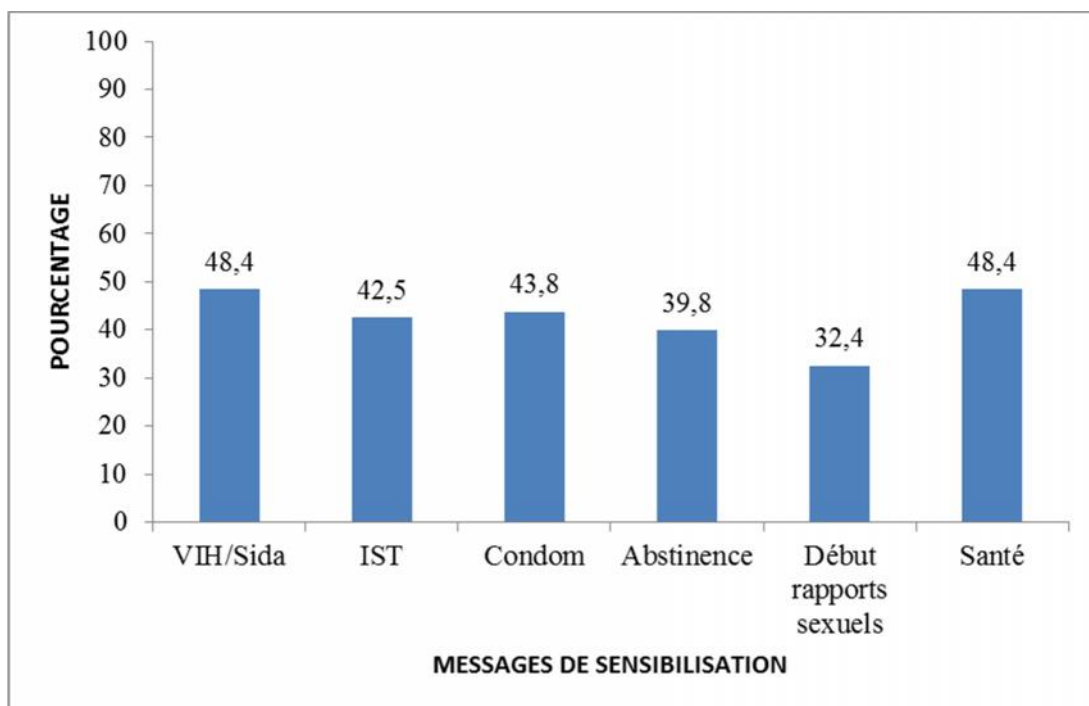


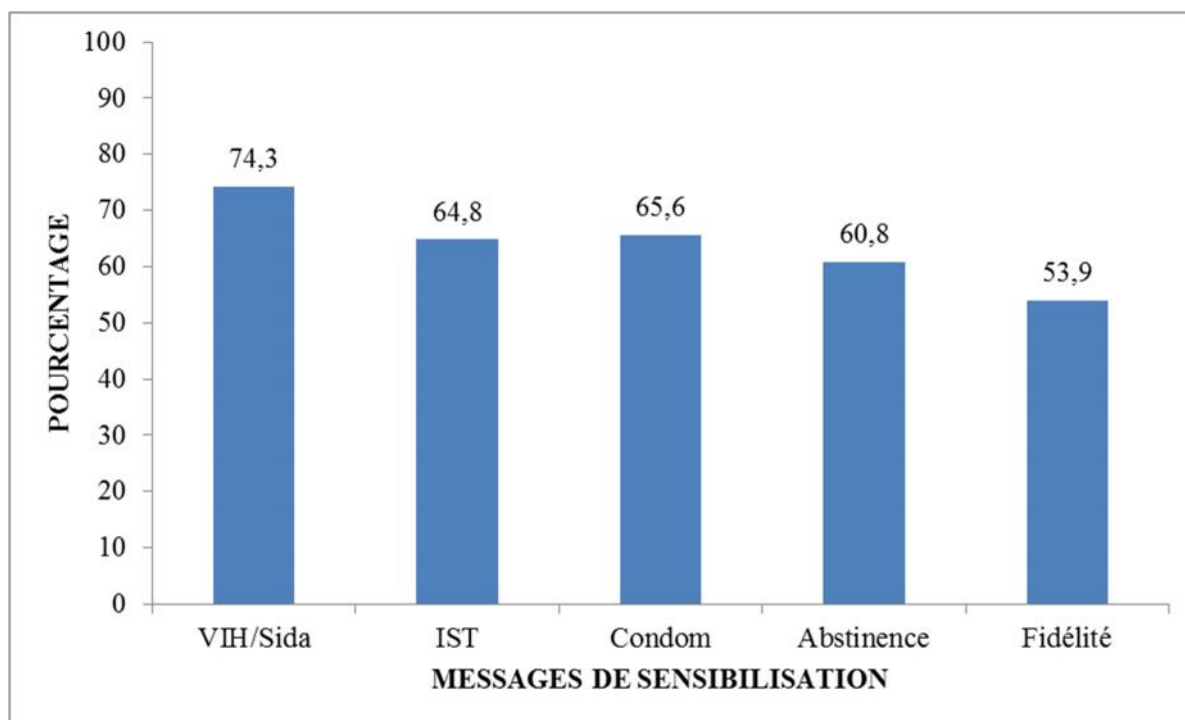
Figure 6. Exposition aux messages sur la santé de la reproduction à la télévision

### 4.2.2.2. Messages de sensibilisation perçus à la radio

Bien qu'ils soient majoritairement abonnés à des émissions de variétés musicales, les jeunes percevaient néanmoins des messages de sensibilisation sur la santé de la reproduction à travers la radio. Ainsi, 811

(74,3%) d'entre eux et 717 (65,6%) avaient respectivement entendu parler de VIH/Sida et d'utilisation du préservatif à la radio au cours des six derniers mois.

D'autres thématiques telles que les IST (64,8%), l'abstinence (60,8%) ou encore la fidélité (53,9%) avaient retenu leur attention à la radio. La figure 7 présente les différents thèmes sur lesquels les jeunes ont été sensibilisés à travers la radio au cours des six derniers mois.



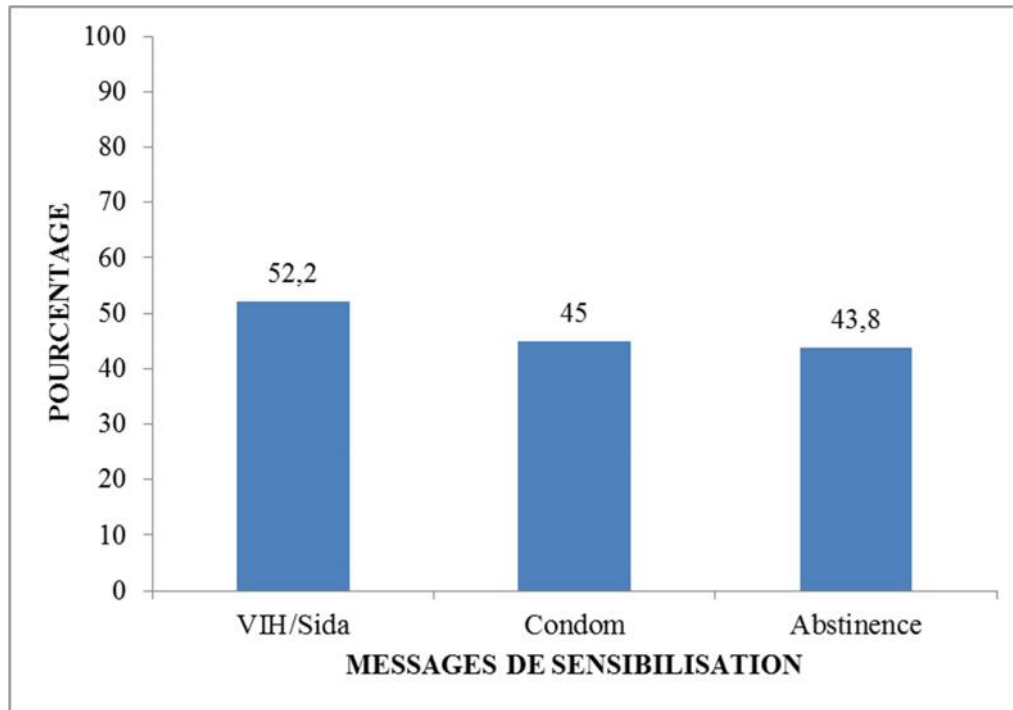
**Figure 7. Exposition des jeunes aux messages de santé de la reproduction à la radio**

Globalement, il n'y avait pas de différence entre les garçons et les filles concernant l'exposition aux messages de sensibilisation à la radio, on notait cependant que pour ce qui est de « **retarder l'initiation sexuelle** » et d'aborder les notions de reproduction sexuelle, les jeunes vivant avec leurs parents rapportaient une plus grande exposition à ce type de message.

#### 4.2.2.3. Message de sensibilisation à travers la presse écrite

La presse écrite était le média le moins attrayant pour les jeunes avec seulement 512 (28,0%) qui la consultaient. Cependant, des messages de sensibilisation parvenaient aux jeunes via ce canal. Ainsi, 45,0% d'entre eux avaient entendu parler du préservatif dans les magazines, de même que 52,2% et 43,8% avaient respectivement entendu parler du VIH/Sida et de l'abstinence comme moyen de prévention à travers ce canal (Figure 8).

L'accès aux messages de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive à travers les média papier ne variait pas significativement en fonction du genre, de l'âge, ni même du niveau d'instruction. Une petite différence observée selon les régions et le milieu traduisait une plus faible pénétration de ce type de média dans les zones rurales et la région des Savanes.



**Figure 8. Messages de sensibilisation sur la santé de la reproduction dans la presse écrite**

#### 4.2.2.4. Message de sensibilisation à travers les associations

La participation aux réunions d'association constitue également un cadre propice à la transmission des messages de sensibilisation. Dans cette étude, 283 (15,0%) jeunes ont rapporté être membre d'au moins une association. Parmi eux, 54,0% recevaient des messages sur la santé sexuelle et reproductive, 49,5% et 43,8% avaient respectivement été sensibilisés sur le VIH/Sida et les IST, avec comme principal moyen de prévention proposé, l'abstinence (48,7%). Le préservatif n'avait été proposé comme moyen de prévention qu'à 34,6% de ces jeunes lors des réunions d'association, principalement parce que plus de la moitié des jeunes fréquentaient des associations religieuses.

### 4.3. Supports sociaux et attitude vis-à-vis des rapports sexuels

Les jeunes et adolescents sont habituellement influencés par leur entourage proche, leurs amis, camarades de classe et toute autre personne constituant leur réseau social. La connaissance de la composition et la compréhension du type d'influence qu'à ce réseau social sur les adolescents pourra permettre de mieux orienter les messages de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive.

#### 4.3.1. Composition du réseau social des jeunes

##### 4.3.1.1. Nombre d'amis dans le réseau social des jeunes

Parmi les adolescents interrogés, 221 (12,5%) déclaraient n'avoir aucun ami sûr, alors que 1159 (65,5%) rapportaient avoir un réseau social composé d'un à cinq amis sûrs et 390 (22,0%) en avaient plus de cinq (Tableau 12). Le fait d'avoir beaucoup d'amis dans son réseau social ne variait pas significativement selon l'âge ( $p=0,50$ ), ni selon le genre ( $p=0,20$ ). Cependant, on observait de plus fortes proportions de jeunes n'ayant aucun ami sûr dans leurs réseaux sociaux en zone urbaines contrairement aux zones rurales.

**Tableau 12. Composition du réseau social des jeunes selon le genre, la région, le milieu et l'âge.**

	Nombre d'amis quel que soit le genre						p
	Aucun n=221		1-5 n=159		>5 n=390		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Genre</b>							
Masculin	111	(50,2)	511	(44,1)	172	(44,1)	0,876
Féminin	110	(49,8)	648	(55,9)	218	(55,9)	
<b>Milieu</b>							
Urbain	154	(69,7)	730	(63,0)	230	(59,0)	0,015
Rural	67	(30,3)	429	(37,0)	160	(41,0)	
<b>Région</b>							
Lomé commune	105	(47,5)	417	(36,0)	150	(38,5)	0,016
Maritime	77	(34,8)	471	(40,6)	136	(34,9)	
Savanes	39	(17,6)	271	(23,4)	104	(26,7)	



#### 4.3.1.2. Structure par genre et par âge du réseau social des jeunes

- *Composition du réseau social selon le genre*

La plupart du temps, les jeunes avaient des amis de genre féminin dans leur réseau social (67,8%). Les filles avaient plus souvent des amis proches de genre féminin, alors que les garçons avaient autant d'amies (filles) que d'amis garçons (Figure 9).

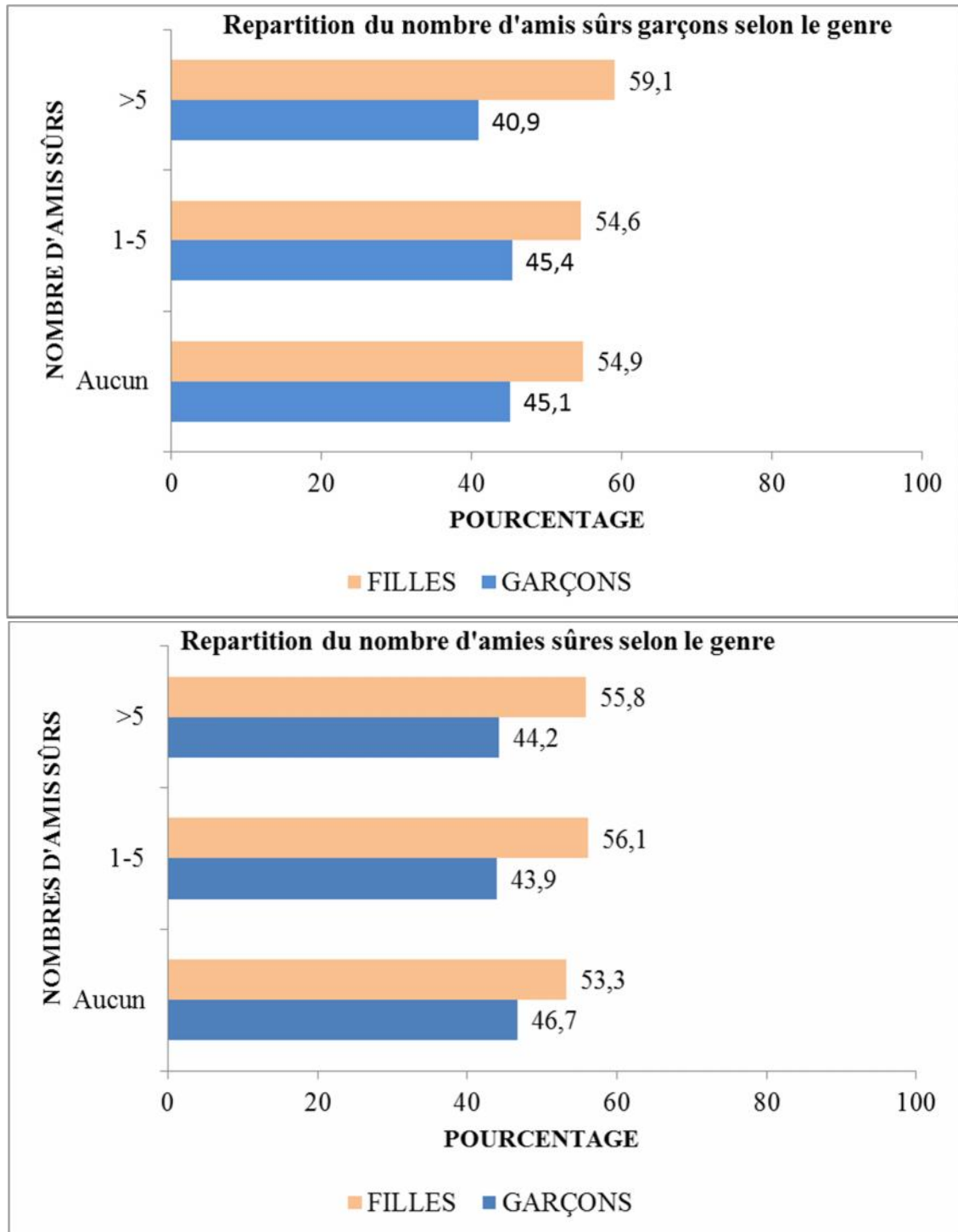
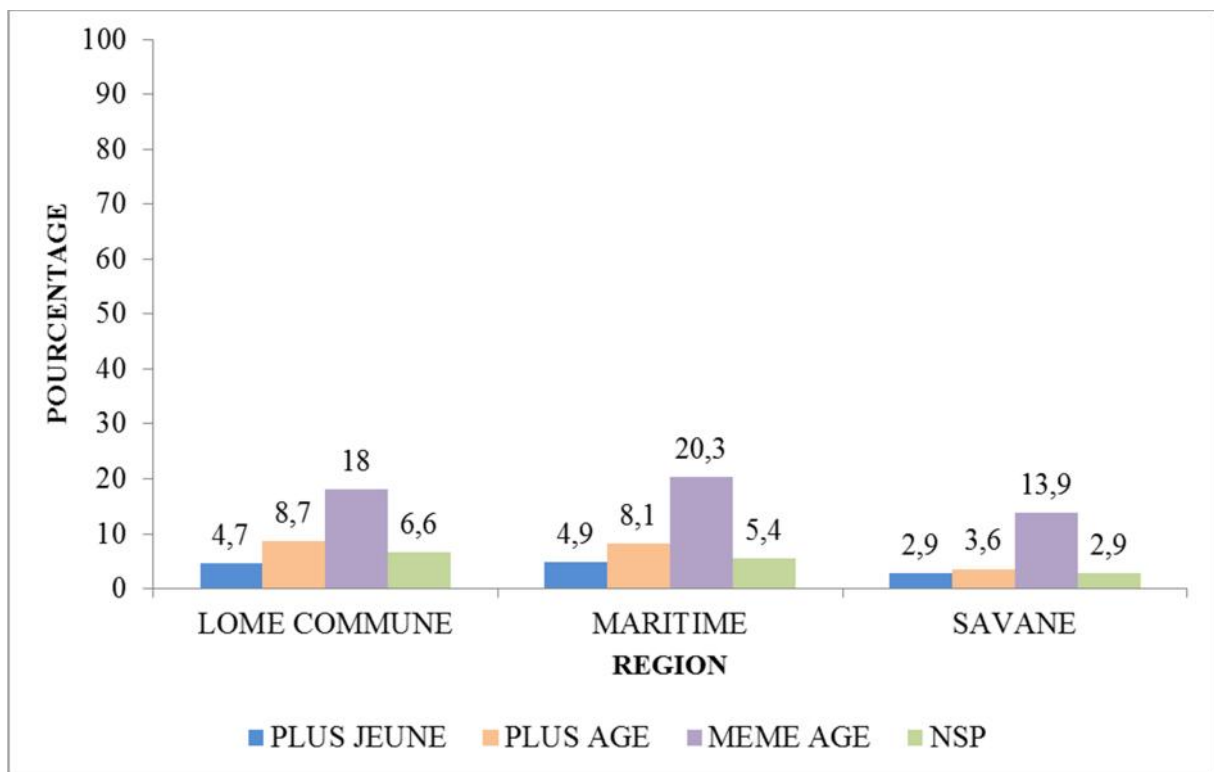


Figure 9. Composition du réseau social en fonction du genre

- *Composition du réseau social selon l'âge*

Parmi les 1549 jeunes ayant déclaré avoir des amis sûrs dans leur réseau social, plus de la moitié (59,5%) rapportaient avoir des amis de la même tranche d'âge. Cependant, 18,4% déclaraient avoir des amis plus âgés et 14,2% avoir des amis plus jeunes. L'âge des amis du réseau social ne variait pas significativement selon l'âge des jeunes eux-mêmes, ni selon le genre ou le niveau d'instruction. Cependant, la Figure 10 montre que dans la région de Lomé Commune, une plus grande proportion de jeunes avait des amis plus âgés, alors que dans la région des savanes, il y'avait plus de jeune ayant des amis du même âge ( $p=0,001$ ).



