

DIRECTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE SIDA ET LES IST**



**SURVEILLANCE SENTINELLE DE  
L'INFECTION PAR LE VIH ET DE LA  
SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTEES EN  
CONSULTATIONS PRÉNATALES AU TOGO**

**Rapport 2009**

## **Equipe de coordination de l'enquête**

Pr. PITCHÉ Palokinam, Coordonnateur du PNLS/IST,

Dr LAWSON Téryi, Unité de suivi & évaluation, PNLS/IST,

Dr DEKU Kodzo, Unité de suivi & évaluation, PNLS/IST,

Mr ALI-EDJE, Centre National de Référence du VIH (CNR/VIH/PNLS),

Mr AFOH Charif, Unité de suivi & évaluation, PNLS/IST.

## **Remerciements**

Le coordonnateur du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) tient à présenter ses gratitudes:

- au Coordonnateur national du secrétariat u Conseil National de Lutte contre le SIDA et l'IST (CNLS/IST) pour son soutien financier à la réalisation de cette enquête;
- à la Direction Générale de la Santé (DGS)
- aux Directions régionales (DRS) et Préfectorales de la santé (DPS) pour leur soutien actif;
- à l'OMS et à l'ONUSIDA pour leur appui technique ;
- au Centre National de Référence/VIH et son réseau de laboratoires pour leur disponibilité et la rigueur dont ils ont fait preuve dans le traitement des échantillons.
- aux personnels des centres de prélèvement en particulier les sages femmes, les infirmiers, les laborantins pour avoir facilité le déroulement de l'opération de collecte des échantillons
- à tout le personnel du PNLS pour le dévouement dont il a fait preuve lors de la formation, de la mise en place du matériel dans les centres de collecte, de la supervision, la collecte et le traitement des données au cours de cette enquête.

# Sommaire

<b>Equipe de coordination .....</b>	<b>2</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>Liste des Tableaux.....</b>	<b>5</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>6</b>
<b>Abréviations .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUME EXECUTIF .....</b>	<b>8</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
1.1 Contexte et justification .....	10
1.2 Objectifs .....	10
<b>II. METHODOLOGIE .....</b>	<b>11</b>
2.1 Population cible .....	122
2.2 Critères d'inclusion .....	122
2.3 Critère de non inclusion.....	12
2.4 Sélection des sites sentinelles.....	12
2.5 Type de l'étude et taille de l'échantillon.....	14
2.6 Collecte des spécimens .....	14
2.7 Tests de laboratoires .....	14
2.8 Contrôle de qualité .....	14
2.9 Traitement et analyse des données .....	14
<b>III – RESULTATS.....</b>	<b>15</b>
3.1 Profil sociodémographique de l'échantillon.....	16
3.2 Prévalence de l'infection à VIH.....	17
3.3 Tendances évolutives de la prévalence du VIH DE 2003-2009.....	21
3.4 Prévalence de la syphilis .....	27
3.5 Tendances évolutives de la prévalence de la syphilis 2003, 2008 et -2009 .....	30
<b>IV - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>33</b>
4.1 Conclusion .....	33
4.2 Recommandations .....	33
<b>V - BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>34</b>
<b>V - ANNEXES.....</b>	<b>35</b>

## **Liste des Tableaux**

<b>Tableau 1</b> : Prévalence du VIH selon le niveau d’instruction et le statut socioprofessionnel.....	18
<b>Tableau 2</b> : Prévalence du VIH selon le lieu de résidence .....	18
<b>Tableau 3</b> : Prévalence de la syphilis selon le lieu de résidence .....	21
<b>Tableau 4</b> : Comparaison de la prévalence du VIH entre 2008 et 2009 .....	29
<b>Tableau 5</b> : Répartition des prévalences VIH et syphilitique selon les régions et la localisation du site en 2009 .....	i
<b>Tableau 6</b> : Séroprévalence du VIH et de la syphilis par site sentinelle en 2009.....	i
<b>Tableau 7</b> : Synthèse des données de la surveillance du VIH chez les Femmes enceintes de 2006 à 2008 .....	iii
<b>Tableau 8</b> : Liste des centres de prélèvement par district et par région sanitaire de 2006 à 2008 ....	vi
<b>Tableau 9</b> : Fréquence de VIH1, VIH2 et VIH1 + VIH2 en 2008 et 2008 .....	vi