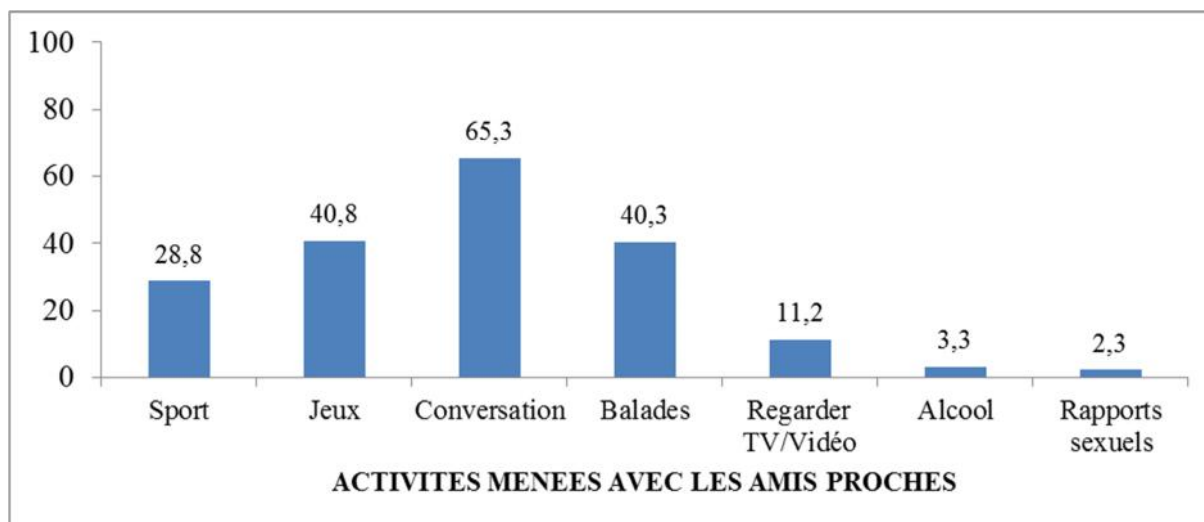
**Figure 10. Structure par âge du réseau social des jeunes selon la région**

### 4.3.2. Influence du réseau social sur les jeunes

#### 4.3.2.1. Activités réalisées avec les amis

La figure 11 a montré que les conversations diverses étaient l'activité privilégiée des jeunes avec leurs amis proches, rapportée par 1156 (65,3%) d'entre eux. Ensuite venaient les jeux 723 (40,8%), les balades 608 (40,3%) et le sport 510 (28,8%).

Consommer de l'alcool ou encore avoir des rapports sexuels n'étaient rapportés comme des activités du réseau social que par 59 (3,3%) et 41 (2,3%) des jeunes.



**Figure 11. Répartition des activités menées par les jeunes avec leurs amis proches**

L'analyse selon le genre montre que les filles passaient plus de temps à regarder les émissions de télé (60,8%) ou à participer à des concerts de musique (63,9%) avec leurs amis que les garçons (39,2% et 36,1% respectivement). D'un autre côté, les garçons étaient plus nombreux à rapporter la pratique de rapports sexuels avec leurs amis que les filles (56,1% vs 43,9%).

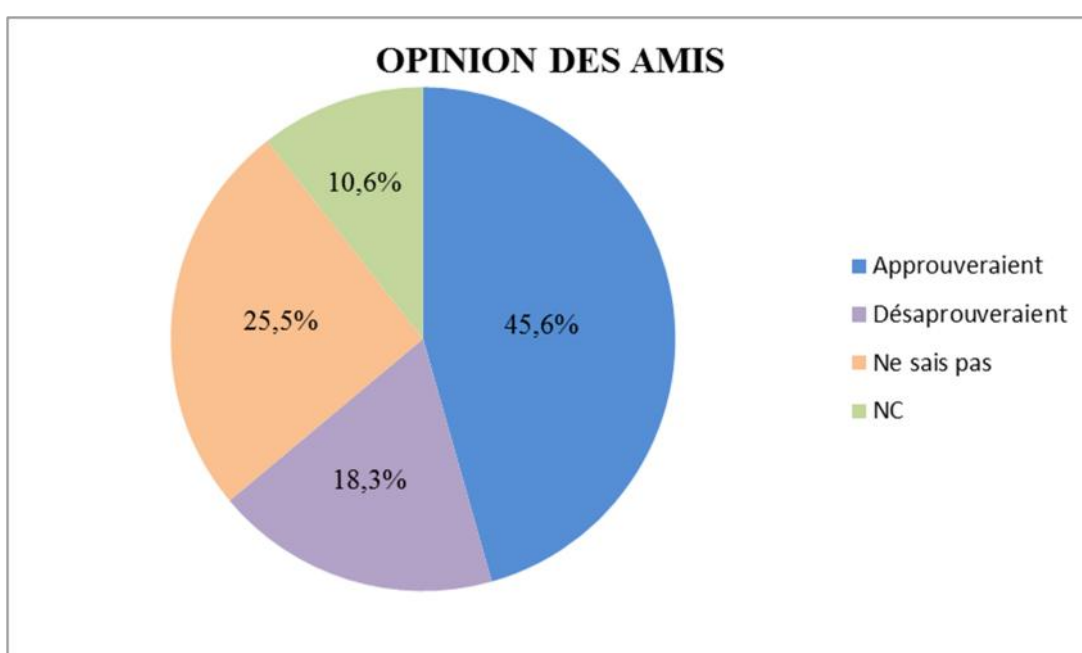
#### 4.3.2.2. Comportement sexuel des amis du réseau social

Dans la population de jeunes enquêtés, 374 (21,1%) déclaraient n'avoir aucun ami garçon sexuellement actif, 223 (12,5%) rapportaient que la plupart de leurs amis étaient sexuellement actifs et 242 (13,6%) affirmaient que tous leur amis étaient sexuellement actifs.

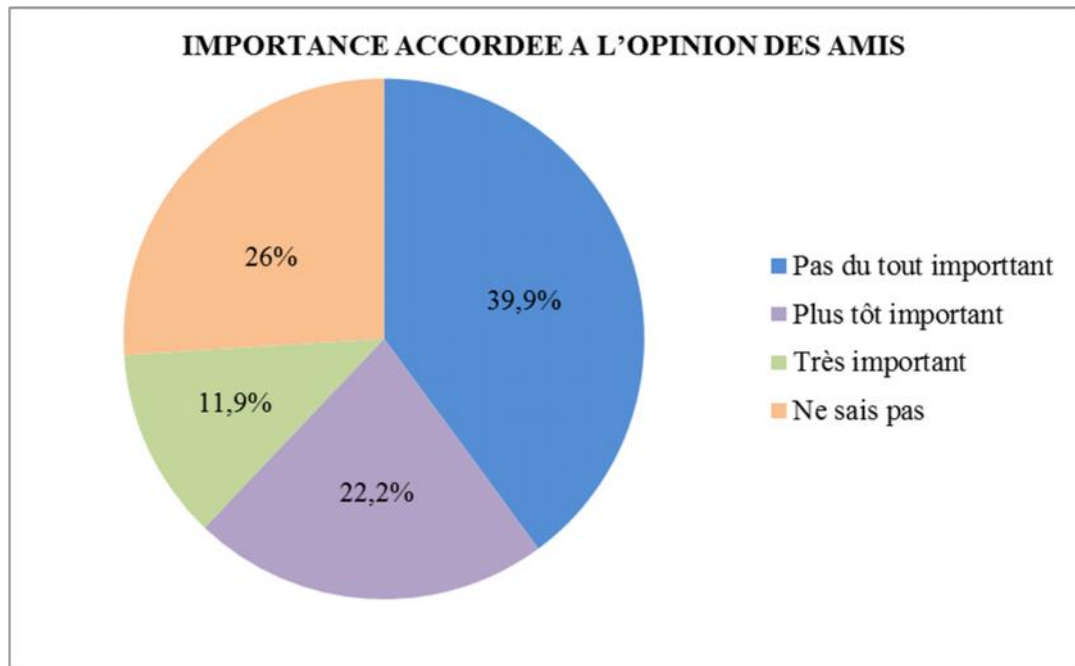
Il n'y avait pas de différence significative selon le genre ni l'âge. La même tendance était observée en ce qui concerne les amis de genre féminin, 362 (20,5%) n'en avait pas de sexuellement actif, pour 188 (10,6%) la plupart étaient sexuellement actives et pour 272 (15,3%) toutes les amies filles étaient sexuellement actives. Il n'y avait pas non plus de différence significative selon le genre, l'âge, ni même le milieu de vie.

#### 4.3.2.3. Opinion des amis et influence sur la sexualité

Des 1770 jeunes interrogés, 807 (45,6%) estimaient que leurs amis approuveraient s'ils faisaient le choix de l'abstinence jusqu'au mariage et seulement 324 (18,3%) pensaient que leurs amis désapprouveraient (Figure 12). L'approbation ou non n'était influencée ni par le genre, ni par l'âge, ni même par le niveau d'instruction des jeunes. Bien que la plupart des jeunes pense que leurs amis approuveraient leur choix, ils étaient 707 (39,9%) à penser que l'opinion de leurs amis n'était pas importante. Par ailleurs, ils étaient 393 (22,2%) et 210 (11,8%) jeunes à trouver que l'opinion de leurs amis était respectivement importante et très importante. Cependant, l'importance accordée à l'opinion des amis variait selon le niveau d'étude, puisque les jeunes du niveau supérieur étaient plus nombreux à ne pas s'inquiéter de l'opinion de leurs amis que les autres ( $p=0,02$ ). (Figure 13)



**Figure 12. Opinion des amis sur le choix de l'abstinence sexuelle**



**Figure 13. Importance accordée à l'opinion des amis sur le choix de l'abstinence**

#### 4.3.2.4. Influence des amis sur les comportements sexuels des jeunes

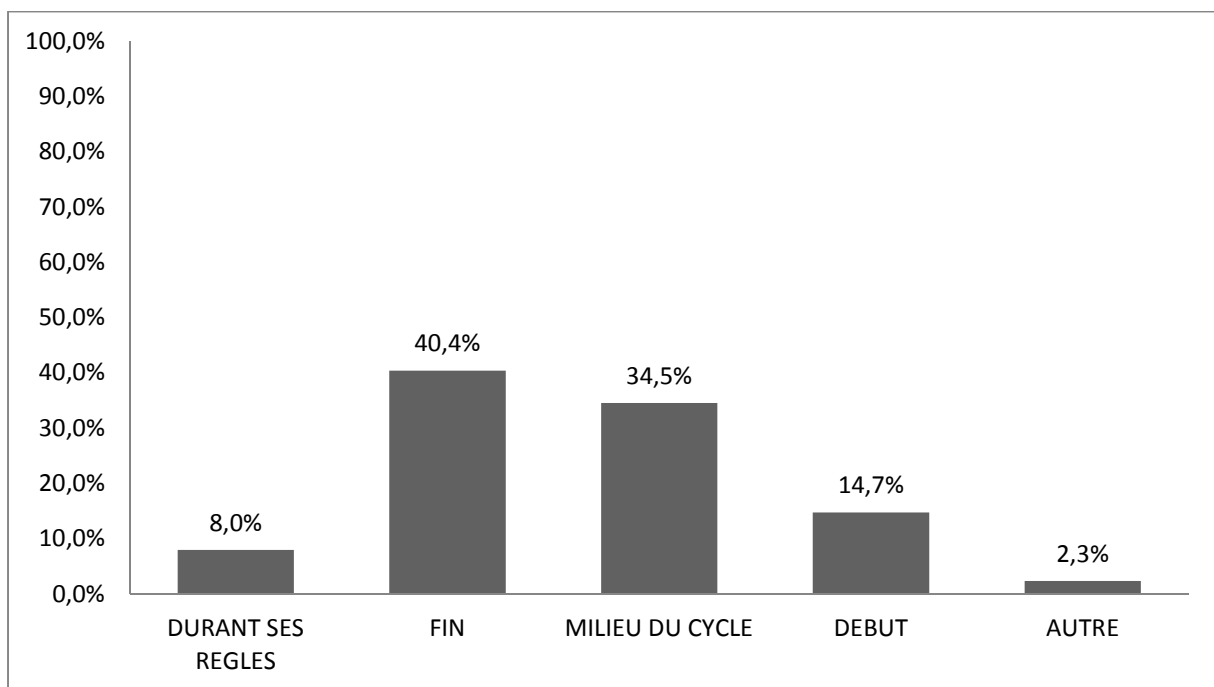
Dans notre étude, 1080 (61,0%) jeunes enquêtés pensaient que la plupart des jeunes de leur âge avaient déjà eu des rapports sexuels, ils étaient plus nombreux dans les zones urbaines (65,3% ;  $p=0,03$ ), mais ne différaient pas significativement suivant le genre et l'âge. De plus, 898 (50,7%) trouvaient acceptable d'avoir des relations sexuelles avant le mariage, quel que soit le genre et leur niveau d'instruction.

## 4.4. Connaissances de la sante sexuelle et reproductive

Le premier déterminant de la santé au sein des populations est d'abord le degré de conscience sanitaire qui est lui-même fonction des connaissances qu'ont les individus de leur propre santé et des risques de maladie. Cette section étudie les connaissances des jeunes concernant leur santé sexuelle et reproductive afin de mieux orienter les campagnes de sensibilisation pour combattre les idées reçues.

### 4.4.1. Connaissance du cycle menstruel et des grossesses

Parmi les 976 (55,1%) jeunes filles enquêtées, seuls 407 (41,7%) avaient déclaré avoir déjà eu leurs menstrues, elles situaient l'âge médian des premières règles à 14 ans [10-18 ans]. Environ un tiers des adolescentes et jeunes filles (35%) savait pas à quel moment du cycle menstruel la probabilité de tomber enceinte était la plus élevée, tandis que près de 40% pensaient que c'était à la fin des règles (Figure 14).



**Figure 14. Connaissance du moment de l'ovulation par les jeunes enquêtés**

Cependant, environ 1090 jeunes (61,5%) savaient qu'une fille peut tomber enceinte lors de son premier rapport sexuel et les jeunes situaient à 18 ans l'âge médian de la maturité sexuelle chez le garçon et pensaient que c'est à cet âge qu'il était physiquement capable de mettre une fille enceinte.

Concernant la contraception, 1048 (59,2%) jeunes connaissaient au moins une méthode de contraception. Ils se renseignaient sur la contraception auprès de leurs parents (45,5%), leurs amis (20,1%) et leurs enseignants (44,9%).

Pour ce qui est de la prévention du VIH/Sida, les jeunes s'informaient auprès de leurs parents (100%), de leurs enseignants (10,6%) et de leurs amis (3,3%). Il n'y avait pas de différence significative entre les jeunes garçons et les jeunes filles concernant les personnes ressources auprès desquelles s'informer sur les problèmes de santé sexuelles.

Concernant les grossesses précoces, la grande majorité des jeunes (87,5%) affirmaient qu'il n'est pas bon d'avoir un enfant quand on est encore adolescent, seuls 117 (6,6%) pensaient le contraire et les principales raisons évoquées étaient le fait de vouloir grandir avec son enfant (29,9%), d'apporter la preuve de sa fertilité (10,2%) et le besoin de faire des enfants pour s'en occuper.

#### **4.4.2. Perception de la contraception**

Lorsqu'on interroge les jeunes sur leur perception de l'usage de la contraception, 333 (18,8%) pensaient que la pilule doit être prise tous les jours pour être efficace, tandis que 565 (31,9%) estimaient que la pilule est plus dangereuse que le fait d'avoir une grossesse précoce et 637 (35,9%) pensaient tout simplement que la pilule rend stérile.

Ceci traduit clairement une perception plutôt négative de la pilule à l'origine d'un faible recours probable à cette forme de contraception. Comme la pilule, le préservatif jouissait également d'une perception négative chez environ 15% des enquêtés, ces derniers pensaient qu'exiger le préservatif indiquait un manque d'amour pour le partenaire sexuel, ce qui laisse présager d'un risque élevé de non usage du préservatif parmi ces personnes.

Par ailleurs, plus de 50% des enquêtés, garçons comme filles attribuaient à l'homme la responsabilité de prendre toutes les mesures pour protéger sa partenaire contre le VIH, et à la femme la charge de prendre toutes les mesures pour éviter la grossesse (Tableau 13). Cette conception erronée des responsabilités en matière de protection contre les IST et de contraception traduit également une méconnaissance des techniques de contraception et de leur usage.

**Tableau 13. Perceptions des jeunes sur l'usage de la contraception**

	Masculin (n=794)	Féminin (n=976)	Total (n=1770)
La pilule doit être prise tous les jours pour être efficace	148 (18,6)	185 (18,9)	333 (18,8)
La pilule peut rendre stérile	289 (36,4)	348 (35,7)	637 (35,9)
La pilule c'est plus dangereux que d'être enceinte	269 (33,9)	296 (30,3)	565 (31,9)
Exiger le préservatif c'est manquer d'amour pour le partenaire	118 (14,9)	151 (15,5)	269 (15,2)
C'est à l'homme de prendre les précautions pour éviter le VIH/IST	416 (52,4)	501 (51,3)	917 (51,8)
C'est à la femme de tout faire pour ne pas tomber enceinte	412 (51,9)	494 (50,6)	906 (51,9)



## 4.5. Activité sexuelle

Les comportements sexuels des jeunes sont le plus souvent à l'origine de leurs problèmes de santé sexuelle et reproductive. Une bonne description de leurs pratiques et comportements sexuels permettrait de détecter les comportements à risque et de comprendre leurs déterminants afin de mieux les éradiquer. Dans cette perspective, nous décrivons les différents comportements et perceptions liées à la santé de la reproduction.

### 4.5.1. Activité sexuelle

#### 4.5.1.1. Rapports sexuels non pénétrants

Dans cette étude, la majorité des jeunes enquêtés (>80%) considéraient le fait de se faire des bises, de s'embrasser ou encore de se caresser comme faisant partie de la sexualité, et plus de 40,0% d'entre eux affirmaient avoir déjà pratiqué ces formes de sexualité comme le montre la figure 15.

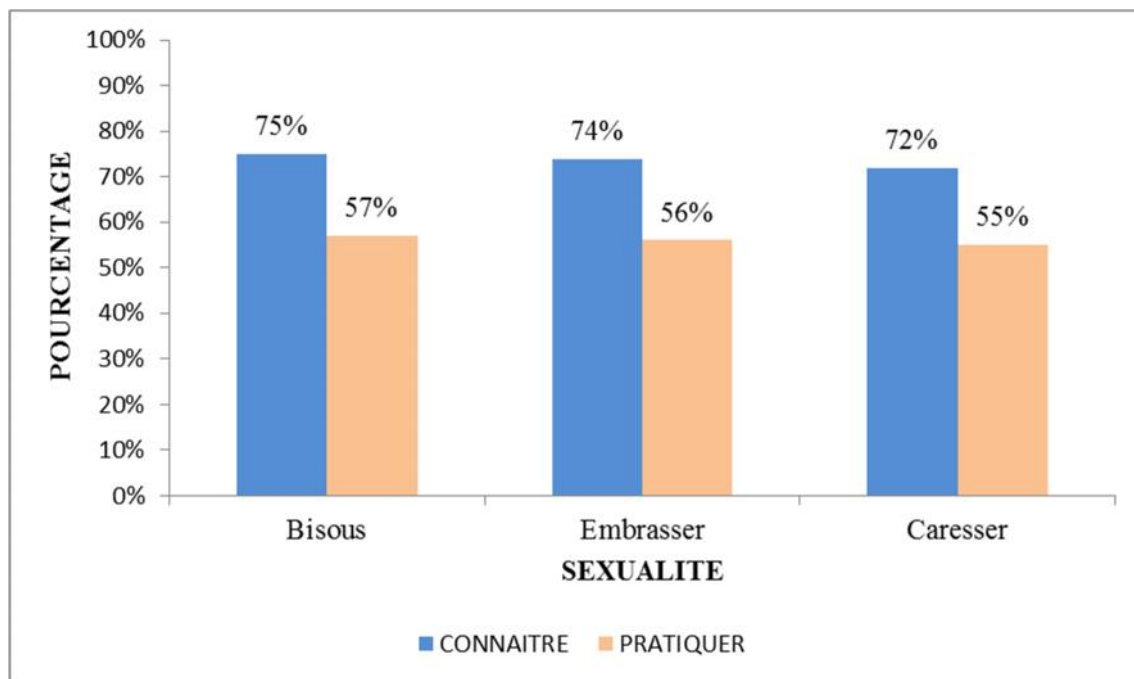


Figure 15. Différentes pratiques sexuelles rapportées par les jeunes

#### 4.5.1.2. Initiation des rapports sexuels pénétrants

Concernant les rapports sexuels pénétrants, 702 (39,9%) jeunes déclaraient être déjà en activité sexuelle, sans distinction de genre. On note que 40,3% des 10-14 ans déclaraient être sexuellement actifs, alors qu'ils étaient 41,4% % chez les jeunes 20-24 ans se déclaraient actifs sur le plan sexuel (Tableau 14). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative selon l'âge, le milieu, la religion et le niveau d'instruction (Tableau 14).