## **Liste des figures**

<b>Figure 1</b>	: Répartition des 33 sites concernés par la surveillance sentinelle 2009.....	13
<b>Figure 2</b>	: Répartition des femmes selon les tranches d'âge .....	16
<b>Figure 3</b>	: Répartition des femmes enceintes selon le statut socio professionnel .....	16
<b>Figure 4</b>	: Distribution des femmes enceintes selon le niveau d'instruction .....	17
<b>Figure 5</b>	: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales au niveau national .....	17
<b>Figure 6</b>	: Répartition de la prévention du VIH selon les tranches d'âge .....	18
<b>Figure 7</b>	: Cartographie de la prévalence du VIH selon les sites sentinelles en 2008.....	19
<b>Figure 8</b>	: Prévalence du VIH en fonction du milieu de résidence des femmes au niveau de chaque site sentinelle .....	20
<b>Figure 9</b>	: Prévalence du VIH par région sanitaire .....	21
<b>Figure 10</b>	: Evolution de la prévalence du VIH dans la région maritime en fonction du milieu de Résidence des femmes de 2003 à 2009 .....	22
<b>Figure 11</b>	: Evolution de la prévalence du VIH dans la région des plateaux en fonction du milieu de résidence des femmes de 2003 à 2009 .....	22
<b>Figure 12</b>	: Evolution de la prévalence du VIH dans la région centrale en fonction du milieu de résidence des femmes de 2003 à 2009 .....	23
<b>Figure 13</b>	: Evolution de la prévalence du VIH dans la région de Kara en fonction du milieu de résidence des femmes de 2003 à 2009 .....	24
<b>Figure 14</b>	: Evolution de la prévalence du VIH dans la région des Savanes en fonction du milieu de résidence des femmes de 2003 à 2009 .....	24
<b>Figure 15</b>	: Prévalence nationale de la syphilis chez les femmes enceintes .....	25
<b>Figure 16</b>	: Cartographie de la prévalence de la syphilis selon les sites sentinelles en 2009 .....	25
<b>Figure 17</b>	: Prévalence de la syphilis par tranche d'âge .....	26
<b>Figure 18</b>	: Prévalence de la syphilis par région sanitaire .....	26
<b>Figure 19</b>	: Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans entre 2003 et 2009 .....	27
<b>Figure 20</b>	: Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans de 2003 en 2009 .....	27
<b>Figure 21</b>	: Prévalence du VIH chez les femmes en CPN âgées de 15 à 19 ans de 2003 à 2009 .....	28
<b>Figure 22</b>	: Tendances de l'épidémie à VIH selon la localisation des sites de 2003 à 2009 .....	29
<b>Figure 23</b>	: Tendances de la prévalence du VIH chez les femmes en CPN de 15 – 19 ans dans les six régions sanitaires de 2003 à 2008.....	30
<b>Figure 24</b>	: Prévalence de la syphilis par région sanitaire en 2003, 2008 et de 2009 .....	31
<b>Figure 25</b>	: Cartographie de la prévalence du VIH selon des régions sanitaires en 2009 .....	iv
<b>Figure 26</b>	: Cartographie de la prévalence de la syphilis selon les régions sanitaires en 2008.....	v

## **Abréviations**

**CHP** : Centre hospitalier de préfecture

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CNLS** : Conseil National de Lutte contre le SIDA

**CNR** : Centre National de Référence pour les tests VIH

**CPN** : Consultation prénatale

**DDS** : Direction de district sanitaire

**DPS** : Direction Préfectorale de la Santé

**DRS** : Direction régionale de la santé

**EDS** : Enquête démographique et de santé

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**PMI** : Poste de protection maternelle et infantile

**PNLS** : Programme National de Lutte contre le SIDA

**RPR** : Reagen Protein Reaction

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

## RESUME EXECUTIF

Au Togo, la surveillance de l'épidémie VIH dans la population générale repose depuis 1989 sur la surveillance sentinelle des femmes reçues en consultations prénatales (CPN). Depuis 2003 le PNLS/IST a redynamisé cette activité. Ainsi après celles de 2003, 2004, 2006 et 2008, le PNLS/IST a réalisé en 2009 une nouvelle enquête dans cette population afin d'évaluer les tendances évolutives du VIH dans notre pays.

Les femmes enceintes incluses dans l'étude étaient âgées de 15 à 49 ans et étaient recrutées sur 33 sites (17 sites urbains et 16 sites ruraux). Au total 8572 femmes provenant dans 58% des zones urbaines et dans 42% des zones rurales réparties dans 20 districts des six régions sanitaires ont fait l'objet de notre enquête avec la détection des anticorps de l'infection à VIH et de la syphilis (test RPR) dans le sang sur une période de trois mois (Août- octobre 2009).

La prévalence moyenne du VIH dans la population cible était de 3.9%. Cette prévalence varie suivant l'âge. Elle est de 2.1% dans les tranches d'âges de 15-19 ans, de 3.1% Chez les 15-24ans et de 4.8% dans la tranche d'âge de 25-35ans. Elle est aussi influencée par le niveau de résidence des femmes : 4.7% en milieu urbain et 3,0% en milieu rural. Si l'épidémie est stable dans toutes les régions, dans les régions des plateaux et maritime, on observe une tendance à la hausse de l'épidémie dans certains sites ruraux.

La prévalence du VIH décroît des régions sanitaires de Lomé vers l'intérieur du pays : Lomé 6.5%, Maritimes : 5.5% ; Plateaux 5.2% : Centrale : 2.3%, Kara 2.3% : Savanes : 2.0%. Ainsi la prévalence de Lomé commune est trois fois plus élevée que celle des Savanes (qui a la moitié de la prévalence nationale)

La prévalence de la syphilis était de 1.1% au niveau national. Au niveau régional, la prévalence de la syphilis variait de 1.3% dans les régions maritime et de la Kara à 0.7% dans la région des plateaux. La prévalence de la syphilis ne semble pas être influencée par l'âge et le milieu de résidence des femmes. Il n'y avait pas de corrélation entre la prévalence de la syphilis et celle du VIH dans la population cible.

Les résultats de l'enquête 2009 par rapport à ceux de 2008 montrent une stabilité de la prévalence du VIH dans ce groupe cible. Cette stabilité est remarquable plus particulièrement dans les régions de Lomé commune (6,5% en 2009 vs 6.3% en 2008) et dans la Kara (2.5% en 2008 vs 2.3% en 2009).

Les résultats de l'enquête en 2009 confirment la stabilisation de l'épidémie VIH dans le groupe de femmes enceintes au Togo depuis 2006 avec une tendance à la baisse entre 2003 (4.8%) et 2009 (3.9%); cette tendance à la baisse porte sur les nouvelles infections chez les femmes de 15 à 24 ans. Par ailleurs les résultats montrent qu'il faut mener des actions de prévention en milieu rural où on note dans certains sites un début d'augmentation de la prévalence dans certains districts sanitaires.





# **I. Introduction**

## **1.1 Contexte et justification**

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus fortement touchée par le VIH, avec 67% de toutes les personnes vivant avec le VIH et 75% des décès dus au sida en 2008 selon le rapport ONUDISA 2009. Au Togo, en 2008 la séroprévalence dans la population générale a été estimée à 3 % avec 110 000 Personnes vivant avec le VIH. La connaissance de la situation de l'épidémie du VIH dans la population générale au Togo repose depuis 1989, à l'instar d'autres pays en développement, sur le système de surveillance du VIH dans des sites CPN (Consultation Pré Natale) désignés « sites sentinelles » et sur les enquêtes démographiques et santé.

La surveillance sentinelle permet de suivre les tendances de la séroprévalence dans les groupes des femmes enceintes au niveau des sites sélectionnés dans les différentes régions du pays. Au Togo depuis 2003 le PNLIS réalise régulièrement cette surveillance selon les recommandations du nouveau protocole de l'OMS qui prend en compte les sites ruraux et les sites urbains.

De 2003 à 2008 les enquêtes réalisées dans les sites sentinelles au Togo, ont montré une stabilisation de l'épidémie du VIH dans la population cible des femmes enceintes de 15 à 49 ans avec des variations régionales importantes. Ces différentes enquêtes permettent de faire des estimations de l'épidémie dans la population générale au Togo.

En 2009, une nouvelle enquête a été menée dans la population des femmes enceintes reçues en consultation prénatale (CPN) afin de disposer des données pour mieux suivre les tendances de l'épidémie du VIH dans le temps et dans l'espace, afin de mieux orienter les interventions en matière de prévention et de lutte contre le SIDA.

## **1.2 Objectifs**

### ***1.2.1 Objectif général***

Améliorer la connaissance de l'épidémie par le suivi des tendances évolutives du VIH dans les groupes vulnérables.

### **1.2.2 Objectifs spécifiques**

- Déterminer la prévalence de l'infection du VIH et la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale.
- Suivre les tendances de l'épidémie du VIH/SIDA dans le temps et dans l'espace
- Générer des données pour une utilisation dans l'estimation et la projection de la séroprévalence du VIH et les impacts du Sida dans la population

## **II. Méthodologie**

## 2.1. Population cible

La population enquêtée est composée des femmes enceintes de 15 à 49 ans fréquentant les consultations prénatales (CPN).

## 2.2 Critères d'inclusion :

Ont été incluses toutes les femmes enceintes se présentant en CPN pour la première fois pendant la période de la surveillance, et acceptant de donner du sang veineux pour le dépistage de la syphilis.