**Tableau 14. Initiation des rapports sexuels chez les jeunes enquêtés (N=1770)**

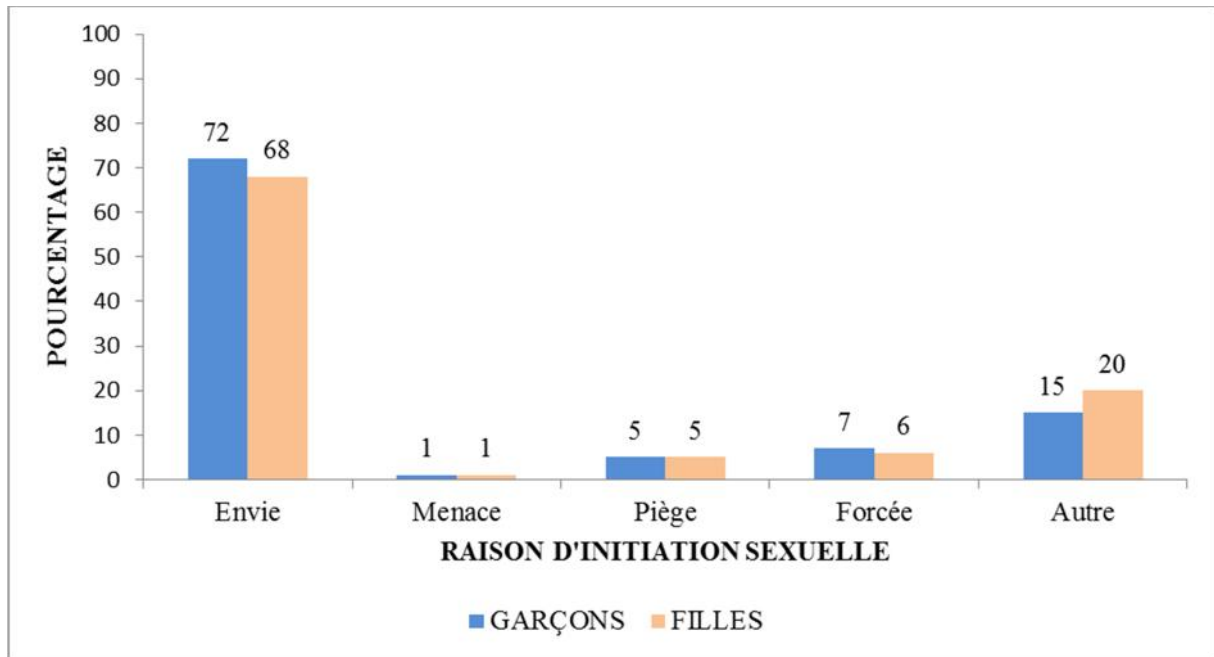
	<b>Oui (n=702)</b>		<b>Non (n=1068)</b>		<b>P</b>
	n	%	n	%	
<b>Genre</b>					
Masculin	304	(38,3)	490	(61,7)	0,287
Féminin	398	(40,8)	578	(59,2)	
<b>Age</b>					
10-14	234	(40,3)	346	(59,7)	0,421
15-19	257	(37,8)	423	(62,2)	
20-24	211	(41,4)	299	(58,6)	
<b>Région</b>					
Lomé	253	(37,6)	419	(62,4)	0,042
Maritime	263	(38,5)	421	(61,5)	
Savanes	186	(44,9)	228	(55,1)	
<b>Milieu</b>					
Urbain	429	(38,5)	685	(61,5)	0,197
Rural	273	(41,6)	383	(58,4)	
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun & Primaire	334	(39,4)	514	(60,6)	0,203
Secondaire	298	(38,7)	473	(61,3)	
Supérieur	70	(46,4)	81	(53,6)	

L'âge médian de l'initiation sexuelle était de 15 ans, avec des extrêmes entre 9 et 20 ans. En transformant la variable âge de début des relations sexuelles en variable dichotomique (<15 ans et ≥ 15 ans). La proportion d'adolescents et de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans sont ainsi présentés (Tableau 15).

**Tableau 15. Age d'initiation du premier rapport sexuel (n=702)**

	<=15 ans		>15 ans		p
	n	%	n	%	
<b>Age</b>					
10-14	234	(100,0)	0	(0,0)	
15-19	68	(26,5)	189	(73,5)	< 0,001
20-24	47	(22,3)	164	(77,7)	
<b>Sexe</b>					
Masculin	162	(53,3)	142	(46,7)	
Féminin	187	(47,0)	211	(53,0)	0,098
<b>Milieu</b>					
Urbain	216	(50,3)	213	(49,7)	
Rural	133	(48,7)	140	(51,3)	0,673
<b>Région</b>					
Lomé	132	(52,2)	121	(47,8)	
Maritime	139	(52,9)	124	(47,1)	
Savanes	78	(41,9)	108	(58,1)	0,046
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun & Primaire	163	(48,8)	171	(51,2)	
Secondaire	166	(55,7)	132	(44,3)	< 0,001
Supérieur	20	(28,6)	50	(71,4)	

Parmi les 702 jeunes garçons et filles qui avaient initié la sexualité, 491 (69,8%) déclaraient l'avoir fait par ce qu'ils en avaient envie, on note cependant que 46 (6,5%) avaient été forcés lors de leurs premiers rapports sexuels et que 34 (4,8%) avaient été piégés au moment d'initier les rapports sexuels (figure 16). Ces niveaux de contraintes au moment de l'initiation sexuelle des jeunes restent surprenants même s'ils sont de plus en plus rapportés dans les enquêtes de sexualité auprès des jeunes. Toutefois, ils ne varient pas significativement selon le genre des enquêtés.



**Figure 16. Raison de l'initiation sexuelle chez les jeunes**

#### 4.5.1.3. Activité sexuelle récente

Des 702 jeunes sexuellement actifs, 328 (46,7%) rapportaient avoir eu une activité sexuelle au cours des 30 derniers jours, ceci quel que soit le genre, la religion ou le milieu de vie (Tableau 16). Concernant le nombre de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, les jeunes sexuellement actifs rapportaient en médiane trois rapports sexuels, extrêmes [1-8] et un seul partenaire sexuel, extrêmes [1-2]. Le comportement sexuel récent des jeunes n'était pas influencé par la religion ni par le milieu ou la ville.

**Tableau 16. Activité sexuelle récente des jeunes enquêtés (n=702)**

	<b>Oui (n=328)</b>		<b>Non (n=374)</b>	
	n	%	n	%
<b>Age (ans)</b>				
10-14	109	(46,6)	125	(54,4)
15-19	125	(48,6)	132	(51,4)
20-24	94	(44,5)	117	(55,5)
<b>Genre</b>				
Masculin	137	(45,1)	167	(54,9)
Féminin	191	(48,0)	207	(52,0)
<b>Région</b>				
Lomé	116	(45,8)	137	(54,1)
Maritime	125	(47,5)	138	(52,4)
Savanes	87	(46,8)	99	(53,2)
<b>Milieu</b>				
Urbain	204	(47,5)	225	(52,5)
Rural	124	(45,4)	149	(54,6)
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun & Primaire	150	(45,0)	184	(55,0)
Secondaire	141	(47,3)	157	(52,7)
Supérieur	37	(52,9)	33	(47,1)

#### 4.5.1.4. Contrainte lors des rapports sexuels

Globalement 165 (9,3%) jeunes déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels sous la contrainte, bien que le phénomène semble plus important en zone urbaine, la différence observée n'était pas statistiquement significative (Tableau 17). De plus, la notion de contrainte lors des rapports sexuels n'était pas plus fréquente chez les filles ni chez les sujets jeunes.

**Tableau 17. Rapport sexuels sous la contrainte parmi les jeunes (N=702)**

	<b>Oui (n=165)</b>		<b>Non (n=537)</b>		<b>P</b>
	n	(%)	n	(%)	
<b>Age (ans)</b>					
10-14	25	(11,1)	208	(88,9)	0,644
15-19	27	(10,5)	230	(89,5)	
20-24	18	(8,5)	193	(91,5)	
<b>Genre</b>					
Masculin	34	(11,2)	270	(88,8)	0,411
Féminin	37	(9,3)	361	(90,7)	
<b>Région</b>					
Lomé	28	(11,1)	225	(88,9)	0,149
Maritime	31	(11,8)	232	(88,2)	
Savanes	12	(6,5)	174	(93,5)	
<b>Milieu</b>					
Urbain	49	(11,4)	380	(88,6)	0,15
Rural	22	(8,1)	251	(91,9)	
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun & Primaire	30	(9,0)	304	(91,0)	0,636
Secondaire	33	(11,1)	265	(99,9)	
Supérieur	8	(11,4)	62	(88,6)	

D'autre part, 72 (10,1%), il y avait autant de filles que de garçons parmi les jeunes ayant déjà obligé leur partenaire à avoir des rapports sexuels (figure 17).

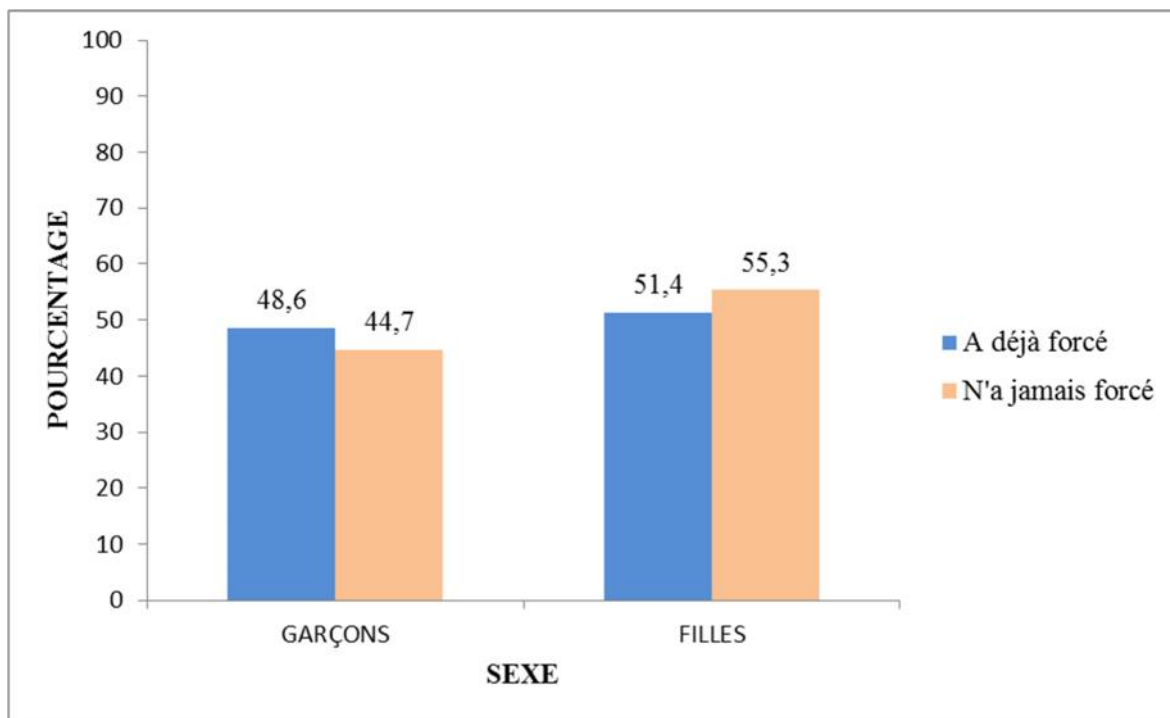
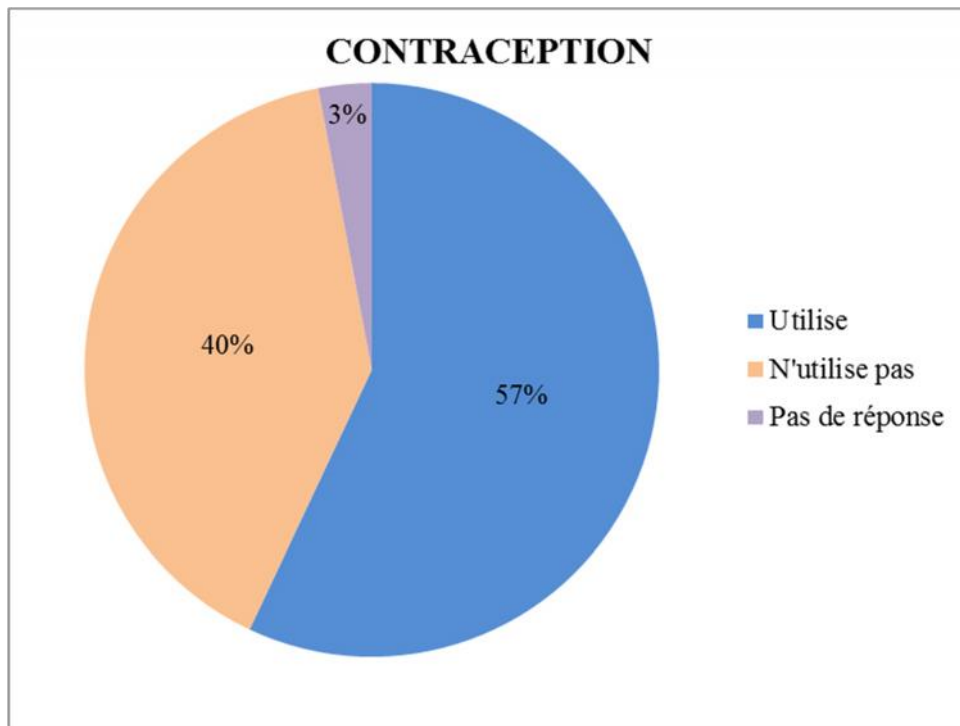


Figure 17. Répartition des jeunes ayant exercé une contrainte pour avoir des rapports sexuels

#### 4.6. Recours à la contraception

Parmi les 702 jeunes sexuellement actifs, 403 (57%) avaient déjà eu recours à une méthode contraceptive (figure 18).



**Figure 18. Recours à la contraception parmi les jeunes sexuellement actifs**

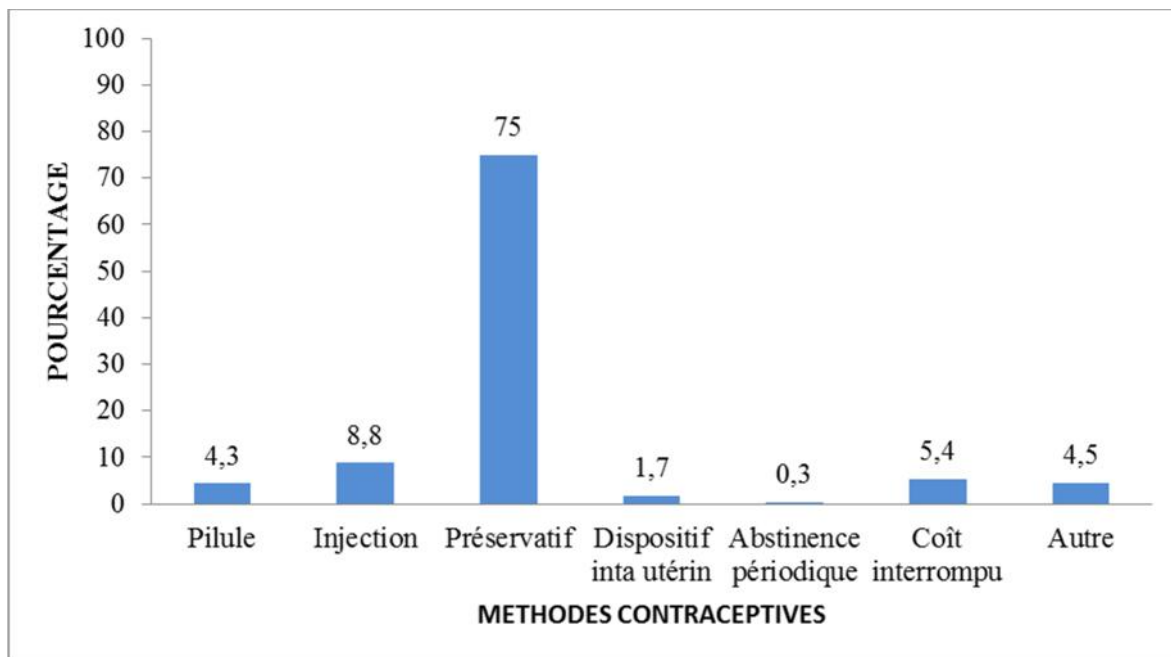
Les garçons avaient autant recours à l'utilisation des méthodes contraceptives que les filles (58,2 vs 56,1,  $p=0,60$ ) et il n'y avait pas de différence selon l'âge, le milieu ou la région d'étude.



**Tableau 18. Recours à une méthode contraceptive (n=702)**

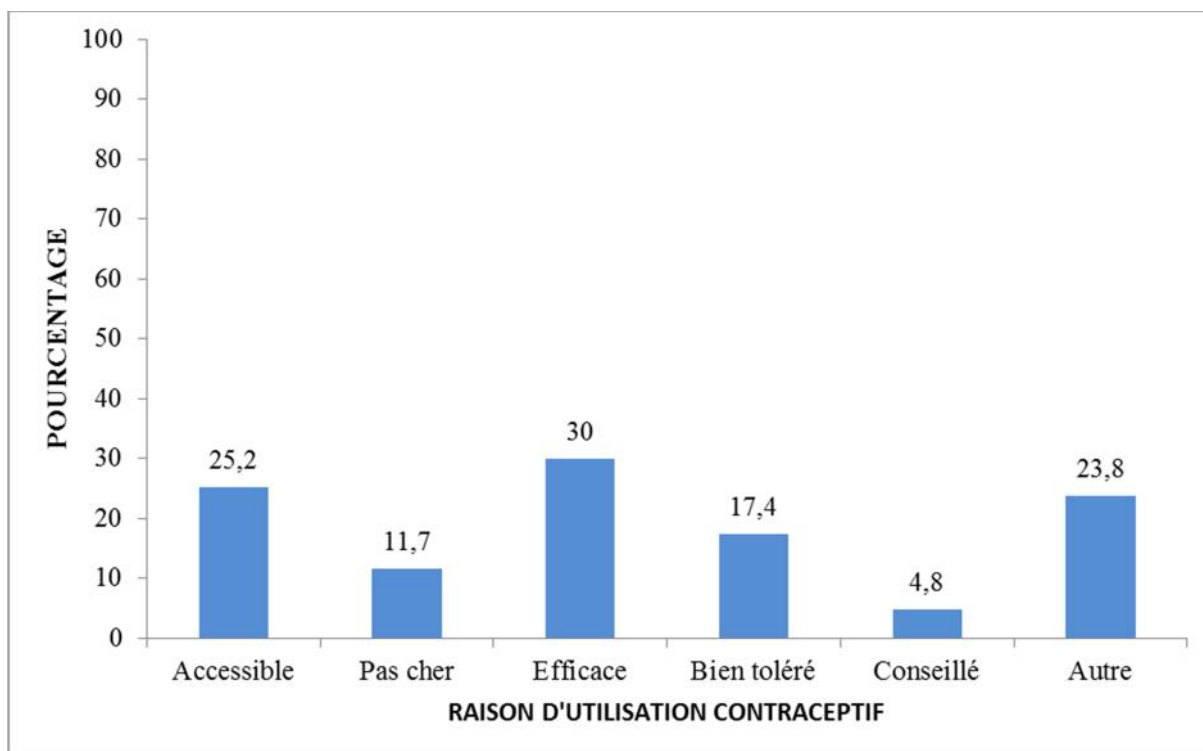
	Oui		Non		p
	n	%	n	%	
<b>Age (ans)</b>					
10-14	139	(61,0)	89	(39,0)	0,075
15-19	146	(57,9)	106	(42,1)	
20-24	115	(56,1)	90	(43,9)	
<b>Genre</b>					
Masculin	176	(58,9)	123	(41,1)	0,076
Féminin	224	(58,0)	162	(42,0)	
<b>Milieu</b>					
urbain	239	(57,2)	179	(42,8)	0,037
Rural	161	(60,3)	106	(39,7)	
<b>Région</b>					
Lomé	133	(54,3)	112	(45,7)	0,052
Maritime	164	(62,8)	97	(37,2)	
Savane	103	(57,5)	76	(42,5)	
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun & Primaire	199	(61,0)	127	(39,0)	0,735
Secondaire	170	(58,4)	121	(41,6)	
Supérieur	31	(45,6)	37	(54,4)	

La méthode contraceptive que les adolescents et jeunes avaient le plus utilisée était le préservatif masculin rapporté par 75,1%, suivi des contraceptifs oraux et injectables, respectivement 4,3% et 8,8%. La méthode utilisée ne variait pas significativement en fonction du genre ni de l'âge (Figure 19)



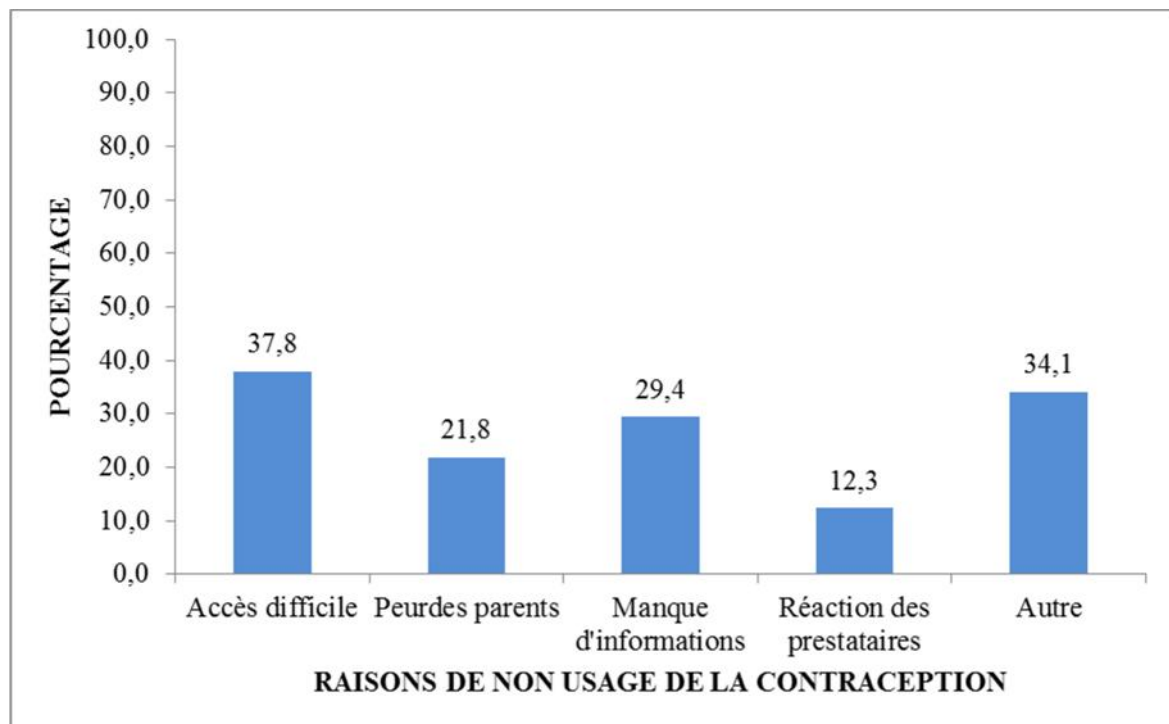
**Figure 19. Méthodes contraceptives utilisées par les jeunes**

Parmi les jeunes sexuellement actifs (n=702), seuls 49 (6,9%) utilisaient encore une méthode contraceptive au moment de l'enquête, il s'agissait du préservatif (masculin ou féminin) pour 74,5% d'entre eux. Les raisons évoquées pour justifier le recours actuel à cette méthode contraceptive étaient principalement son efficacité (30,0%) et sa disponibilité (25,2%) comme le montre la figure 20.