## 2.3 Critères de non inclusion :

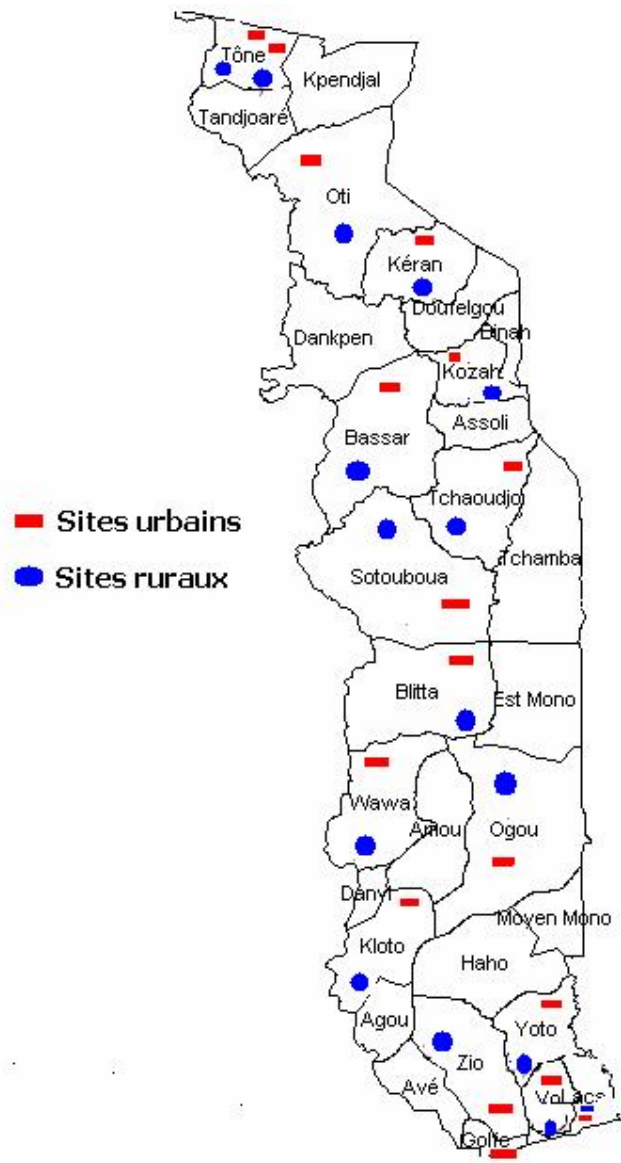
Femme référée par une autre formation sanitaire et femme venant en CPN pour la deuxième fois ou la troisième fois pendant la même période de la surveillance (le carnet de consultation prénatale de la femme est le document de contrôle).

Ces critères ont été optés pour éviter le biais de sélection. Les femmes venant pour la deuxième fois en consultation prénatale ont été exclues pour éviter les doublons. Celles référées par un autre centre de santé ont été exclues par le fait qu'elles peuvent être déjà prélevées dans le centre de santé de provenance.

## 2.4. Sélection des sites sentinelles

Les sites ont été sélectionnés selon les critères définis dans le protocole OMS adopté au Togo depuis 2003 actualisé et validé par le groupe de référence de suivi évaluation en 2008. La dénomination de site rural a été définie selon les caractéristiques du Service National de la statistique et selon les considérations de chaque district sanitaire. Cette surveillance s'est déroulée dans 33 sites dont 17 Urbains et 16 ruraux.

- **Un site sentinelle** est un ensemble de formations sanitaires (PMI) qui accueillent les femmes de différents profils sociodémographiques en consultation prénatale dans une zone géographique donnée (village, canton, ville ou district).  
Lorsqu'il y a nécessité de garantir l'obtention dans les délais requis, de la taille de l'échantillon ou de compléter la couverture en terme de représentativité liée au profil sociodémographique des femmes, plusieurs centres de prélèvement sont associés pour constituer le site.
- **Centre de prélèvement** : un centre de prélèvement est une formation sanitaire (PMI) située dans un site sentinelle et qui participe à la collecte des échantillons pour le compte de ce site. Un ou plusieurs centres effectuent des prélèvements pour le même site sentinelle.



**Figure 1 :** Répartition des 33 sites concernés par la surveillance sentinelle 2009

## **2.5. Type de l'étude et taille de l'échantillon**

Il s'agit d'une étude transversale anonyme et non corrélée. Toute femme enceinte éligible (répondant aux critères d'inclusion) est incluse dans l'étude. Pour une prévalence estimée de 3,4 % chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans dans les sites sentinelles en 2008, un niveau de confiance visé de 95% une taille d'échantillon de 200 par site a été suffisante pour une marge d'erreur tolérable de 5%. Toutes les femmes enceintes éligibles présentes à la CPN ont été recrutées systématiquement jusqu'à concurrence de la taille requise. Au total 8 572 échantillons ont été prélevés et traités dans l'ensemble des sites sentinelles sur le plan national. L'étude a été réalisée dans tous les sites entre août et octobre 2009.

## **2.6. Collecte des spécimens**

Au niveau de chaque site et pour toute femme enceinte éligible venue en consultation prénatale, un spécimen de sang est prélevé. Le sang ainsi prélevé a été centrifugé et le sérum recueilli est divisé en deux parties pour la réalisation des deux tests prévus dans le protocole : le test de VIH et le test de la syphilis.

## **2.7. Tests de laboratoires**

La recherche des anticorps anti VIH a été effectuée pour tous les sérums, dans les laboratoires régionaux publics appartenant au réseau des laboratoires du CNR (centre national de référence pour la biologie VIH) qui assure le contrôle de qualité. Tous les échantillons ont été testés au VIRONOSTIKA Uniform II plus O (test Elisa) ; les échantillons positifs ont été passés à IMMUNOCOMB II (test rapide) de confirmation et différenciant le VIH1 du VIH2. La recherche de la syphilis a été effectuée par le test de RPR dont le résultat a été communiqué aux femmes.

## **2.8. Contrôle de qualité**

Le contrôle de qualité pour les tests effectués par les laboratoires régionaux, est effectué par le CNR sur 10% des échantillons positifs.