**Figure 20. Raison d'utilisation des contraceptifs identifiés par les jeunes sexuellement actifs**

Pour ce qui est de l'intention d'utiliser la contraception chez les jeunes sexuellement actifs ou non, 263 (14,8%) ne souhaitait pas utiliser la contraception, principalement par ce que l'accès leur était difficile (30,0%), par manque d'information (20,0%) ou par peur du regard des prestataires (17,0%) comme le montre la figure 21.



**Figure 21. Raisons de non usage de la contraception par les jeunes sexuellement actifs**

## 4.7. Grossesse et désir de maternité

### 4.7.1. Grossesses antérieures

Parmi les 402 jeunes filles sexuellement actives, 153 (38,1%) avaient déjà été enceintes. Il n'y avait pas de différence significative selon l'âge, le milieu, le niveau d'étude et la principale activité réalisée. Cependant, il y avait une différence statistiquement significative en fonction de la région avec une fréquence de grossesse chez les filles vivant dans la région des Savanes plus élevée ( $p=0,033$ ).

**Tableau 19. Grossesse chez les adolescentes et jeunes et sexuellement actives (N=402).**

	Oui (n=153)		Non (n=249)		Total (n=402)	P
	n	%	n	%	n %	
<b>Age (ans)</b>						
10-14	44	(35,2)	81	(64,8)	125 (100,0)	0,209
15-19	65	(43,6)	84	(56,4)	149 (100,0)	
20-24	44	(34,4)	84	(65,6)	128 (100,0)	
<b>Région</b>						
Lome commune	41	(31,1)	91	(68,9)	132 (100,0)	0,033*
Maritime	59	(37,3)	99	(62,7)	158 (100,0)	
Savanes	53	(47,3)	59	(52,7)	112 (100,0)	
<b>Milieu</b>						
Urbain	83	(34,6)	157	(65,4)	240 (100,0)	0,081
Rural	70	(43,2)	92	(56,8)	162 (100,0)	
<b>Niveau d'étude</b>						
Aucun/primaire	84	(38,5)	134	(61,5)	218 (100,0)	0,436
Secondaire	53	(35,3)	97	(64,7)	150 (100,0)	
Supérieur	16	(47,1)	18	(52,9)	34 (100,0)	
<b>Activité en cours</b>						
Etudiant/élève	94	(37,6)	156	(62,4)	250 (100,0)	0,689
Travailleur/formation	55	(39,9)	83	(60,1)	138 (100,0)	
Sans activité	4	(28,6)	10	(71,4)	14 (100,0)	

#### 4.7.2. Grossesses en cours

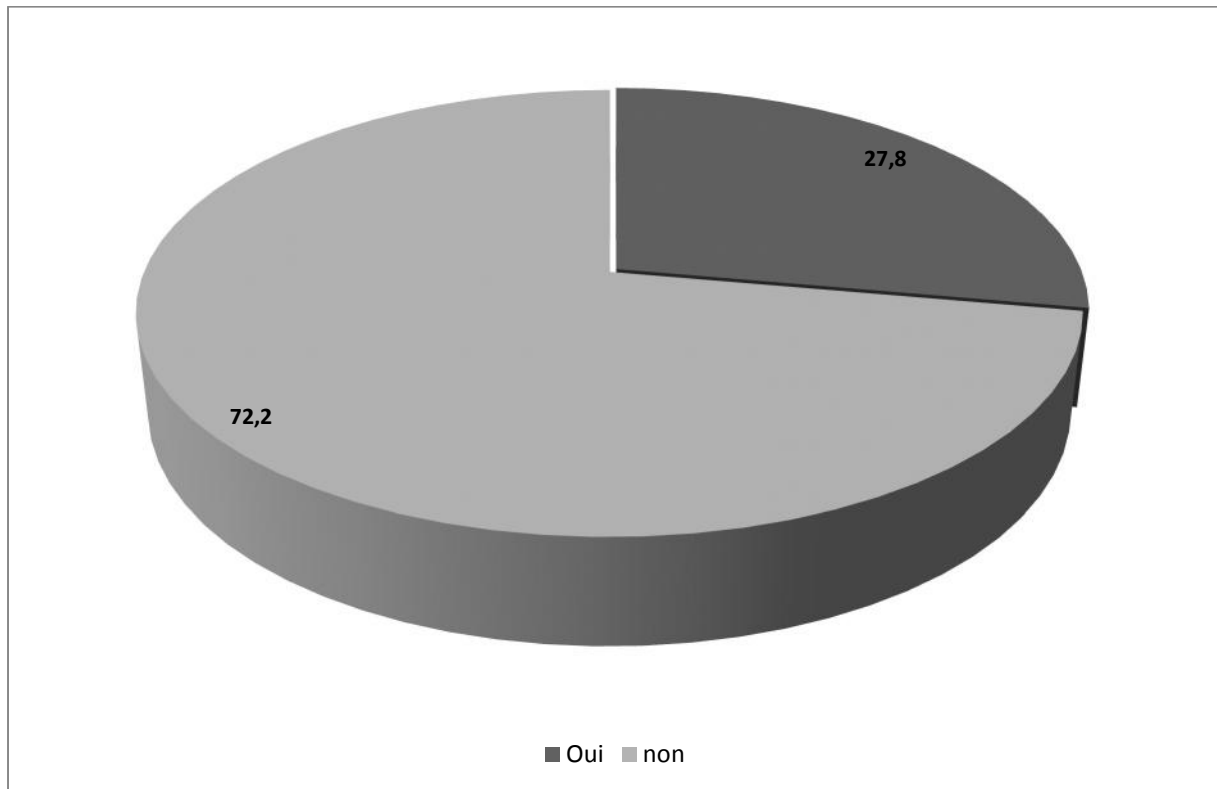
D'autre part, 27 adolescentes et jeunes filles déclaraient être enceintes d'une grossesse en cours au moment de l'enquête (Tableau 20).

**Tableau 20. Grossesse en cours chez les adolescentes et jeunes et sexuellement actives (N=402).**

	Grossesse en cours (n=27)		Pas de Grossesse en cours (n=375)		Total (n=402)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Age (ans)</b>							
10-14	7	(5,6)	118	(94,4)	125	(100,0)	0,698
15-19	12	(8,1)	137	(91,9)	149	(100,0)	
20-24	8	(6,3)	120	(93,8)	128	(100,0)	
<b>Région</b>							
Lome commune	6	(4,5)	126	(95,5)	132	(100,0)	0,334
Maritime	14	(8,9)	144	(91,1)	158	(100,0)	
Savanes	7	(6,3)	105	(93,8)	112	(100,0)	
<b>Milieu</b>							
Urbain	19	(7,9)	221	(92,1)	240	(100,0)	0,242
Rural	8	(4,9)	154	(95,1)	162	(100,0)	
<b>Niveau d'étude</b>							
Aucun/primaire	17	(7,8)	201	(92,2)	218	(100,0)	0,637
Secondaire	8	(5,3)	142	(94,7)	150	(100,0)	
Supérieur	2	(5,9)	32	(94,1)	34	(100,0)	
<b>Activité</b>							
Etudiant/élève	15	(6,0)	235	(94,0)	250	(100,0)	0,757 <sup>c</sup>
Travailleur/formation	11	(8,0)	127	(92,0)	138	(100,0)	
Sans activité	1	(7,1)	13	(92,9)	14	(100,0)	

#### 4.7.3. Grossesses non désirées

Parmi les 153 adolescentes et jeunes filles ayant déjà eu une grossesse, seulement 28% (n=51) ont déclaré avoir souhaité cette grossesse à ce moment-là (Figure 22).



**Figure 22. Souhait de tomber enceinte**

#### **4.7.4. Interruption volontaire de grossesse**

La précocité sexuelle des jeunes est souvent à l'origine de grossesses non désirées qui lorsqu'elles ne sont pas correctement prises en charge peuvent mettre en danger les vies des jeunes et leur santé reproductive. Nous explorons ici cette dimension de la santé à travers l'intention de grossesse et le recours à l'interruption de grossesse.

##### **4.7.4.1. Réalisation d'une IVG**

Dans cette étude, 31 (15,5%) des 153 jeunes filles ayant déjà été enceintes ou auteurs de grossesses déclaraient avoir déjà pratiqué ou encouragé leur partenaire à réaliser une interruption volontaire de grossesse.

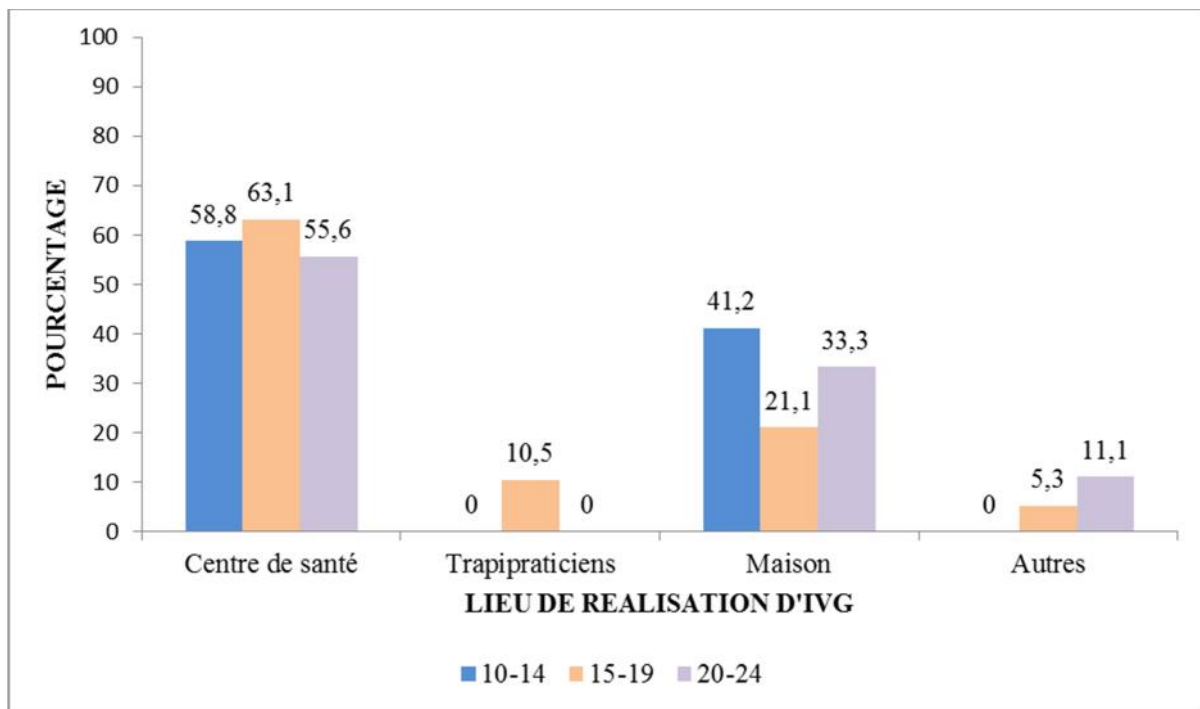
(Tableau 21)

**Tableau 21. Pratique de l'IVG chez les jeunes ayant déjà eu une grossesse**

	Oui (n=31)		Non (n=371)		Total (n=402)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Age (ans)</b>							
10-14	9	(7,2)	116	(92,8)	125	(100,0)	,599
15-19	14	(9,4)	135	(90,6)	149	(100,0)	
20-24	8	(6,3)	120	(93,8)	128	(100,0)	
<b>Région</b>							
Lome commune	9	(6,8)	123	(93,2)	132	(100,0)	,054
Maritime	18	(11,4)	140	(88,6)	158	(100,0)	
Savanes	4	(3,6)	108	(96,4)	112	(100,0)	
<b>Milieu</b>							
Urbain	17	(7,1)	223	(92,9)	240	(100,0)	,566
Rural	14	(8,6)	148	(91,4)	162	(100,0)	
<b>Niveau d'étude</b>							
Aucun/primaire	18	(8,3)	200	(91,7)	218	(100,0)	,827
Secondaire	10	(6,7)	140	(93,3)	150	(100,0)	
Supérieur	3	(8,8)	31	(91,2)	34	(100,0)	
<b>Activité</b>							
Etudiant/élève	18	(7,2)	232	(92,8)	250	(100,0)	,867
Travailleur/formation	12	(8,7)	126	(91,3)	138	(100,0)	
Sans activité	1	(7,1)	13	(92,9)	14	(100,0)	

#### 4.7.4.2. Lieu de réalisation des IVG

Les IVG étaient principalement réalisées dans les centres de santé (60%) ou à domicile (33,2%), tandis que 4% se déroulaient chez des tradipraticiens dans des conditions d'asepsie et avec des méthodes inconnues. On note également que les 15-19 ans avaient plus souvent recours aux tradipraticiens, alors que les plus jeunes et les plus âgés n'y allaient pas du tout (Figure 23).



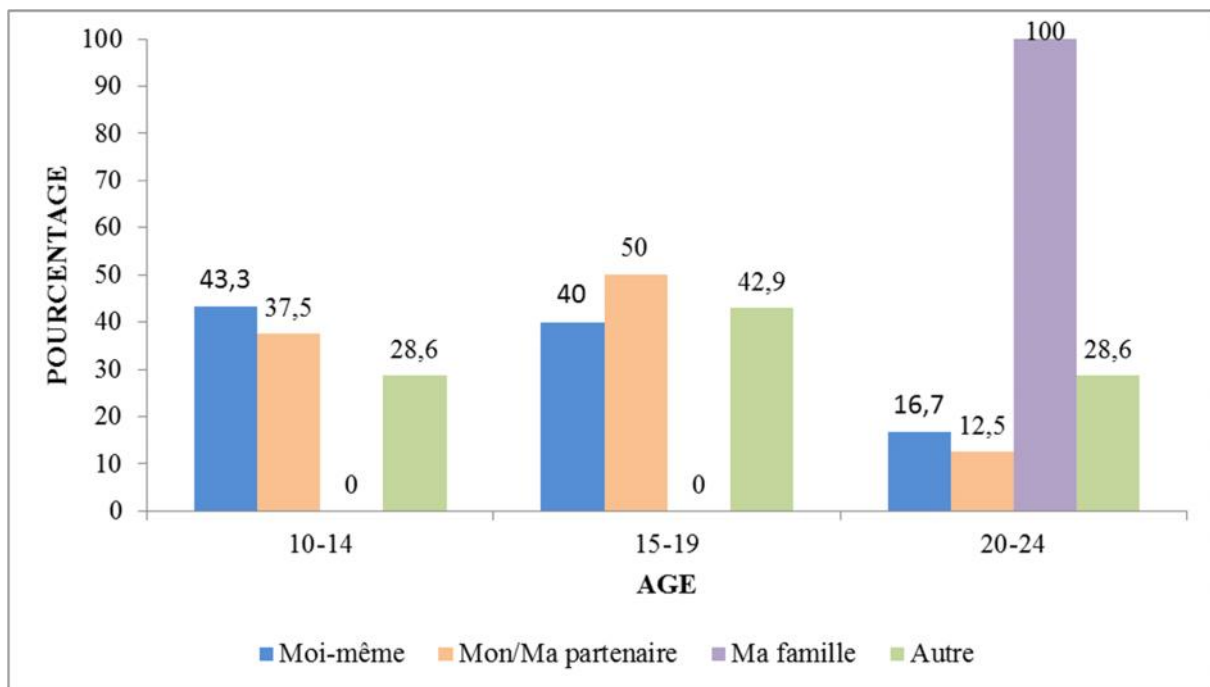
**Figure 23. Lieu de réalisation des IVG chez les jeunes**

#### 4.7.4.3. Décision et Motivation de réalisation des IVG

Pour ce qui est de la décision de pratiquer une IVG, les jeunes s'identifiaient comme les principaux acteurs et décideurs, puisque environ 65% d'entre eux quel que soit l'âge rapportaient avoir eux-mêmes pris la décision de recourir à une IVG. Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, les 10-14 ans seraient plus de 72% à décider eux-mêmes de recourir à une IVG, en tenant compte de l'avis du partenaire, mais ils ne tiendraient pas souvent compte de l'avis de leurs parents.

On retrouve le même cas de figure chez les 15-19 ans qui n'associeraient pas les parents à la décision de réaliser une IVG. Par contre les 20-24 ans tiennent compte de l'avis des parents et de leur entourage ainsi que celui du partenaire dans la décision de réaliser une IVG comme le montre la figure 24.





**Figure 24. Personne décidant de la réalisation d'une IVG chez les jeunes au Togo**

Par ailleurs, la principale raison pour laquelle les jeunes filles décidaient de recourir à une IVG était la peur d'être renvoyée de l'école (100%), suivie du désistement du partenaire (66,7%) et de la peur d'assumer un enfant (61,1%) comme le montre la figure 25.

Les garçons quant à eux étaient plus inquiets de l'opinion de leurs parents (50%) et craignaient d'assumer un enfant. D'une manière générale les filles semblent plus motivées à recourir à des IVG, probablement du fait de leur plus grande implication dans les grossesses. D'un autre côté, l'analyse selon l'âge montre que les 10-14 ans recouraient à l'IVG plus par peur d'interrompre leurs études et par peur de décevoir les parents, alors que les 20-24 ans recouraient à l'avortement suite au désistement du partenaire et par peur d'assumer seul un enfant.

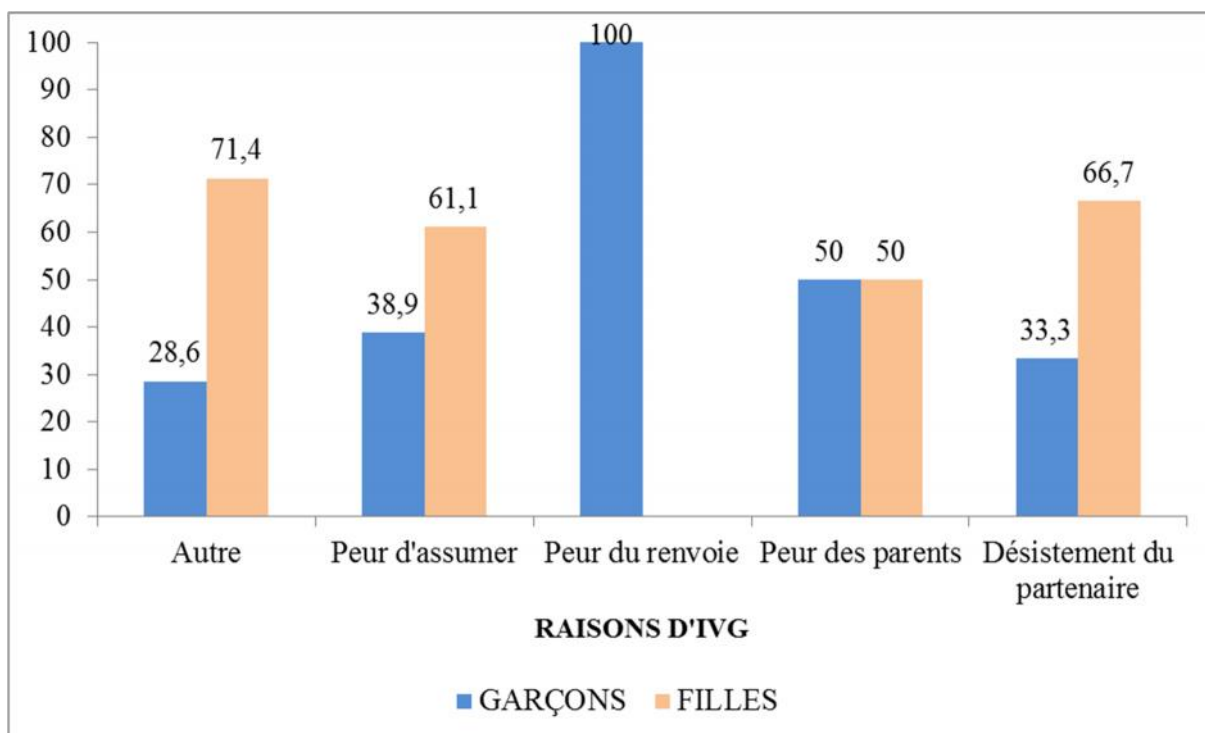


Figure 25. Raisons du recourt à l'IVG chez les jeunes selon le genre au Togo

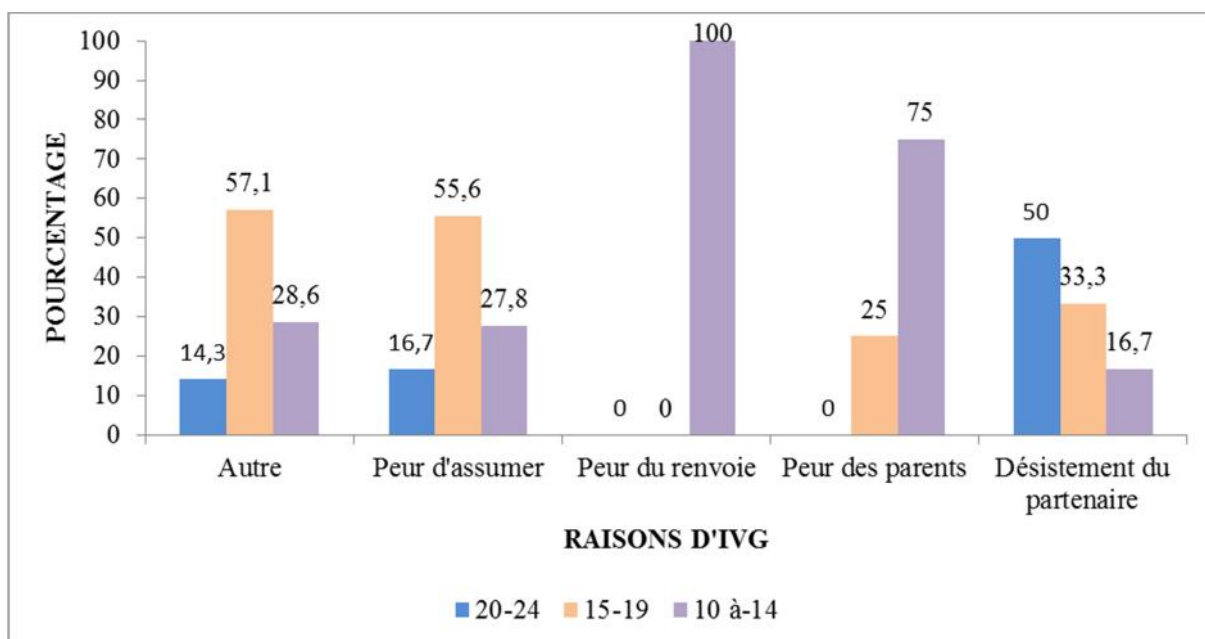


Figure 26. Raisons du recourt à l'IVG chez les jeunes selon l'âge au Togo

De ce qui précède, on comprend bien que les jeunes décident très souvent seuls de recourir à l'IVG mettant ainsi en danger leur vie. Cette décision est le plus souvent motivée par la peur d'interrompre les études, d'assumer seul un enfant ou encore la réaction des parents. Ceci est d'autant plus compréhensible que seuls 483 jeunes (27,2%) discutaient de prévention des grossesses avec leur entourage, sans distinction de genre ni de niveau scolaire ni même de statut matrimonial.

## 4.8. Infection sexuellement transmissible et VIH /SIDA

Les IST et le VIH constituent un problème majeur pour la santé sexuelle des jeunes et des adolescents. Explorer ce volet permet d'évaluer d'une part le degré de conscience sanitaire de la maladie, mais aussi les connaissances en matière de prévention, ainsi que les attitudes et les comportements à risque.

### 4.8.1. Connaissance des IST et du VIH

#### 4.8.1.1. Connaissances générales sur le VIH

Globalement les jeunes enquêtés avaient plutôt une bonne connaissance du VIH et savaient très bien identifier les idées reçues complètement fausses au sujet de cette maladie. Ainsi, plus de 60% d'entre eux, savaient que le VIH pouvait s'attraper dès le premier rapport sexuel (71%) et que c'était une maladie chronique dont on ne guérissait pas (61%), ni grâce à la médecine traditionnelle (69%), ni en ayant des rapports sexuels avec des vierges (74%). Cependant, 19% des jeunes continuaient de croire que le VIH se voit à l'apparence de l'individu, ce qui les expose au risque d'avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires en bonne santé apparente (Figure 27).

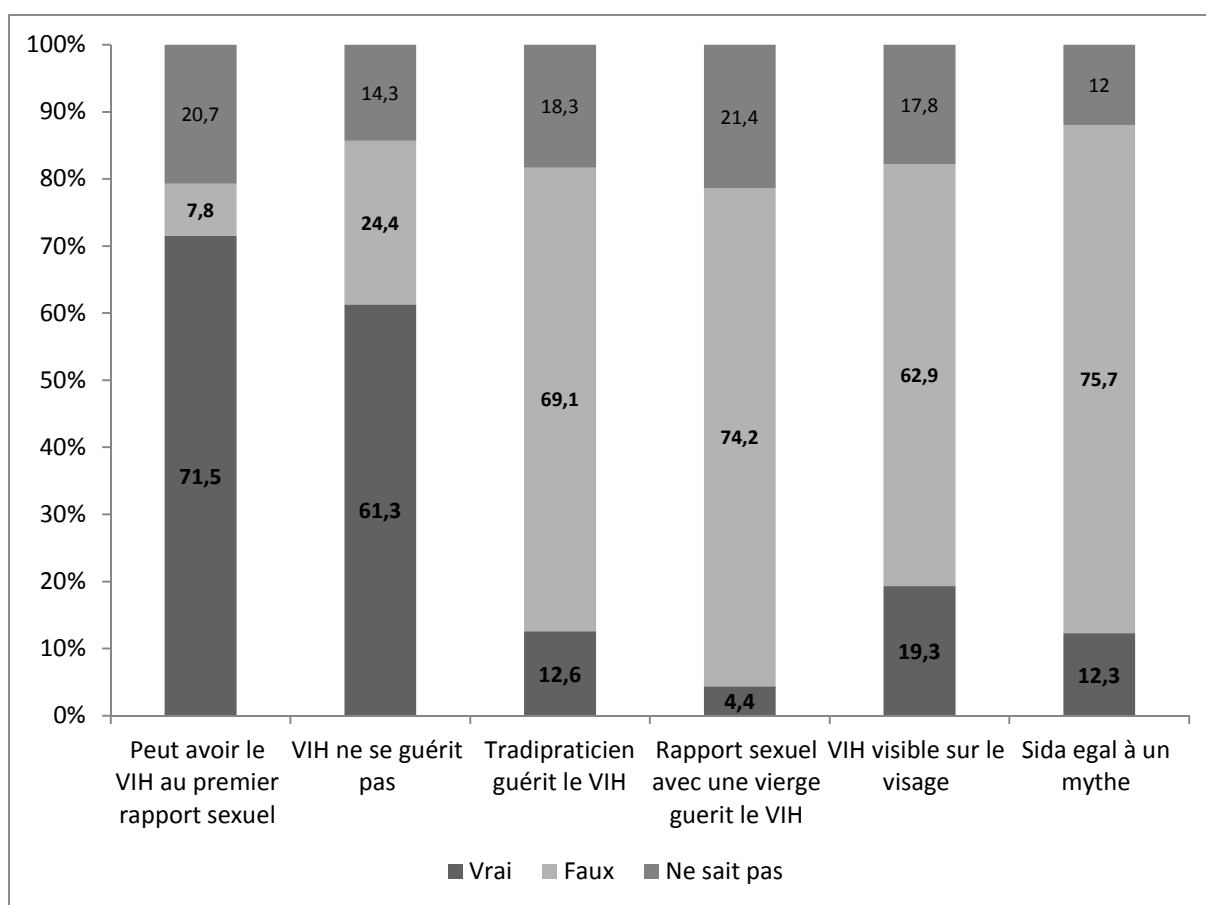
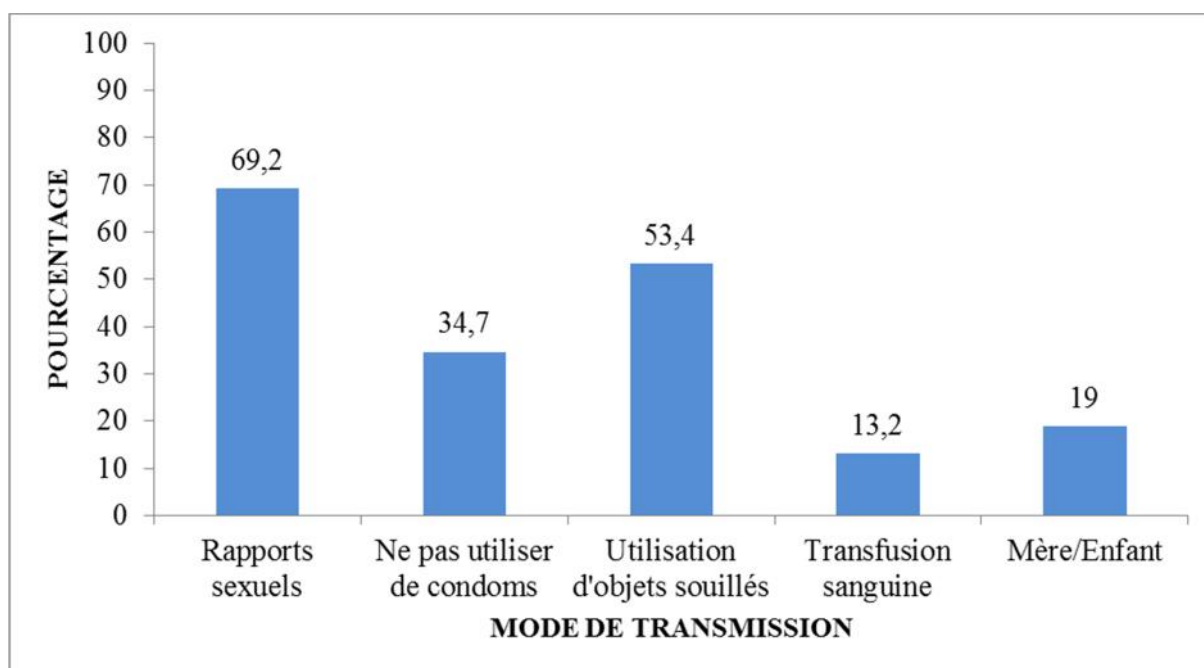


Figure 27. Connaissance générale et idées reçues sur le VIH

#### 4.8.1.2. Connaissance des modes de transmission du VIH et des IST

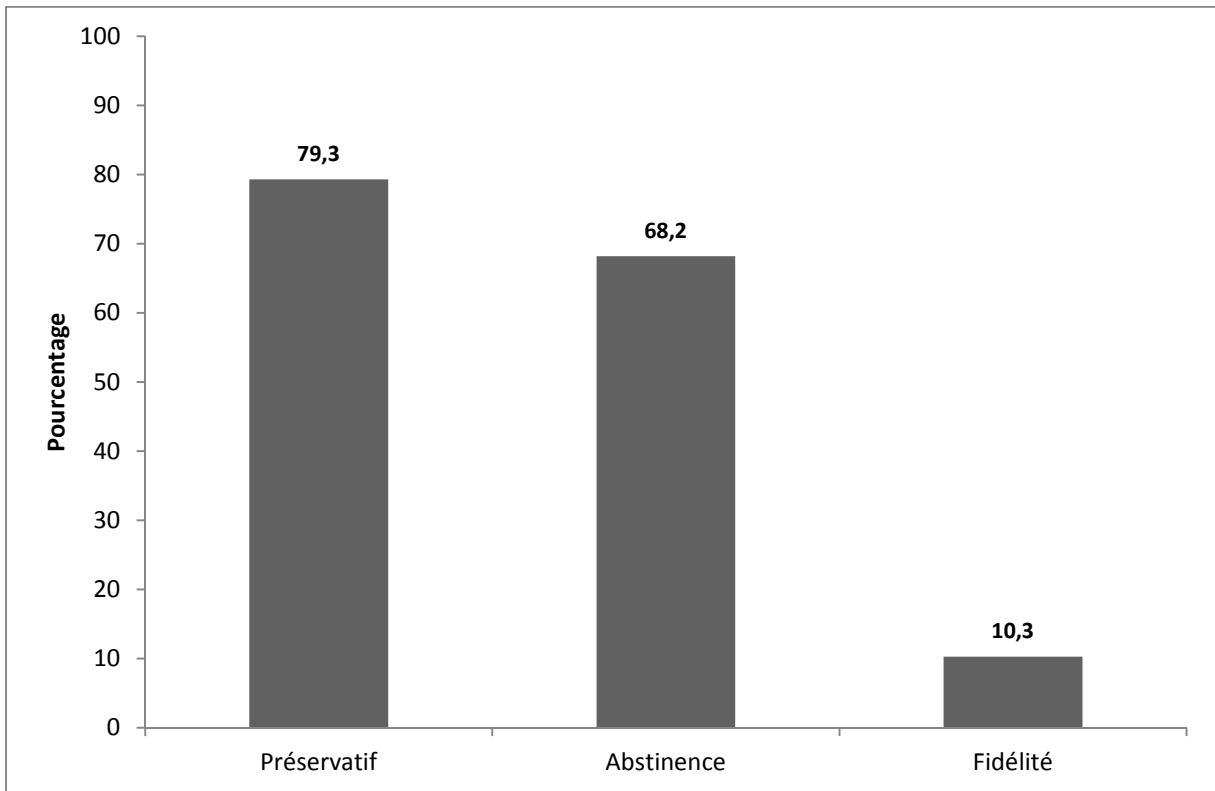
La connaissance des IST et du VIH reste complexe à évaluer puisque 100% des jeunes déclaraient naturellement en avoir déjà entendu parler. Toutefois, la connaissance des moyens de transmission reste faible, seulement 69,2% des jeunes identifiaient les rapports sexuels quel que soit le type de partenaire comme mode de transmission. L'usage d'objets souillés était également identifié par plus de 50% des jeunes comme moyen de transmission, alors que moins de 20% identifiaient la transmission mère enfant et les transfusions sanguines (Figure 28).



**Figure 28. Connaissance des modes de transmission du VIH et des IST**

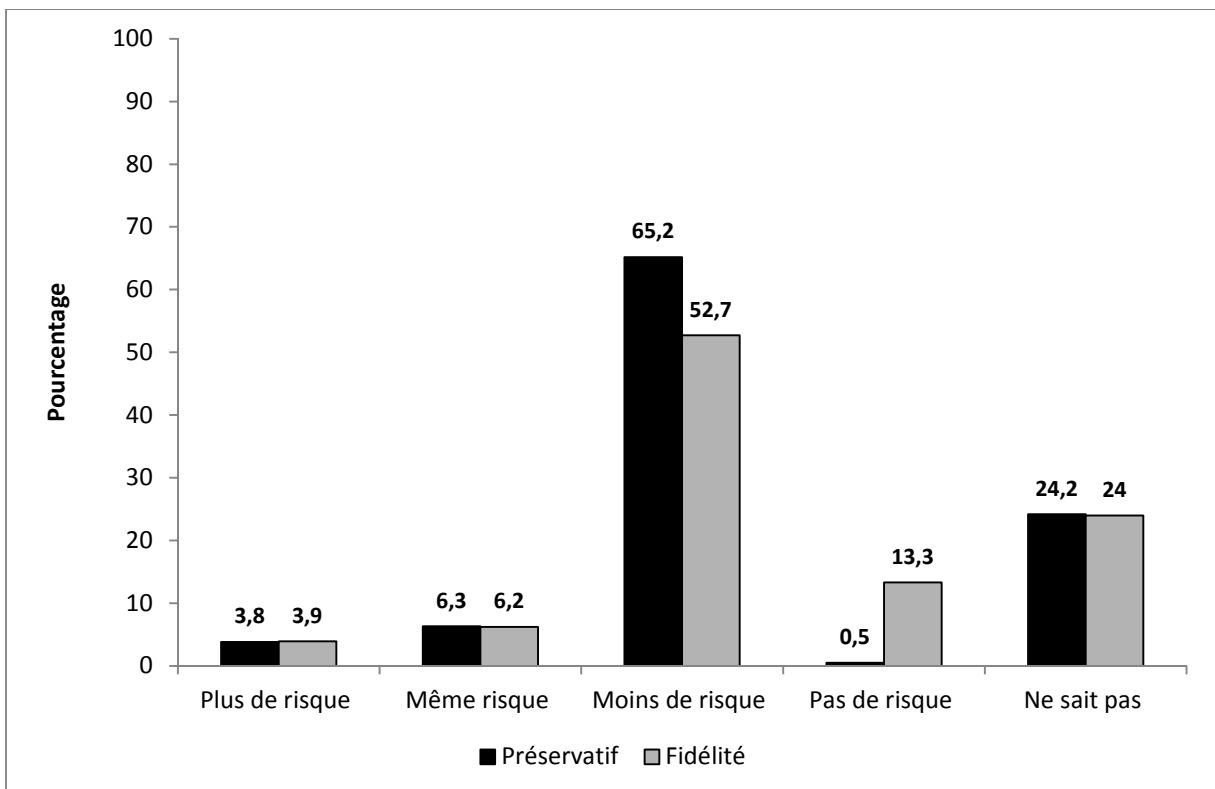
#### 4.8.1.3. Connaissance des modes de prévention

Les méthodes de prévention des IST et du VIH étaient plutôt bien connues des jeunes, principalement l'usage du préservatif (79,3%) et l'abstinence (68,2%). La fidélité n'était identifiée que par 10% des jeunes comme méthode de prévention du VIH (Figure 29).



**Figure 29. Connaissance des modes de prévention des IST et du VIH**

De plus, environ 60% des jeunes percevaient bien la réduction du risque de transmission du VIH induite par l'usage du préservatif tandis que 13% d'entre eux associaient la fidélité à une absence totale de risque de contracter le VIH (Figure 30).



**Figure 30. Perception du risque de contracter le VIH avec chaque méthode de prévention**

#### 4.8.1.4. Connaissance approfondie sur le VIH/Sida

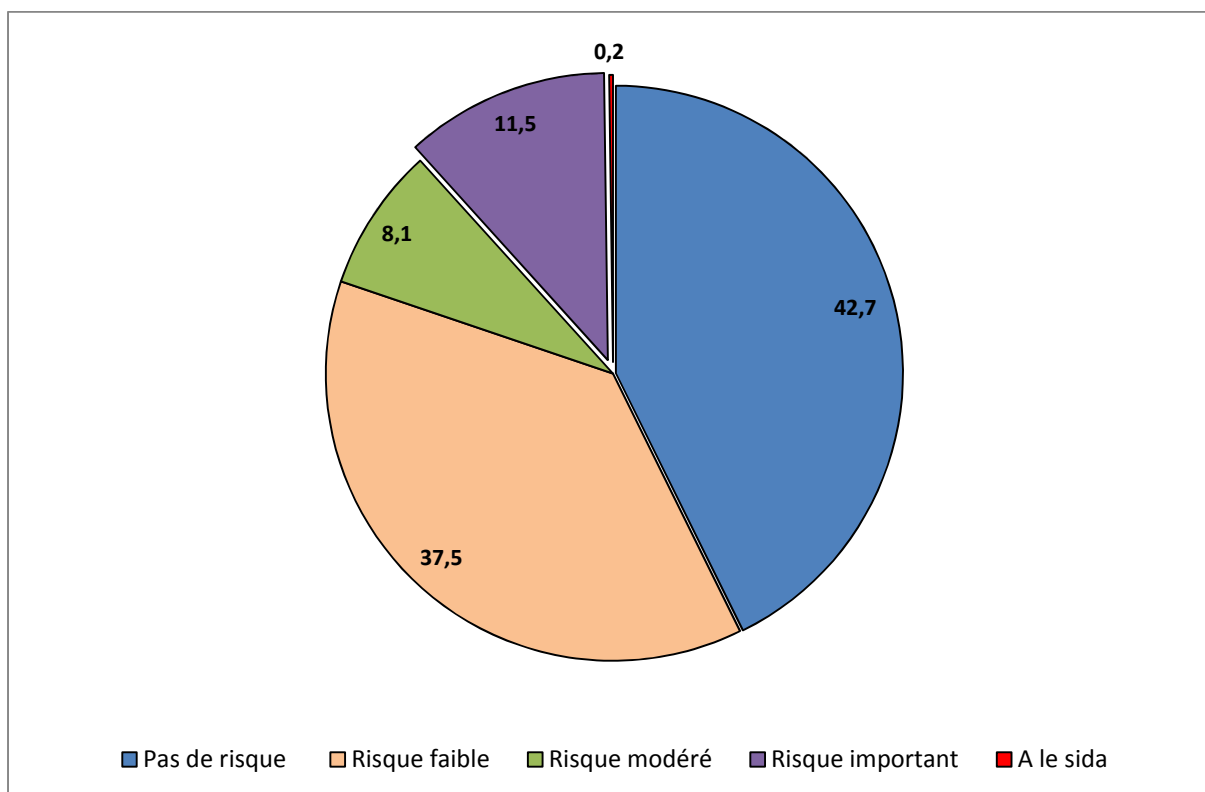
Le tableau 22 montre que 34,8 des jeunes avaient une connaissance approfondie sur le VIH/SIDA. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative selon l'âge, le genre, le milieu et la région d'étude

**Tableau 22. Connaissance approfondie sur le VIH chez les adolescents et les jeunes**

	Oui		Non	
	n	%	n	%
<b>Age (ans)</b>				
10-14	205	(35,3)	375	(64,7)
15-19	237	(34,9)	443	(65,1)
20-24	174	(34,1)	336	(65,9)
<b>Genre</b>				
Masculin	277	(34,9)	517	(65,1)
Féminin	339	(34,7)	637	(65,3)
<b>Milieu</b>				
Urbain	379	(34,0)	735	(66,0)
Rural	237	(36,1)	419	(63,9)
<b>Région</b>				
Lomé	236	(35,1)	436	(64,9)
Maritime	249	(36,4)	435	(63,6)
Savanes	131	(31,6)	283	(68,4)
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun & Primaire	298	(35,1)	550	(64,9)
Secondaire	264	(34,2)	507	(65,8)
Supérieur	54	(35,8)	97	(64,2)
<b>Situation matrimoniale</b>				
En Union	84	(36,5)	146	(63,5)
Pas en union	532	(34,5)	1008	(65,5)

#### **4.8.2. Perception du risque individuel de contracter le VIH**

Environ 79% des jeunes estiment avoir un risque faible ou nul de contracter le VIH au moment de l'enquête, tandis que 11,5% pensaient courir un risque important et 0,2% déclaraient être déjà séropositifs (figure 31).