## **2.9. Traitement et Analyse des données**

Les logiciels Epidata et SPSS ont été utilisés pour la saisie, le contrôle, l'apurement des données et l'analyse des variables numériques et catégorielles.

### **Les variables étudiées**

#### *Variables indépendantes*

Variables démographiques : Age, niveau d'instruction, profil socioprofessionnel

#### *Variables dépendantes*

- Séroprévalence du VIH
- Séroprévalence de la syphilis

# III - Résultats

### 3.1 Profil sociodémographique de l'échantillon

Au total sur la période de 3 mois, 8572 femmes enceintes ont été prélevées.

L'âge moyen des femmes enceintes vues en CPN était de 25,8 ans.

La tranche d'âge de 20 à 24 ans était la plus représentée (30,8%) suivie de celle de 25 à 29 ans (26,8 %). la tranche d'âge de 15 à 19 ans était représentée dans l'ordre de 14,4 %. (Figure 1).

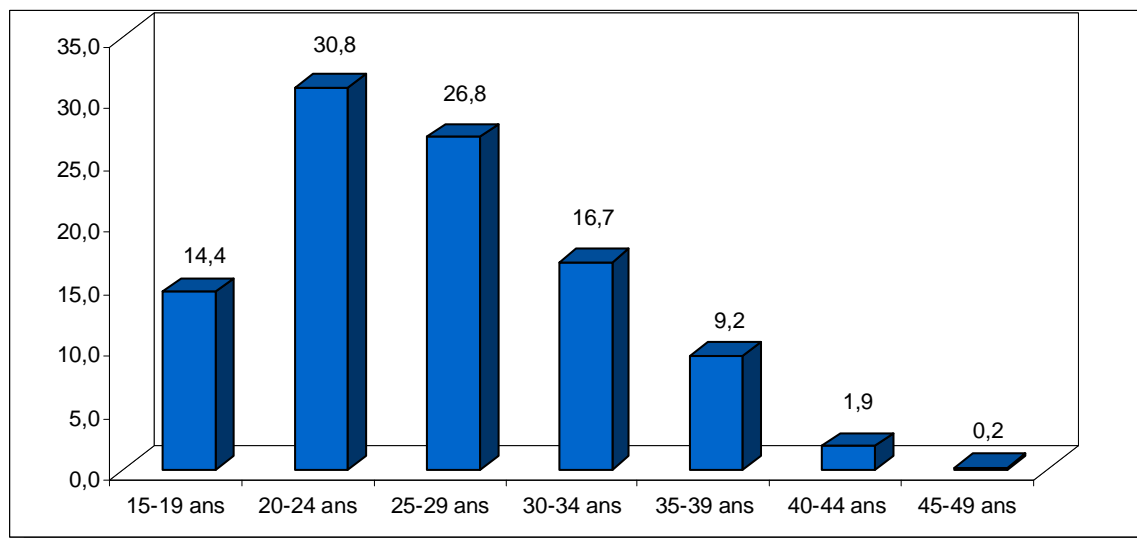


Figure 2: Répartition des femmes selon les tranches d'âge

Dans l'échantillon, les deux catégories socioprofessionnelles les plus importantes sont celles des ménagères et des revendeuses représentant respectivement 46,4 % et 23,3 % des gestantes. Environ 5% des gestantes étaient des élèves ou étudiantes. (Figure 2).

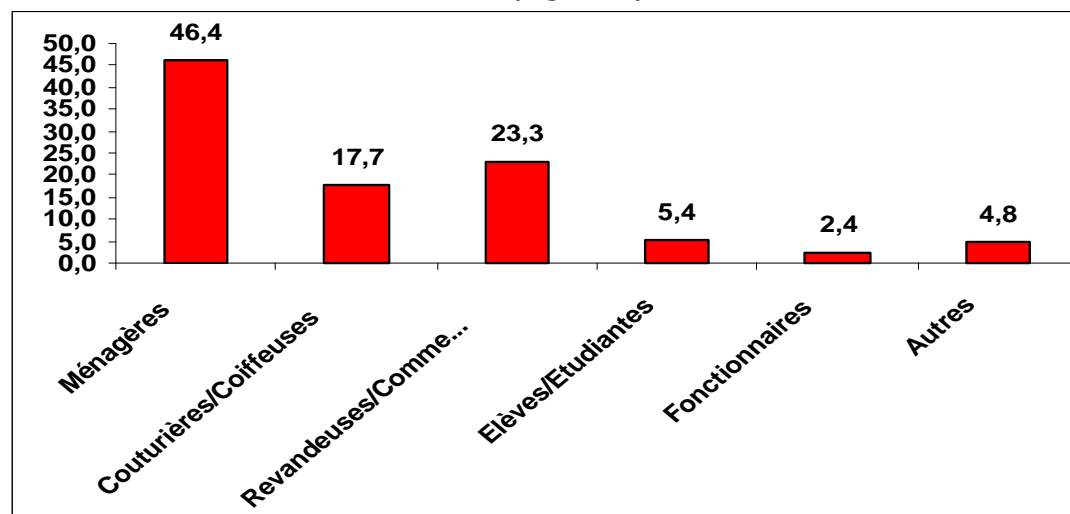


Figure 3: Répartition des femmes enceintes selon le statut socio professionnel



La majorité des femmes (65%) avaient fréquenté l'école et un peu plus de trois sur dix avait le niveau primaire (34,2%). (Figure 4).

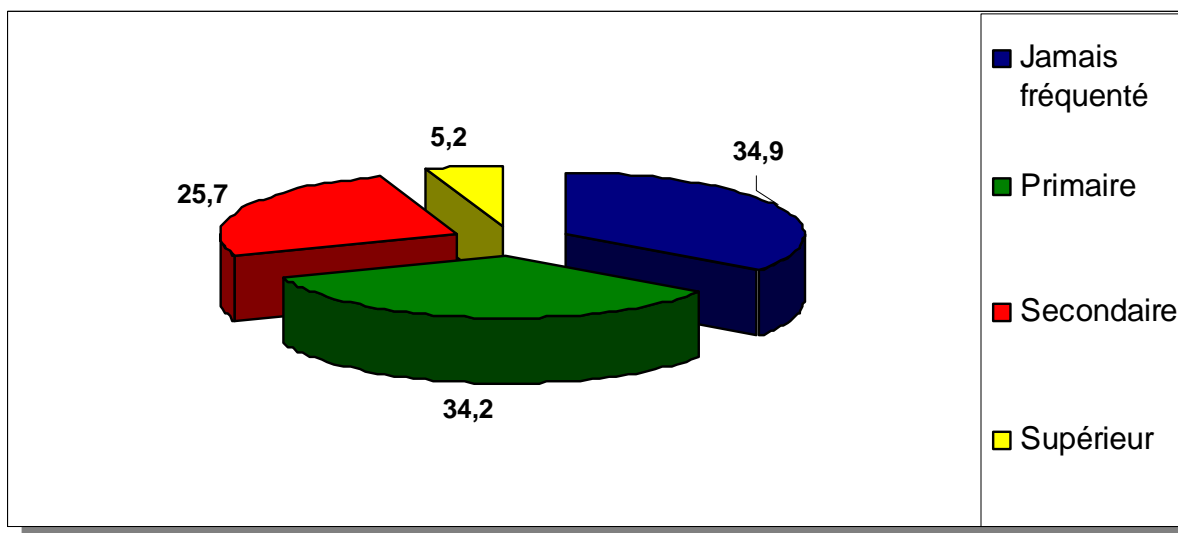


Figure 4 : Distribution des femmes enceintes selon le niveau d'instruction

### 3.2 Prévalence de l'infection à VIH

Le test VIH était positif chez 338 femmes enceintes parmi les 8572 testées, ce qui correspond à un taux de séropositivité de 3,9 % en moyenne (IC à 95% : [3,4 - 4,3]) au niveau national. (Figure 5).

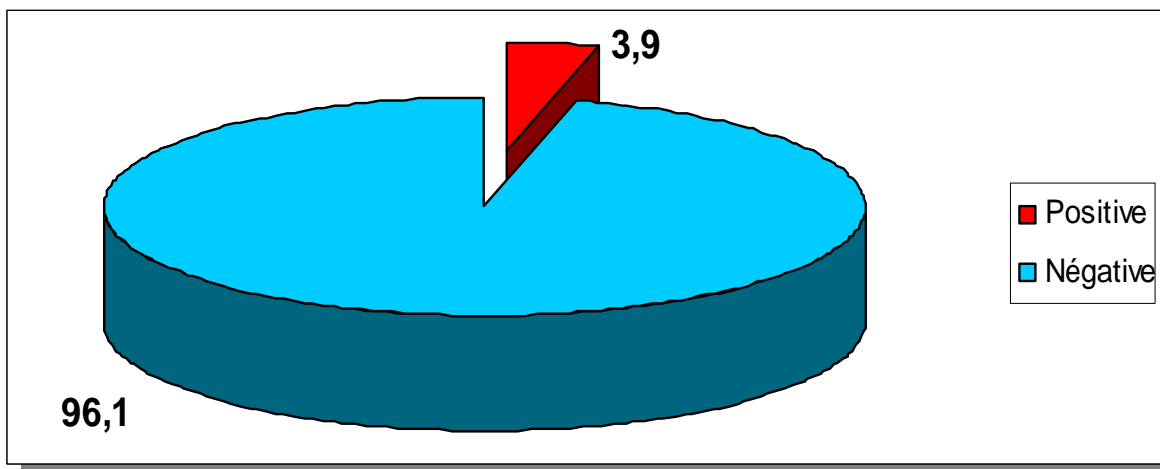


Figure 5: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales au niveau national

#### 3.2.1 Prévalence de l'infection au VIH selon les tranches d'âges

En général, le taux d'infection au VIH tend à augmenter avec l'âge passant de 2,1% entre 15-19 ans, à 3.6% entre 20 et 24 ans et à 4.8% entre 25-34 ans. (Figure 6).