**Figure 31. Perception du risque individuel de contracter le VIH chez les jeunes au Togo**

#### 4.8.2.1. Connaissance et vécu du dépistage

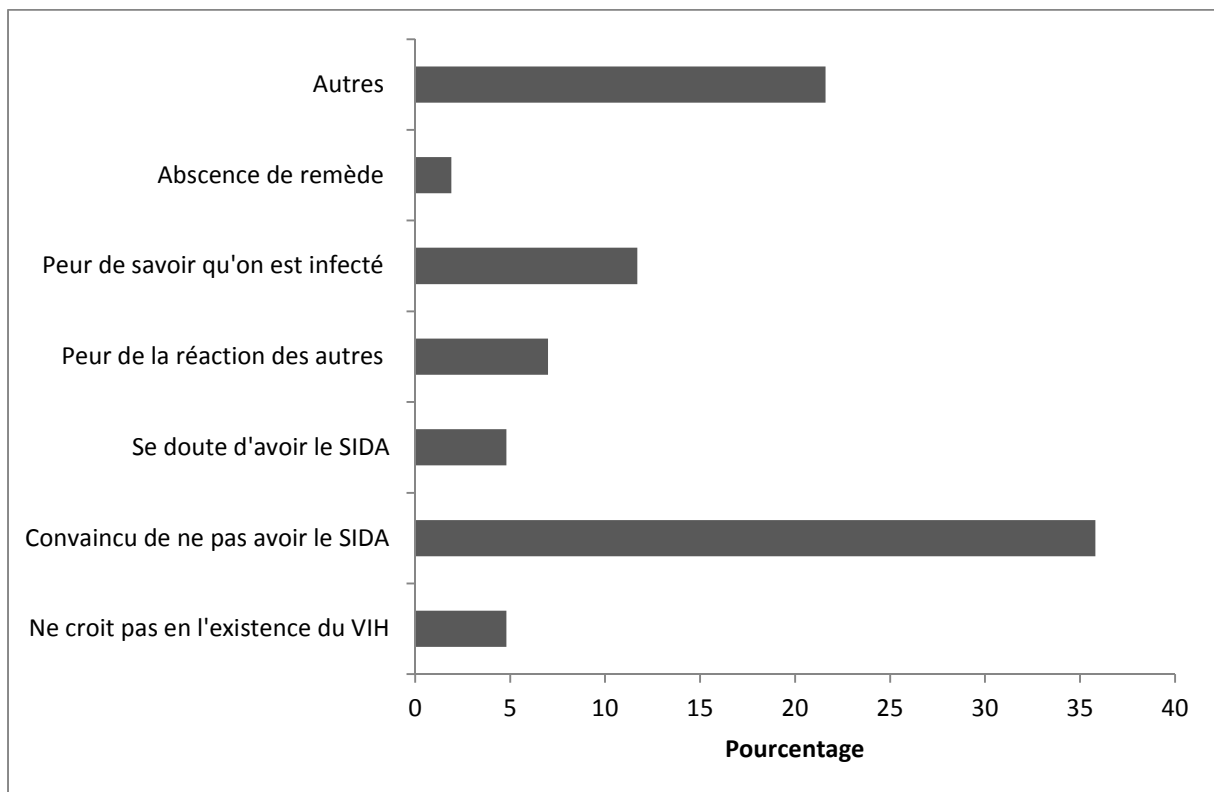
Parmi les adolescents et jeunes enquêtés, 1289 (72,8%) savaient qu'il fallait faire un test de dépistage pour savoir qu'une personne est porteuse du VIH, même s'il n'y avait pas de différence selon les caractéristiques sociodémographiques. Par ailleurs, le tableau 23 montre que seulement 555 (31,3%) jeunes avaient déjà fait le test de dépistage du VIH, principalement à Lomé commune du fait d'une plus grande accessibilité. Il n'y avait pas de différence entre les tranches d'âge ni entre les genres concernant la réalisation d'un test de dépistage. En dépit de ce faible taux de jeunes ayant déjà fait le test VIH, 1114 (62,3%) se disaient disposés à faire le test de dépistage s'il leur était proposé.

**Tableau 23. Vécu des jeunes en matière de dépistage du VIH**

	Avoir déjà fait le test VIH (n=555)		Disposé à faire le test VIH (n=1114)	
	n	%	n	%
<b>Age (ans)</b>				
10-14	174	(32,2)	448	(81,6)
15-19	217	(34,1)	521	(81,2)
20-24	164	(33,3)	392	(80,8)
<b>Sexe</b>				
Masculin	254	(34,1)	599	(80,8)
Féminin	301	(32,5)	762	(81,5)
<b>Région</b>				
Lomé	217	(33,4)	527	(82,3)
Maritime	220	(34,7)	512	(79,8)
Savanes	118	(30,6)	322	(81,7)
<b>Milieu</b>				
Urbain	373	(34,9)	874	(81,7)
Rural	182	(30,3)	487	(80,4)
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun & Primaire	270	(33,7)	656	(81,9)
Secondaire	246	(34,0)	590	(80,4)
Supérieur	39	(27,1)	115	(81,6)
<b>Situation matrimoniale</b>				
En union	68	(30,5)	175	(79,2)
Pas en union	487	(33,7)	1186	(81,5)

Toutefois, ceux qui ne souhaitent pas faire le test de dépistage évoquaient comme raison principale la conviction de ne pas être infecté (35,8%) et la peur de découvrir qu'on est infecté (11,7%) comme le montre la figure 32. On retrouvait également environ 7% des jeunes qui évoquaient la peur de la stigmatisation et plus de 4% qui refusaient l'existence du VIH/SIDA comme maladie. Ces résultats étaient bien sûr fortement liés au niveau d'instruction et à l'accès à l'information.



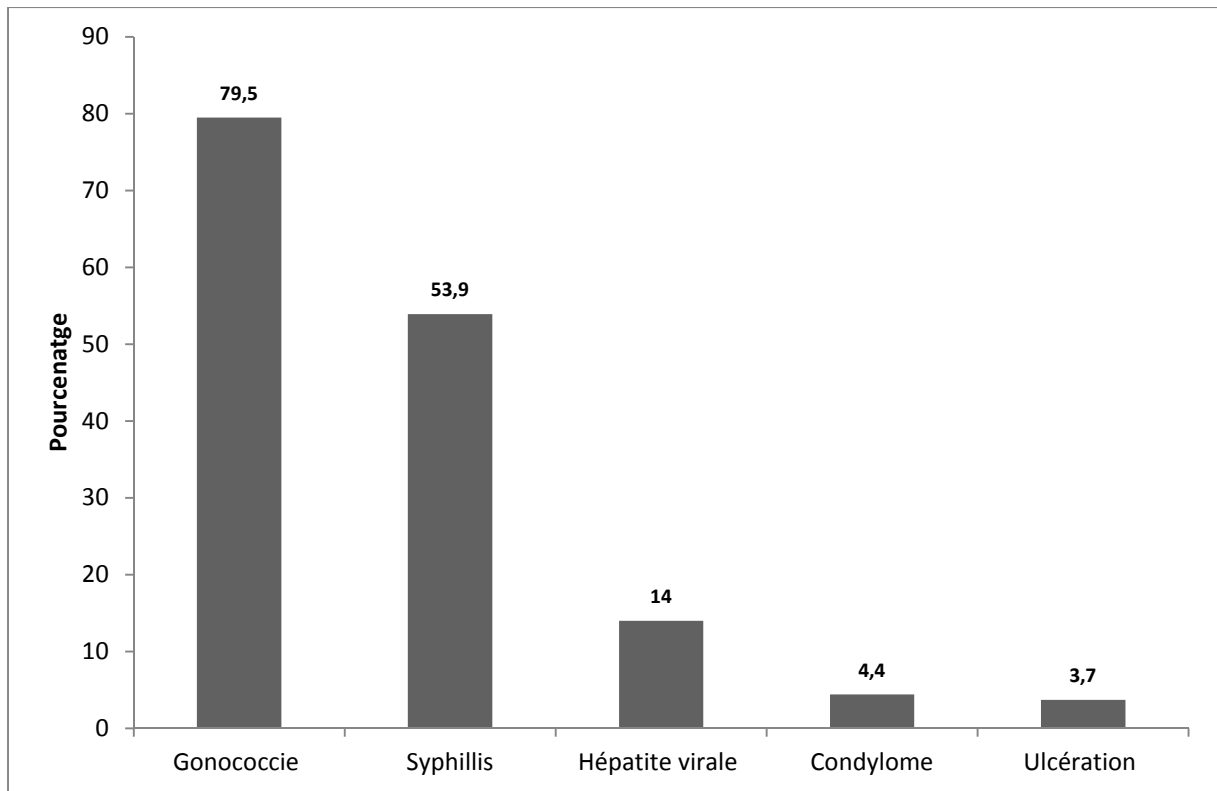


**Figure 32. Raison de refus de faire le dépistage chez les jeunes au Togo**

### **4.8.3. Connaissance des autres IST et changement de comportement**

#### **4.8.3.1. Connaissance des autres IST**

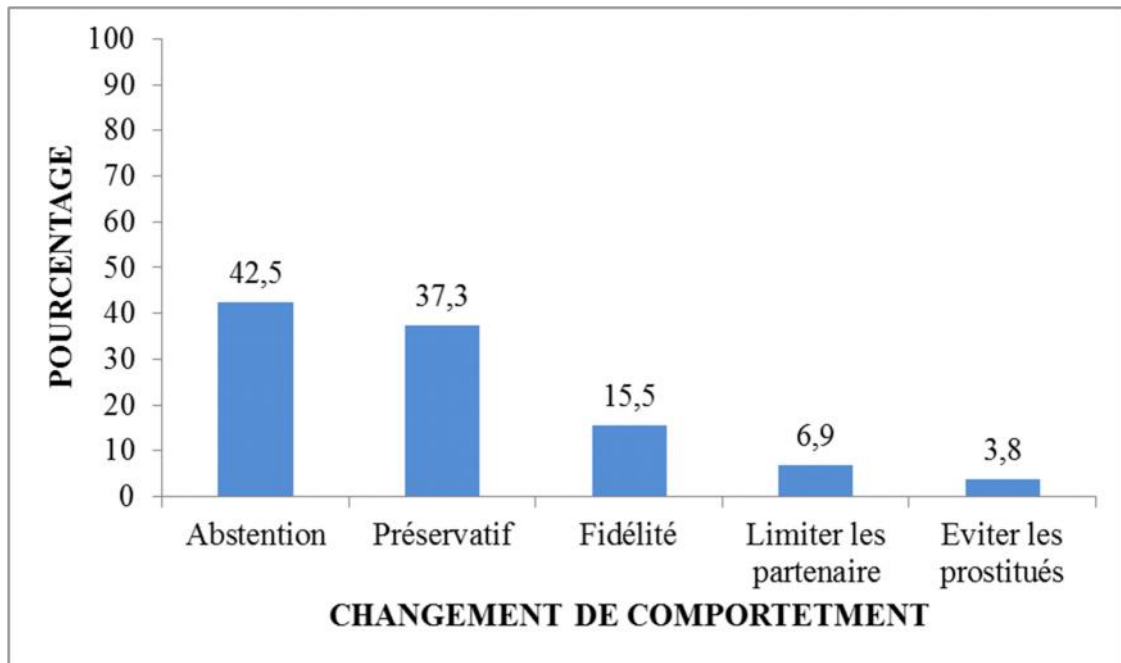
Dans la population des jeunes enquêtés, plus de la moitié (56,0%) sans distinction de genre ni d'âge, déclaraient connaître d'autres IST en dehors du VIH. Il s'agissait principalement de la gonococcie rapportée par 79,5% des jeunes, suivie de la syphilis (53,9%) et de l'hépatite virale (14,0%) comme le montre la figure 33.



**Figure 33. Autres IST connues par les jeunes au Togo**

#### 4.8.3.2. Changement de comportement lié à la connaissance des IST

Parmi les jeunes enquêtés, 1107 (62,5%) déclaraient avoir changé de comportement depuis qu'ils ont entendu parler du VIH et des autres IST. Ce changement de comportement concernait principalement l'adoption d'attitudes préventives telles que l'abstinence (42,5%), le préservatif (37,3%) et la fidélité à un seul partenaire (figure 34).



**Figure 34. Changement de comportements induit par la connaissance du VIH chez les jeunes du Togo**

## 4.9. Perception, attitude et utilisation du condom

### 4.9.1. Perception du préservatif

Globalement, les jeunes avaient une bonne connaissance et une perception positive du préservatif et de l'intérêt de l'utiliser. En effet, environ deux tiers d'entre eux identifiaient le préservatif comme un moyen d'empêcher les grossesses (61,3%) et d'éviter les IST y compris le VIH/Sida (63,5%), comme le montre le tableau 24. Cependant, près de 25% des adolescents et jeunes pensaient que le préservatif réduisait le plaisir lors des rapports sexuels ou encore qu'il ne devait être utilisé qu'avec les partenaires occasionnels. Près de 20% de jeunes continuent de croire que le préservatif n'est plus nécessaire dès que la relation avec le partenaire se prolonge. Le tableau 25 présente la perception du préservatifs chez les adolescents et les jeunes selon le genre.

**Tableau 24. Perception du préservatif chez les jeunes enquêtés selon l'âge au Togo**

	10-14 (n=580)		15-19 (n=680)		20-24 (n=510)		Total (n=1770)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Efficace contre les grossesses	350	(60,3)	430	(63,2)	306	(60,0)	1086	(61,4)
Empêche les IST	359	(61,9)	435	(64,0)	324	(63,5)	1118	(63,2)
Empêche le VIH-SIDA	357	(61,6)	437	(64,3)	330	(64,7)	1124	(63,5)
réduit le plaisir sexuel	162	(27,9)	191	(28,1)	136	(26,7)	489	(27,6)
Seulement avec les partenaires occasionnels	163	(28,1)	219	(32,2)	153	(30,0)	535	(30,2)
Eclate si mal utilisé	319	(55,0)	390	(57,4)	300	(58,8)	1009	(57,0)
Arrêter en cas de relation prolongée	123	(21,2)	143	(21,0)	84	(16,5)	350	(19,8)
Doit être vendu discrètement	105	(18,1)	132	(19,4)	97	(19,0)	334	(18,9)

*% en colonnes*

**Tableau 25. Perception du préservatif chez les jeunes enquêtés selon le genre au Togo**

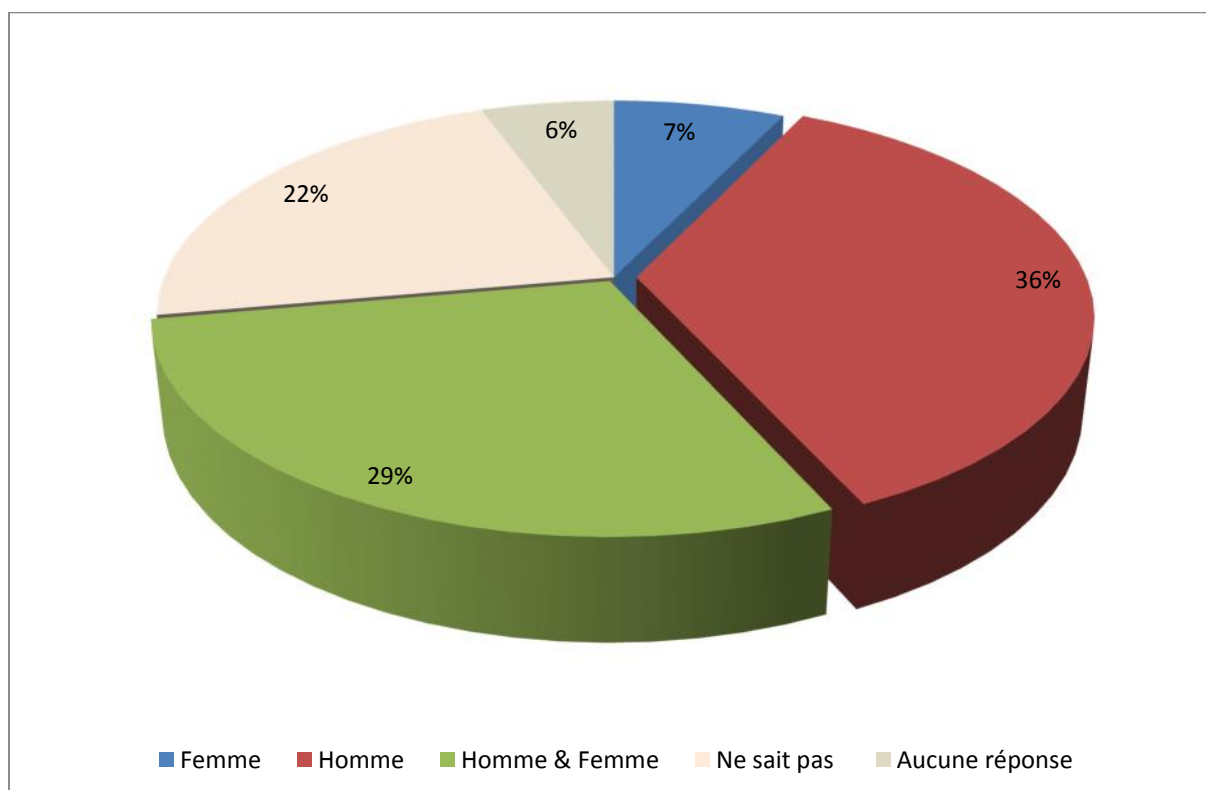
	Garçons (n=794)		Filles (n=976)		Total (n=1770)	
	n	%	n	%	n	%
Efficace contre les grossesses	494	(62,2)	592	(60,7)	1086	(61,4)
Empêche les IST	504	(63,5)	614	(62,9)	1118	(63,2)
Empêche le VIH-SIDA	504	(63,5)	620	(63,5)	1124	(63,5)
réduit le plaisir sexuel	225	(28,3)	264	(27,0)	489	(27,6)
Seulement avec les partenaires occasionnels	230	(29,0)	305	(31,3)	535	(30,2)
Eclate si mal utilisé	468	(58,9)	541	(55,4)	1009	(57,0)
Arrêter en cas de relation prolongée	177	(22,3)	173	(17,7)	350	(19,8)
Doit être vendu discrètement	154	(19,4)	180	(18,4)	334	(18,9)

*% en colonnes*

## 4.9.2. Initiative d'utilisation et achat du préservatif

### 4.9.2.1. Initiative d'utilisation du préservatif

Parmi les jeunes enquêtés, 637 (36,0%) estimaient que l'initiative d'utiliser le préservatif revenait au partenaire de sexe masculin (figure 35) et pour 514 (29,0%) adolescent et jeunes pensaient que les deux partenaires devaient prendre cette initiative de façon conjointe. Seulement 7,2% des jeunes pensaient que le partenaire féminin devait prendre l'initiative d'utiliser le préservatif.



**Figure 35. Perception des jeunes concernant la personne devant prendre l'initiative de l'utilisation du préservatif**

### 4.9.2.2. Disposition à acheter un préservatif

Près de la moitié des jeunes enquêtés déclaraient avoir honte d'acheter un préservatif, surtout en présence d'une personne de leur entourage proche (44,9%) ou encore en présence d'une personne habitant le même quartier (38,5%) comme le montre le tableau 26. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les garçons et les filles et entre les villes.

Cependant, on note que les adolescents de 15-19 ans étaient plus nombreux à ne pas vouloir ou pouvoir acheter des préservatifs devant leur entourage.

**Tableau 26. Honte d'acheter le préservatif chez les jeunes selon les caractéristiques sociodémographiques**

	Honte d'acheter des condoms dans son quartier (n=714)		Honte d'acheter des condoms devant son entourage (n=796)	
	n	(%)	n	(%)
<b>Age (ans)</b>				
10-14	228	(39,3)	256	(44,1)
15-19	293	(43,1)	326	(47,9)
20-24	193	(37,8)	214	(42,0)
<b>Genre</b>				
Masculin	311	(39,2)	352	(44,3)
Féminin	403	(41,3)	444	(45,5)
<b>Région</b>				
Lomé	269	(40,0)	309	(46,0)
Maritime	282	(41,2)	303	(44,3)
Savanes	163	(39,4)	184	(44,4)
<b>Milieu</b>				
Urbain	433	(38,9)	491	(44,1)
Rural	281	(42,8)	305	(46,5)
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun & Primaire	328	(38,7)	363	(42,8)
Secondaire	320	(41,5)	356	(46,2)
Supérieur	66	(43,7)	77	(51,0)
<b>Situation matrimoniale</b>				
En union	90	(39,1)	96	(41,7)
Pas en union	624	(40,5)	700	(45,5)

*% en ligne*

### 4.9.3. Utilisation du préservatif chez les jeunes

#### 4.9.3.1. Usage et non usage du préservatif

Plus de la moitié des jeunes enquêtés (54,4%) déclaraient savoir où se procurer des préservatifs, pourtant seuls 551 (31,1%) rapportaient en avoir déjà utilisés. De plus, dans la même population des adolescents et jeunes, 399 (19,1%) affirmaient avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés, ce qui représente à peu près 41% des 963 jeunes ayant déclaré savoir où ils pouvaient se procurer un préservatif et 56,8% des 702 jeunes sexuellement actifs..

**Tableau 27. Description de l'acquisition et de l'utilisation du préservatif chez les jeunes au Togo**

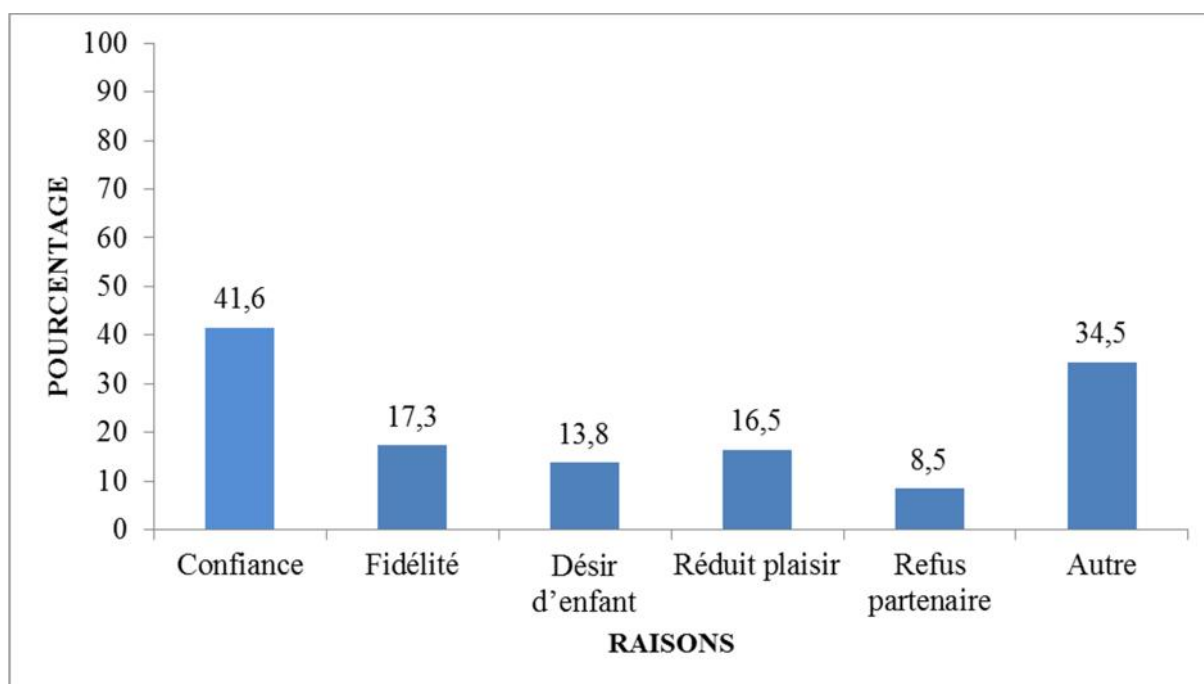
	Sait où acheter un condom (n=963)		A déjà utilisé un condom (n=551)		A déjà eu des rapports sans condoms (n=399)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Age (ans)</b>						
10-14	309	(55,6)	168	(30,1)	114	(61,0)
15-19	366	(55,9)	208	(31,5)	153	(64,6)
20-24	288	(57,5)	175	(35,4)	132	(66,7)
<b>Sexe</b>						
Masculin	438	(57,3)	249	(32,5)	177	(64,4)
Féminin	525	(55,4)	302	(31,8)	222	(64,0)
<b>Région</b>						
Lomé	392	(59,6)	219	(33,1)	154	(66,1)
Maritime	357	(54,6)	197	(30,2)	142	(59,4)
Savanes	214	(53,5)	135	(33,7)	103	(68,7)
<b>Milieu</b>						
Urbain	614	(56,9)	352	(32,4)	256	(65,0)
Rural	349	(55,1)	199	(31,6)	143	(62,7)
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun & Primaire	469	(57,2)	274	(33,6)	196	(63,0)
Secondaire	413	(55,4)	230	(30,5)	170	(66,4)
Supérieur	81	(55,1)	47	(32,0)	33	(60,0)
<b>Situation matrimoniale</b>						
En union	123	(54,4)	70	(31,3)	52	(60,5)
Pas en union	840	(56,5)	481	(32,3)	347	(64,7)

*% en ligne*

#### 4.9.3.2. Raison du non usage du préservatif

Parmi les 399 jeunes rapportant avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés au cours de leur vie, la principale raison invoquée était la confiance en leur partenaire pour 166 (41,6%), la fidélité du partenaire pour 69 (17,3%) et la réduction du plaisir pour 66 (6,5%) d'entre eux (Figure 36).

Ces trois principales raisons étaient évoquées aussi bien par les garçons que par les filles et ne différaient pas significativement selon le niveau d'éducation et le lieu de résidence. Par contre, le désir de maternité avait été évoqué par 55 (13,8%) des jeunes, avec une prédominance féminine.



**Figure 36. Raison de non usage du préservatif chez les jeunes**

#### 4.9.3.3. Connaissance et usage du préservatif féminin

Comme le préservatif masculin, le préservatif féminin était connu par 981 (55,4%) des jeunes enquêtés. Pour ce qui est de l'utilisation, le préservatif féminin était nettement moins utilisé que le masculin avec 117 (11,9%) personnes déclarant l'avoir déjà utilisé. Cette utilisation variait sensiblement selon le genre puisque les jeunes filles étaient un peu plus nombreuses à déclarer l'avoir déjà utilisé que les jeunes garçons (Tableau 28).



**Tableau 28. Connaissance et utilisation du préservatif féminin chez les jeunes au Togo**

	<b>Connaissance du condom féminin (n=981)</b>	<b>Utilisation du condom féminin (n=117)</b>
<b>Age (ans)</b>		
10-14	293 (54,1)	39 (12,7)
15-19	391 (59,3)	34 (8,7)
20-24	297 (59,9)	44 (15,0)
<b>Genre</b>		
Masculin	449 (59,2)	49 (10,7)
Féminin	532 (56,7)	68 (12,7)
<b>Région</b>		
Lomé	378 (57,5)	53 (13,9)
Maritime	366 (56,8)	41 (11,0)
Savanes	237 (59,8)	23 (9,7)
<b>Milieu</b>		
Urbain	602 (56,2)	79 (12,9)
Rural	379 (60,6)	38 (10,0)
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucun & Primaire	469 (58,3)	68 (14,3)
Secondaire	429 (57,6)	43 (10,0)
Supérieur	83 (56,5)	6 (7,1)
<b>Situation matrimoniale</b>		
En union	137 (61,7)	22 (15,8)
Pas en union	844 (57,2)	95 (11,2)

## 4.10. Consommation d'alcool et de stupéfiants

### 4.10.1. Consommation d'alcool et de tabac

Parmi les 1770 jeunes enquêtés, 1115 (62,3%) ont rapporté consommer de l'alcool sous forme de bière ou de vin, et 345 (30,9%) de ceux-ci en consommaient au moins une fois par semaine de l'alcool.

Pour ce qui est des liqueurs, environ un tiers des jeunes enquêtés (n=662) en consommaient et 16,7% d'entre eux en consommaient chaque semaine.

La cigarette était consommée par 3,2% des jeunes enquêtés. Parmi eux, 15,5% en consommaient au moins une fois par semaine (Figure 37).

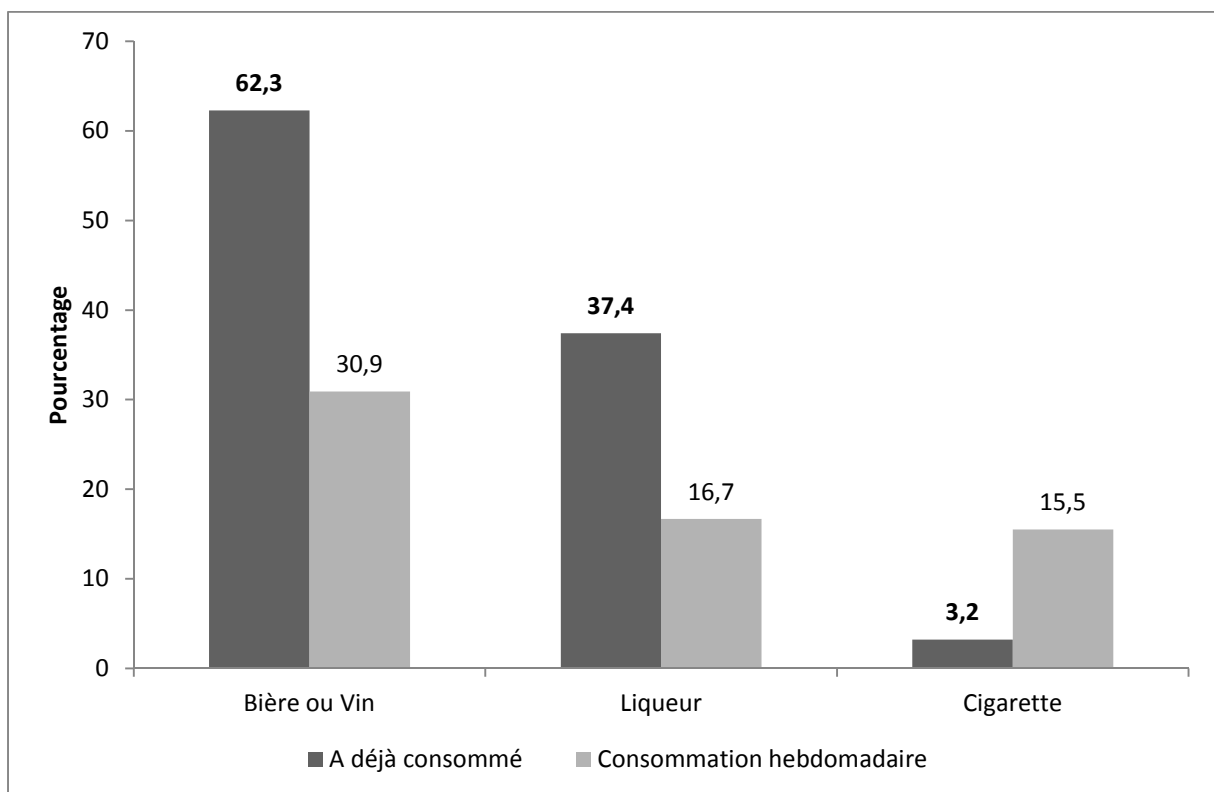


Figure 37. Consommation d'alcool et de tabac chez les jeunes au Togo

### 4.10.2. Consommation de produits stupéfiants

Les produits stupéfiants semblaient très peu consommés au Togo, puisque moins de 0,5% des adolescents et jeunes ont rapporté consommer de la drogue. Les principaux produits rapportés étaient le cannabis (0,4%), la cocaïne (0,3%) et la colle ou diluant qui était sniffé par 0,2% des jeunes enquêtés (Tableau 29).

La fréquence de consommation de ces produits était très faible à l'exception du cannabis qui était consommé par au moins une personne de façon mensuelle (Tableau 29). Par ailleurs, 882 (49,9%) jeunes

estimaient que la consommation de stupéfiants et d'alcool augmentait le risque de contracter le VIH/SIDA et les autres IST.

**Tableau 29. Consommation de stupéfiants chez les jeunes au Togo**

	<b>Cannabis</b>	<b>Colle ou diluant</b>	<b>Cocaïne</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Consommation (oui)</b>	7 (0,4)	3 (0,2)	6 (0,3)
<b>Au moins 1 fois/mois</b>	1 (14,2)	0 (0,0)	0 (0,0)

## 4.11. Accès aux services de santé

L'accès aux services de santé est un déterminant essentiel de la santé des adolescents, puisque qu'il conditionne l'utilisation des soins et la réactivité du système de santé en cas de situation majeure. De plus en étudiant l'accès aux services de santé nous pouvons évaluer le recours à différentes offres de soins et identifier les freins à l'utilisation des services de santé par les adolescents.

### 4.11.1. Visite des structures sanitaires

Parmi les 1770 jeunes interrogés au Togo, seuls 259 (14,6%) déclaraient avoir visité un centre de santé au cours des six derniers mois. D'un autre côté, environ 60, 0% (n=1062) des jeunes ont déclaré être disposés à se rendre dans un centre de santé en cas de besoin, pour y recevoir les soins et les conseils de santé sexuelle et reproductive adaptés comme le montre le tableau 30.

**Tableau 30. Recours aux centres d'écoutes chez les jeunes au Togo**

	Visite d'une structure sanitaire au cours des 6 derniers mois (n=259)		Disposé à visiter une structure sanitaire pour y recevoir des conseils (n=1062)	
Région	n	(%)	n	(%)
Lome commune	80	(30,9)	399	(37,6)
Maritime	114	(44,0)	409	(38,5)
Savanes	65	(25,1)	254	(23,9)
<b>Milieu</b>				
Urbain	159	(61,4)	672	(63,3)
Rural	100	(38,6)	390	(36,7)
<b>Genre</b>				
Masculin	115	(44,4)	463	(43,6)
Féminin	144	(55,6)	599	(56,4)
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	21	(8,1)	87	(8,2)
Primaire	95	(36,7)	426	(40,1)
Secondaire	117	(45,2)	450	(42,4)
Supérieur	25	(9,7)	93	(8,8)
Ecole coranique	0	(0,0)	2	(0,2)
Autre	1	(0,4)	4	(0,4)

Par ailleurs, les principales raisons pour lesquelles les jeunes s'étaient rendus dans un centre de santé au cours des six derniers mois étaient le traitement du paludisme (36,0%) et la visite médicale scolaire annuelle (22,7%). On note que seuls 2,2% des jeunes s'y étaient rendus pour obtenir une offre de contraception et que moins d'un pour cent étaient venus se faire traiter pour des IST.

#### **4.11.2. Barrière à la fréquentation structures sanitaires**

Il convient également de noter que parmi les jeunes n'ayant pas eu recours aux centres de santé durant les six derniers mois, la principale raison était qu'ils n'en avaient pas besoin (66,0%), alors que 2,0% disaient avoir eu honte de rencontrer une connaissance et 1,2% redoutaient la réaction du prestataire de soins.

Il ressort des analyses que les prestataires de soins ne constituent pas une barrière à l'accès aux soins, puisque 74,5% des jeunes interrogés trouvaient leur comportement acceptable et 10,5% le trouvaient même très acceptable quel que soit l'âge.

Par ailleurs, 954 (53,9%) des jeunes affirmaient habiter à environ 15 minutes à pied d'un centre de santé, tandis que 232 (13,1%) devaient emprunter un taxi pour s'y rendre.

Environ 402 (22,7%) jeunes avaient déjà entendu parler des centres d'écoutes et de conseil pour les jeunes (CEC), parmi eux 249 (61,9%) savaient où se trouvait un CEC dans leur ville et 139 (34,5%) en avaient déjà fréquenté un pour obtenir des conseils ou de la contraception.

## CONCLUSIONS

La santé sexuelle et reproductive des adolescents est une composante de poids dans les problèmes de santé au niveau mondial, puisqu'elle conditionne la santé des futurs adultes et enfants à naître. Cette enquête ménage a permis grâce à sa méthodologie d'approcher la représentativité de la population des 10-24 ans, qui sont la cible privilégiée des actions de prévention au niveau mondial.

Le questionnaire utilisé a permis d'aborder l'essentiel des questions touchant ou influençant la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Les jeunes adolescents entre 10 et 24 ans au Togo sont autant de garçons que de filles et un peu plus nombreux entre 15 et 19 ans. La grande majorité d'entre eux est alphabétisée et se concentre dans les niveaux d'éducation primaire et secondaire. Ces jeunes sont le plus souvent élèves ou écoliers, célibataires, vivant en milieu urbain et presque toujours avec leurs parents dans des ménages comprenant plus de trois frères et sœurs.

Les jeunes au Togo s'informent principalement à travers la télévision et la radio, même si quelques un consultent de façon sporadique la presse écrite et internet. Leurs programmes préférés sont :

- Pour la télé, les feuilletons et séries télévisées suivis des émissions de variétés musicales
- Pour la radio, les émissions de variété musicales suivies du journal parlé

Plus de deux tiers des jeunes au Togo avaient entre un et cinq amis de confiance capable d'influencer leur manière de penser et leur comportement. Ces amis étaient le plus souvent de la même tranche d'âge et du même genre et leurs activités communes étaient principalement les causeries, les jeux et les promenades. Seul un quart des jeunes avaient des amis sexuellement actifs, un peu moins de la moitié pensaient que leurs amis approuveraient l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage et plus d'un tiers accordaient de l'importance à l'opinion de leurs amis..

Bien que la moitié des jeunes filles aient déjà leurs menstrues, un peu plus de la moitié de la population interrogée ignorait le déroulement du cycle menstruel, mais savaient très bien qu'un seul rapport sexuel suffisait pour qu'une fille tombe enceinte. La grande majorité des jeunes identifiait bien les grossesses précoces comme un problème à éviter du fait de ses conséquences, pourtant 116 d'entre eux y étaient favorables pour diverses raisons. De plus la contraception orale qui est assez bien connue des jeunes était négativement perçue par ces derniers, ce qui pourrait expliquer ou justifier un faible recours à cette méthode..

Plus de 40% des jeunes enquêtés étaient déjà sexuellement actifs et avaient initié la sexualité en médiane à 13 ans. La plupart d'entre eux rapportaient avoir initié la sexualité parce qu'ils en avaient envie, même si un dixième d'entre eux disaient l'avoir fait sous la contrainte.

Bien que l'usage du préservatif soit rapporté par plus de 70% des jeunes, la consistance de cet usage reste à vérifier, puisque environ la moitié des jeunes sexuellement actifs déclaraient avoir déjà porté ou été auteur d'une grossesse et que celle-ci était non désirée pour environ un tiers d'entre eux. Ainsi, un peu plus de 15% déclaraient avoir déjà eu recours à l'IVG. En dépit des interdictions, les IVG se pratiquait principalement en milieu hospitalier ou à domicile sur décision des jeunes eux-mêmes et avec

le soutien de leurs parents ou de leurs amis. Ce résultat traduit la réalité des conséquences de la précocité sexuelle des jeunes, associée au non usage systématique du préservatif et rappelle la nécessité d'intensifier les campagnes de sensibilisation à travers tous les canaux possibles, pour toucher un maximum de jeunes. Il met également en exergue la complexité de la gestion de ces grossesses non désirées, puisque les jeunes de 15-19 ans craignant la déception de leur parents et l'abandon scolaire qui pourrait s'ensuivre, n'associaient pas leurs parents ni leurs éducateurs à la décision et réalisent des IVG clandestines à domicile ou chez les tradipraticiens.

Globalement, le VIH/Sida et les autres IST étaient connus d'environ trois quart des jeunes enquêtés, tandis que les principales idées reçues autour de cette maladies étaient rejetées par plus de trois quart des enquêtés. Ceci souligne une fois de plus l'efficacité des stratégies de communication et de sensibilisation à l'endroit des jeunes lorsqu'il s'agit des IST et particulièrement du VIH/Sida.

Bien que le préservatif soit connu et apprécié des jeunes au Togo, son usage n'était pas encore généralisé et systématique parmi les jeunes sexuellement actifs. Ceci étant principalement lié à la difficulté qu'éprouvaient les jeunes à acheter des préservatifs devant des personnes de leur entourage, ainsi qu'à des considérations d'ordre personnelle et parfois psychologique (réduction du plaisir sexuelle). La conséquence majeure de tout ceci est qu'environ un cinquième des jeunes affirmaient avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés.

Les services de santé étaient accessibles pour la majorité des jeunes au Togo, même s'ils ne les fréquentaient pas régulièrement. Plus de la moitié d'entre eux habitaient à moins de 15 minute d'un centre de santé et pouvaient s'y rendre à pied. Ce résultat relance la question des freins à la fréquentation des services de santé par les jeunes.