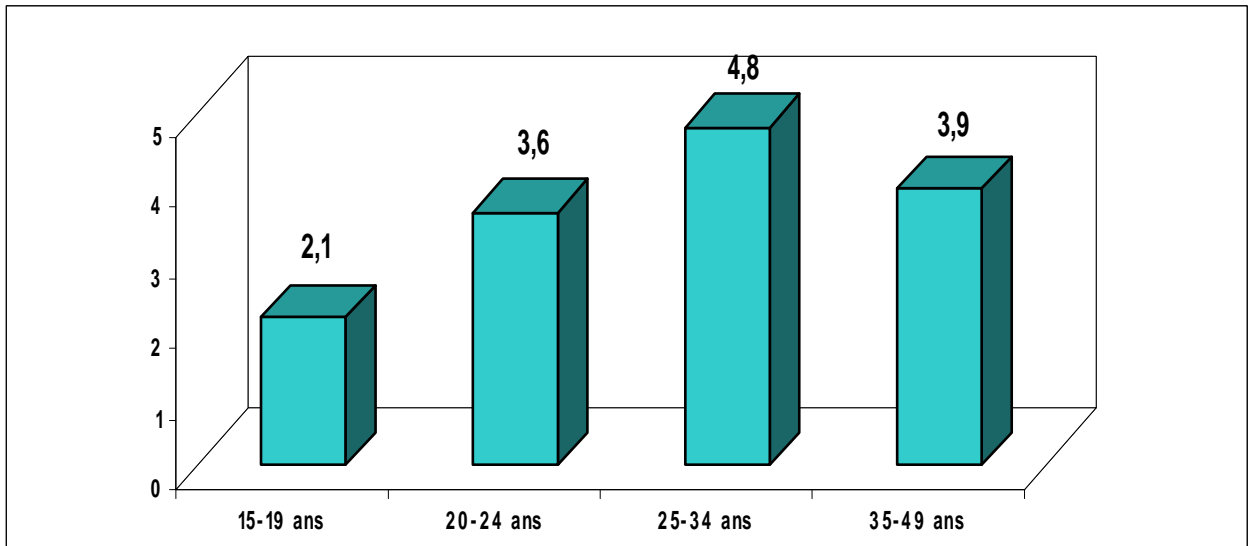


Figure 6: Répartition de la prévalence VIH selon les tranches d'âge

### 3.2.2 Prévalence selon le statut socioculturel et le niveau d'instruction

La prévalence de l'infection à VIH n'est pas significativement influencée par le niveau d'instruction. Les commerçantes et les revendeuses (6.2%) et les fonctionnaires (5.5%) avaient les prévalences les plus élevées) comme le montre le tableau 1. Les commerçantes et les revendeuses et les fonctionnaires sont les catégories socioprofessionnelles qui résident le plus souvent en milieu urbain.

Tableau 1: Prévalence du VIH selon le niveau d'instruction et le statut socio- professionnel

		Sérologie (%)	Effectif
Niveau d'instruction	Jamais fréquenté	2,9	2896
	Primaire	4,9	2844
	Secondaire	4,2	2133
	Supérieur	3,2	433
	<b>Ensemble niveau instruction</b>	<b>3,9</b>	<b>8306</b>
Statut socio professionnel	Ménagères	2,8	3952
	Couturières/Coiffeuses	4,6	1506
	Revendeuses/Commerçantes	6,2	1986
	Elèves/Étudiantes	1,1	463
	Fonctionnaires	5,5	201
	Autres	3,4	411
	<b>Ensemble statut socio professionnel</b>	<b>3,9</b>	<b>8519</b>

### 3.2.3 Prévalence de l'infection au VIH selon le milieu de résidence et selon les régions

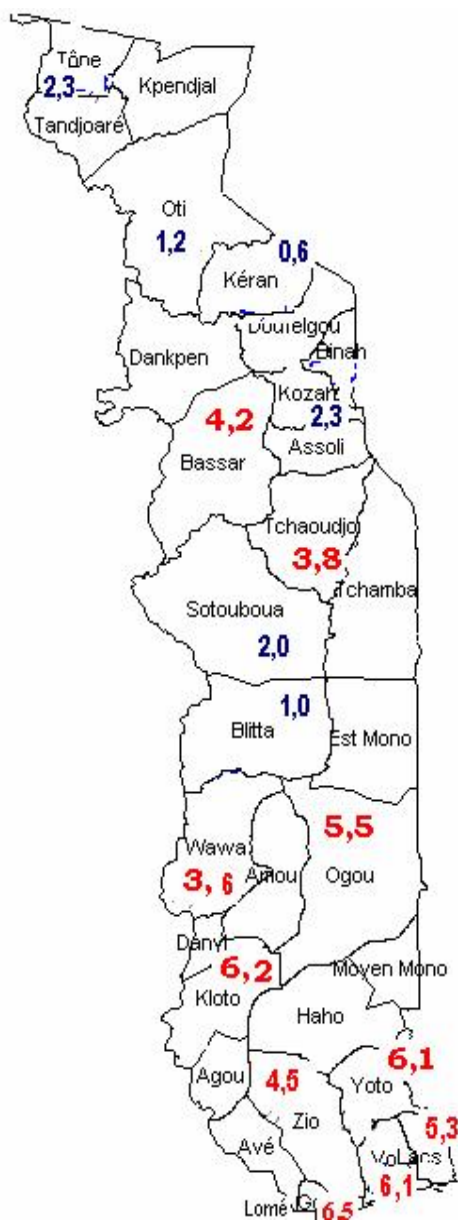
Tableau 2: Prévalence VIH selon le milieu de résidence