Environ deux tiers des jeunes enquêtés au Togo consommaient de l'alcool, principalement sous forme de bière ou de vin et parmi ceux-ci, un tiers le faisait au moins une fois par semaine. Ce résultat suggère une consommation d'alcool plutôt modérée chez les jeunes au Togo, même si la sous déclaration liée au biais de désirabilité sociale n'est pas totalement écartée.

## REFERENCES

1. UNAIDS/UNICEF/WHO. Global AIDS response progress reporting 2014. Construction of Core indicators for monitoring the 2011. United Nations Political declaration on HIV and AIDS 2014. Available from: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR\\_2014\\_guidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_en.pdf). Accessed date 10 avril 2014.
2. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach 2013. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en/index.html>. Accessed date 10 avril 2014.
3. CNLS/IST. Rapport de progres sur la riposte au Sida au Togo (GARP 2012) 2012. Available from: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_TG\\_Narrative\\_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_TG_Narrative_Report[1].pdf). Accessed date 10 avril 2014.
4. Ministère de la santé du Togo. PNLs. Rapport d'activités du Programme National de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles. Année 2012. Available : [www.pnls.tg](http://www.pnls.tg). Accessed date 10 avril 2014
5. Ministère de la santé du Togo. Plan stratégique national 2012-2015 (PNDS Togo).
6. RGPH. 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)\_Résultats définitifs. Available from [http://www.stat-togo.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=107&Itemid=130](http://www.stat-togo.org/index.php?option=com_content&view=article&id=107&Itemid=130). Accessed date 10 avril 2014
7. Ekouevi DK, Coffie PA, Salou M, Kariyare BG, Dagnra AC, Tchounga B, et al. [HIV seroprevalence among drug users in Togo]. Sante publique. 2013 Jul-Aug;25(4):491-8.
8. Ekouevi DK, Dagnra CY, Goilibe KB, Tchounga B, Orne-Gliemann J, Salou M, et al. [HIV seroprevalence and associated factors among men who have sex with men in Togo]. Revue d'epidemiologie et de sante publique. 2014 Apr;62(2):127-34.
9. Ekouevi DK, D'Almeida S, Salou M, Kariyare BG, Coffie PA, Dagnra AC, et al. HIV seroprevalence among inmates in Togo. Medecine et maladies infectieuses. 2013 Jul;43(7):279-85.
10. FNUAP. Evaluation finale du 5eme Programme Togo-FNUAP. Rapport final, juillet 2012. Available from: <https://data.unfpa.org/docDownload.unfpa?docId=116>. Accessed date 10 avril 2014.
11. Ekouevi D. Contribution à l'étude de la sexualité, de la pratique de la contraception et des avortements provoqués en milieu scolaire. Etude descriptive réalisée chez 1867 collégiennes dans les régions maritimes et centrales du Togo. Thèse de Médecine 1997. Université de Lome, Togo. 1997.
12. Adjahoto EO, Hodonou KA, de Souza AD, Tete VK, Baeta S. [Teenage knowledge about sex]. Sante. 2000 May-Jun;10(3):195-9.
13. Hodonou KA, Adjahoto EO, Ekouevi YD, Tete VK, Akpadza K, Baeta S. [Sexual practices in the school milieu]. Contraception, fertilité, sexualité. 1999 Apr;27(4):313-7.



## PRINCIPAUX INDICATEURS CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES

### Indicateur 1. Sur la sexualité parmi les adolescents et jeunes

	10-14 ans (n=580)		10-19 ans (n=1 260 )		15-24 ans (n=1190)		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
		<b>580</b>		<b>1260</b>		<b>1190</b>		<b>1770</b>
<b>% d'adolescents et de jeunes ayant eu déjà un rapport sexuel</b>								
Garçons	109	35,9	221	38,3	195	37,1	304	38,3
Filles	125	31,4	270	39,5	273	41,1	398	40,8
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>33,3</b>	<b>491</b>	<b>39,0</b>	<b>468</b>	<b>39,3</b>	<b>702</b>	<b>39,7</b>
<b>% d'adolescents et de jeunes ayant eu un rapport sexuel avant 15 ans</b>								
Garçons	109	35,9	140	24,3	53	10,1	162	20,4
Filles	125	31,4	162	23,7	62	9,3	187	19,2
<b>Total</b>	<b>234</b>	<b>33,3</b>	<b>302</b>	<b>24,0</b>	<b>115</b>	<b>9,7</b>	<b>349</b>	<b>19,7</b>
<b>Age (médian) au premier rapport sexuel</b>								
Garçons		12,0		12,0		17,0		12,0
Filles		12,0		12,0		17,0		12,0
<b>Total</b>		<b>12,0</b>		<b>12,0</b>		<b>17,0</b>		<b>12,0</b>

**Indicateur 2. Sur l'utilisation du préservatif parmi les adolescents et jeunes sexuellement actifs**

	<b>10-14 ans (n=580)</b>		<b>10-19 ans (n=1 260 )</b>		<b>15-24 ans (n=1190)</b>		<b>Total</b>	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
% d'adolescents et de jeunes ayant déjà utilisé un préservatif (parmi les sexuellement actifs)		234,0		491,0		468,0	702	39,7
Garçon	31	28,2	68	30,4	70	35,4	101	32,8
Fille	39	31,2	77	28,1	82	29,6	121	30,1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>29,8</b>	<b>145</b>	<b>29,1</b>	<b>152</b>	<b>32,0</b>	<b>222</b>	<b>31,6</b>
% d'adolescents et de jeunes ayant utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel								
Garçon	28	25,5	65	29,0	70	35,4	98	31,8
Fille	35	28,0	72	26,3	79	28,5	114	28,4
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>26,8</b>	<b>137</b>	<b>27,5</b>	<b>149</b>	<b>31,4</b>	<b>212</b>	<b>30,2</b>

### Indicateur 3. Sur l'éducation et le mariage des adolescents et jeunes

	10-14 ans (n=580)		10-19 ans (n=1 260 )		15-24 ans (n=1190)		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Education</b>								
% d'adolescents et de jeunes non scolarisés								
Garçon	8	3,0	17	2,9	26	5,0	34	4,3
Fille	18	5,8	44	6,4	68	10,2	86	8,8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>4,5</b>	<b>61</b>	<b>4,8</b>	<b>94</b>	<b>7,9</b>	<b>120</b>	<b>6,8</b>
<b>Mariage</b>								
% d'adolescents et de jeunes marié								
Garçon	0	0,0	4	0,7	31	5,9	31	3,9
Fille	4	1,3	50	7,3	195	29,3	199	20,4
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>0,7</b>	<b>54</b>	<b>4,3</b>	<b>226</b>	<b>19,0</b>	<b>230</b>	<b>13,0</b>

Indicateur 4. Sur le VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes

	10-14 ans (n=580)		10-19 ans (n=1 260 )		15-24 ans (n=1190)		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>% d'adolescents et de jeunes ayant une connaissance approfondie sur VIH</b>								
Garçon	96	35,7	202	35,0	181	34,5	277	34,9
Fille	109	35,0	240	35,1	230	34,6	339	34,7
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>35,3</b>	<b>442</b>	<b>35,1</b>	<b>411</b>	<b>34,5</b>	<b>616</b>	<b>34,8</b>
<b>% d'adolescents et de jeunes ayant déjà réalisé un test de dépistage du VIH</b>								
Garçon	93	34,6	188	32,6	161	30,7	254	32,0
Fille	81	26,0	203	29,7	220	33,1	339	34,7
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>30,0</b>	<b>391</b>	<b>31,0</b>	<b>381</b>	<b>32,0</b>	<b>555</b>	<b>31,4</b>

**Indicateur 5. Sur la grossesse et les IVG parmi les adolescents et jeunes sexuellement actifs**

	<b>10-14 ans (n=580)</b>		<b>10-19 ans (n=1 260 )</b>		<b>15-24 ans (n=1190)</b>		<b>Total</b>	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Grossesse et IVG</b>								
<b>% de jeunes avec une grossesse</b>								
<b>Fille</b>	<b>44</b>	<b>35,2</b>	<b>109</b>	<b>39,8</b>	<b>109</b>	<b>39,4</b>	<b>153</b>	<b>38,1</b>
<b>% ayant réalisé une IVG parmi les enceintes</b>								
<b>Fille</b>	<b>9</b>	<b>20,5</b>	<b>23</b>	<b>21,1</b>	<b>22</b>	<b>20,2</b>	<b>31</b>	<b>20,3</b>

Indicateur 6. Sur la consommation d'alcool, tabac et de drogues dures

	10-14 ans (n=580)		10-19 ans (n=1 260)		15-24 ans (n=1190)		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Consommation de tabac et d'alcool</b>								
<b>% d'adolescents et de jeunes consommateurs d'alcool (bière &amp; fin)</b>								
Garçon	181	67,3	373	64,6	322	61,3	503	63,4
Fille	206	66,2	444	65,0	429	64,5	635	65,1
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>66,7</b>	<b>818</b>	<b>64,9</b>	<b>751</b>	<b>63,1</b>	<b>1138</b>	<b>64,3</b>
<b>% d'adolescents et de jeunes consommateurs d'alcool (liqueur)</b>								
Garçon	119	44,2	223	38,6	183	34,9	302	38,0
Fille	111	35,7	252	36,9	249	37,4	360	36,9
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>39,7</b>	<b>475</b>	<b>37,7</b>	<b>432</b>	<b>36,3</b>	<b>662</b>	<b>37,4</b>
<b>% d'adolescents et de jeunes consommant du tabac</b>								
Garçon	12	4,5	22	8,2	16	5,9	28	10,4
Fille	13	4,2	26	8,4	17	5,5	30	9,6
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>4,3</b>	<b>48</b>	<b>8,3</b>	<b>33</b>	<b>5,7</b>	<b>58</b>	<b>10,0</b>
<b>% d'adolescents et de jeunes consommant de la drogue</b>								
Garçon	3	1,1	1	0,2	1	0,2	4	0,5
Fille	1	0,3	3	0,4	2	0,3	3	0,3
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>0,7</b>	<b>7</b>	<b>0,6</b>	<b>3</b>	<b>0,3</b>	<b>7</b>	<b>0,4</b>

# ANNEXE

## Annexe 1. Méthode d'estimation

- **Estimation du Total**

Soit  $y_{uhij}$  la taille du ménage  $j$  dans l'UP (ZD)  $i$  de la strate  $h$  du domaine  $u$ .

Soit  $p_{uhi}$  la probabilité d'inclusion de l'UP  $i$  dans la strate  $h$  du domaine  $u$ .

Soit  $p_{uhj}$  la probabilité d'inclusion du ménage  $j$  de la strate  $h$  du domaine  $u$ .

Soit  $p_{uhij}$  la probabilité d'inclusion au second degré du ménage  $j$  de la ZD  $i$  de la strate  $h$  du domaine  $u$

Dans cet exemple on a les ensembles suivants :

$$A_u = \{1, \dots, H_u\}, h \in A_u, B_{uh} = \{1, \dots, M_{uh}\}, i \in B_{uh}, C_{uhi} = \{1, \dots, K_{uhi}\}, j \in C_{uhi}$$

D'après ces considérations

$$p_{uhi} = m_{uh} \frac{N_{uhi}}{\sum_{i=1}^{M_{uh}} N_{uhi}} \text{ avec } M_{uh} \text{ le nombre total de ZD de la strate } h \text{ du domaine } u, \text{ et } m_{uh} \text{ la taille de}$$

l'échantillon de ZD de la strate  $h$  du domaine  $u$ .  $N_{uhi}$  l'effectif total des ménages de la ZD  $i$  de la strate  $h$  du domaine  $u$

$$p_{uhj} = \frac{n}{K_{uhi}} \text{ avec } K_{uhi} \text{ l'effectif total des ménages après énumération de ZD } i \text{ de la strate } h \text{ du}$$

domaine  $u$

$$p_{uhij} = p_{uhi} \times p_{uhj} \text{ c'est-à-dire } p_{uhij} = m_{uh} \frac{N_{uhi}}{\sum_{i=1}^{M_{uh}} N_{uhi}} \times \frac{n}{K_{uhi}}$$

Soit  $W_{uhi}$  le poids de sondage de l'UP  $i$  de la strate  $h$  du domaine  $u$ .

Soit  $W_{uhij}$  le poids de sondage du ménage  $j$  de la ZD  $i$  de la strate  $h$  du domaine  $u$ .

On a ainsi

$$W_{uhi} = \frac{1}{p_{uhi}} = \frac{N_{uh}}{N_{uhi} \times m_{uh}} \text{ avec } N_{uh} = \sum_{i=1}^{M_{uh}} N_{uhi}$$

$$W_{uhij} = \frac{1}{p_{uhij}} = \frac{K_{uhi}}{n} \times \frac{N_{uh}}{N_{uhi}} \times \frac{1}{m_{uh}}$$

- Soit  $\hat{Y}$  l'effectif total de la population

$$\text{On a } \hat{Y} = \sum_{u=1}^U \sum_{h=1}^{H_u} \sum_{i=1}^{M_{uh}} \sum_{j=1}^n (W_{uhij} \times y_{uhij})$$

- **Estimation de la moyenne**

Soit la fonction indicatrice  $1_{\{j \in E_{uhi}\}}$  qui indique si le ménage  $j$  de la ZD  $i$  de la strate  $h$  et du domaine  $u$

appartient à l'échantillon des ménages, avec  $E_{uhi}$  l'échantillon des ménages de la ZD  $i$  de la strate  $h$  et du domaine  $u$ .

Soit la fonction indicatrice  $1_{\{z_{uhij}=1\}}$  indiquant si le ménage  $j$  dans l'UP (ZD)  $i$  de la strate  $h$  du domaine  $u$  exprime un caractère donné.

- Soit  $\hat{K}$  l'effectif total des ménages après énumération

$$\text{On a } \hat{K} = \sum_u \sum_{h=1}^{H_u} \sum_{i=1}^{m_{uh}} (W_{uhi} \times K_{uhi}) \text{ ou encore } \hat{K} = \sum_{u=1}^U \sum_{h=1}^{H_u} \sum_{i=1}^{m_{uh}} \sum_{j=1}^n (W_{uhij} \times 1_{\{j \in E_{uhi}\}})$$

- Soit  $\hat{Z}$  est l'effectif total des ménages qui expriment un caractère donné

$$\text{On a } \hat{Z} = \sum_{u=1}^U \sum_{h=1}^{H_u} \sum_{i=1}^{m_{uh}} \sum_{j=1}^n (W_{uhij} \times 1_{\{z_{uhij}=1\}})$$

- Soit  $\hat{Y}$  la taille moyenne des ménages

$$\hat{Y} = \frac{\hat{Z}}{\hat{K}}$$

- Soit  $\hat{p}$  la proportion des ménages qui expriment un caractère donné

$$\hat{p} = \frac{\hat{Z}}{\hat{K}}$$



## Annexe 2. Notice d'information

### **Enquête type CAP (connaissances, attitudes et comportements) en matière de VIH de santé sexuelle et de la reproduction chez les jeunes de 15-24 ans au Togo**

Jeunes filles et jeunes garçons,

Il va vous être proposé de participer à une enquête de type CAP sur les Connaissances, Attitudes et comportements en matière de VIH de santé de sexualité et de la reproduction chez les jeunes de 15-24 ans au Togo.

C'est le Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST) du Ministère de la Santé du Togo qui a mandaté le cabinet d'étude dénommé le Centre Africain de Recherche en Epidémiologie et en Santé Publique (CARESP) de mener cette étude.

Il importe qu'avant et pour la participation, vous ayez des informations claires sur cette enquête, son objectif et sur son déroulement. Prenez donc le temps de lire ou d'écouter la lecture et l'explication des pages qui suivent pour le choix de participer ou pas. Vous pouvez poser des questions si vous en avez pour mieux comprendre.

#### **Objectif de l'étude**

Déterminer le niveau de connaissances en matière de prévention (moyens de transmission, et moyens de prévention des IST et VIH, grossesses précoces, utilisation de préservatifs et de méthode contraceptive)

En effet, les différents aspects de cet objectif peuvent expliquer pourquoi l'on est infecté ou pas par le VIH et constituent un outil important pour les organes de prévention ou de lutte contre cette épidémie.

Cette fiche d'information vous donne les précisions sur les conditions de participation à cette étude.

#### **Pourquoi l'étude vous est proposée à vous ?**

D'abord parce que vous êtes jeunes âgé de 15-24 ans, vivez au Togo au moment de cette enquête. Il est en effet estimé que les jeunes de votre âge sont les plus concernés par cette épidémie. Puis parce que l'étude ne pouvant inclure tous les jeunes de cet âge au Togo ; ne nécessitant que la participation des jeunes de votre âge, une sélection par tirage au sort c'est-à-dire au hasard a porté sur votre localité et sur votre personne.

#### **Liberté de participation**

Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude et pouvez à tout moment mettre fin à l'entretien sans pour autant être inquiété de personne ou pour vos avantages.

#### **Le déroulement de l'enquête**

En ce moment même, des équipes sont partout au Togo en train d'administrer le même entretien avec les jeunes de votre âge dans les localités choisies. **On ne fait pas de test ni de prélèvement sanguin dans cette enquête**  
L'enquêteur laisse le jeune sélectionné le temps de lire ou lit et explique lui-même cette notice d'information sur l'enquête

En fin de lecture ou d'explication ; il obtient le consentement libre de celui-ci pour la participation à l'étude

Il lui fait signer ce consentement en cas d'acceptation de participer

Puis il passe à l'administration du questionnaire prévu dans la langue que comprend le mieux le jeune enquêté

#### **Items ou questions abordé(e)s**

L'entretien qui vous sera proposé abordera essentiellement après les données sociodémographiques et économiques les aspects suivant :

- Vos connaissances sur le VIH/Sida
- Vos comportements vis-à-vis du VIH/Sida
- Vos attitudes vis-à-vis du VIH/Sida
- Vos pratiques sexuelles

- L'utilisation des méthodes contraceptives

### **Durée de l'entretien**

Ça vous prendra un peu du temps qui dépendra de votre facilité de comprendre et de répondre aux questions. L'enquêteur prendra tout son temps pour que tout le questionnaire vous soit administré entièrement. Il faudra compter environ une heure.

### **Confidentialité des données**

Cet entretien sera entièrement confidentiel. Cela signifie que nous ne prendrons pas votre nom ou aucune information qui pourrait vous identifier. Nous vous demandons de répondre honnêtement à toutes les questions. Aucune des informations que vous nous fournirez aujourd'hui ne peuvent être connectée de quelque manière que ce soit à vous. Cela veut dire qu'aucun lien ne peut être établi entre vos réponses aux questions et vous-même en tant que personne.

### **Approbation par le comité d'éthique du Togo**

Le protocole de cette étude a été soumis au Comité de Bioéthique pour la Recherche en santé (CBRS) du ministère de la santé du Togo qui a étudié et donné son approbation que voici

### **Bénéfices/avantages**

Vous auriez ainsi mieux compris la problématique du VIH/Sida à travers les questions posées ou que vous poserez vous-même. Vous pourriez désormais mieux vous prévenir de cette épidémie. Vous auriez apporté votre contribution dans la lutte contre cette épidémie sur le plan national. Une collation vous sera offerte pour le temps passé avec vous pour répondre aux différentes questions.

### **Inconvénients**

On vous aurait pris un peu du temps qui vous est cher et qui pourrait laisser échapper l'objectif que vous poursuiviez. Sinon il n'y a pas de dommages physiques envisageables

### **Traitement des données**

Les données recueillies feront l'objet d'un traitement informatisé dans une base de données. Cette base de données n'inclura pas le nom des enquêtés. Ainsi aucun lien ne pourra être fait entre vous et les données saisies dans la base de données.

### **Communication des résultats**

A la fin de l'étude, une fois les résultats validés, nous les communiquerons seulement au CNLS et ses co promoteurs qui en sont propriétaires

### **Contacts pour d'éventuelles questions sur l'étude**

Chef d'équipe enquêteurs :( Cell)  
Coordinateur Technique/ Chef Projet : ( Cell)  
Investigateur Principal : ( Cell)  
Bureau CARESP : (Cell)

## **Annexe 3. Fiche de Consentement**

**Enquête type CAP (connaissances, attitudes et comportements) en matière de VIH de santé sexuelle et de la reproduction chez les jeunes de 15-24 ans**

J'ai lu et compris ou bien, on m'a lu, expliqué et traduit dans ma langue maternelle que je comprends, les informations sur les aspects et étapes de cette enquête (les objectifs les avantages et les risques liés à cette étude).

Après avoir posé toutes les questions de compréhensions et obtenu les réponses satisfaisantes, je consens librement à participer à la dite étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

- J'accepte que l'enquêteur remplisse la fiche de recueil de données  
 J'accepte que les données recueillies fassent l'objet d'un traitement informatisé

**Enquêté si majeur > 18 ans**

Nom : .....Prénom : .....

Signature : ..... Date : \_ / \_ / \_ \_ \_ \_

**Enquêté si mineur < 18 ans (à faire signer par le père ou la mère ou le tuteur légal)**

Nom : .....Prénom : .....

Signature : ..... Date : \_ / \_ / \_ \_ \_ \_

Je soussigné Madame/ Monsieur .....

Déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

**Enquêteur**

Nom : .....

Prénom : .....

Signature : .....

Date : \_ / \_ / \_ \_ \_ \_