Localisation des sites	Sérologie	Effectif
	Positive (%)	
Sites urbains	4,7	4966
Sites ruraux	3,0	3606
<b>Ensemble</b>	<b>3,9</b>	<b>8572</b>

En milieu urbain les femmes seraient plus infectées qu'en zone rurale (4,7 % vs 3,0 %) et la différence observée est significative ( $p < 0,000$ ).

### 3.2.4 Prévalence de l'infection au VIH suivant le district sanitaire

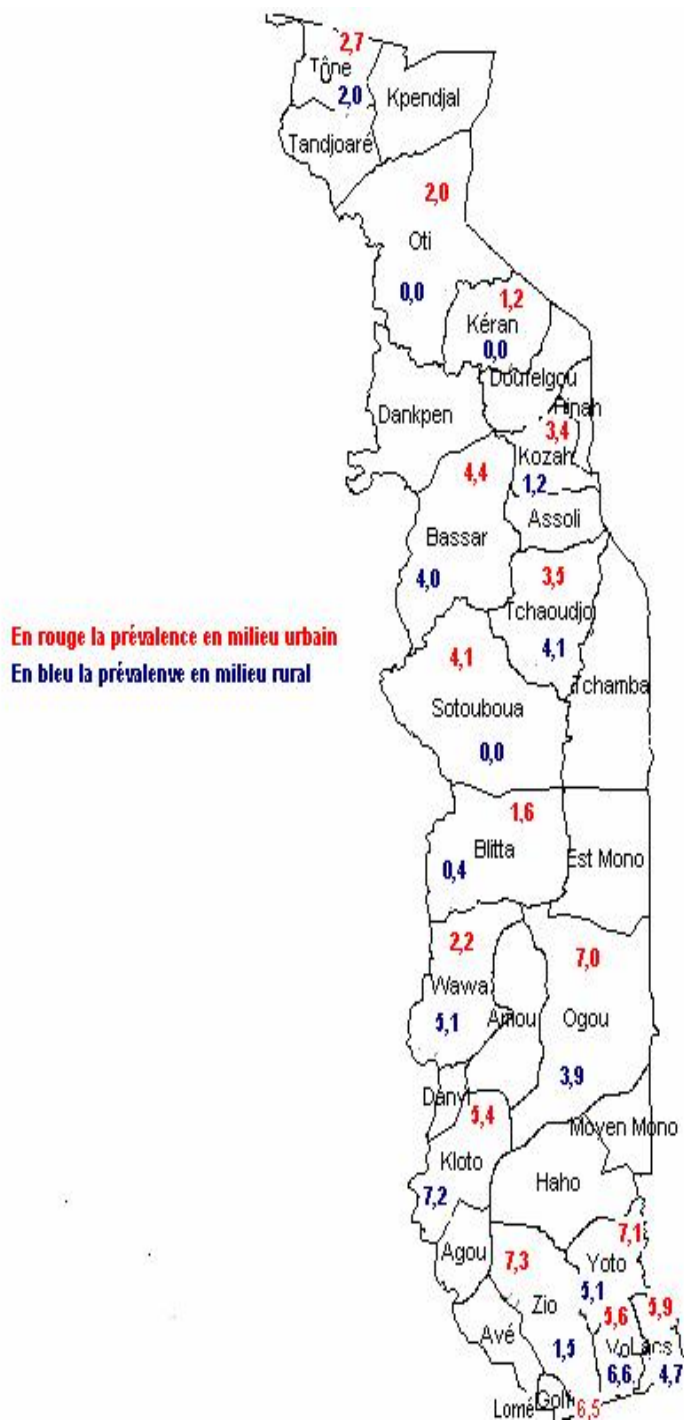
Dans les districts sanitaires de la région maritime (Zio: 4.5%, Vo : 6.1%, Yoto : 6.1%, Lacs : 5.3%) la prévalence du VIH est largement au dessus de la moyenne nationale. La prévalence selon les districts montre que ceux de Kloto (6.2%), Ogou (5.5%) de la région des plateaux, les districts de Bassar (4.2%) de la région de la Kara, et Tchaoudjo (3.8%) de la région centrale ont les prévalences les plus élevées du pays. (Figure 7).



**Figure 7:** Prévalence du VIH selon les districts sanitaires en 2009.

### 3.2.4 Prévalence du VIH selon les sites

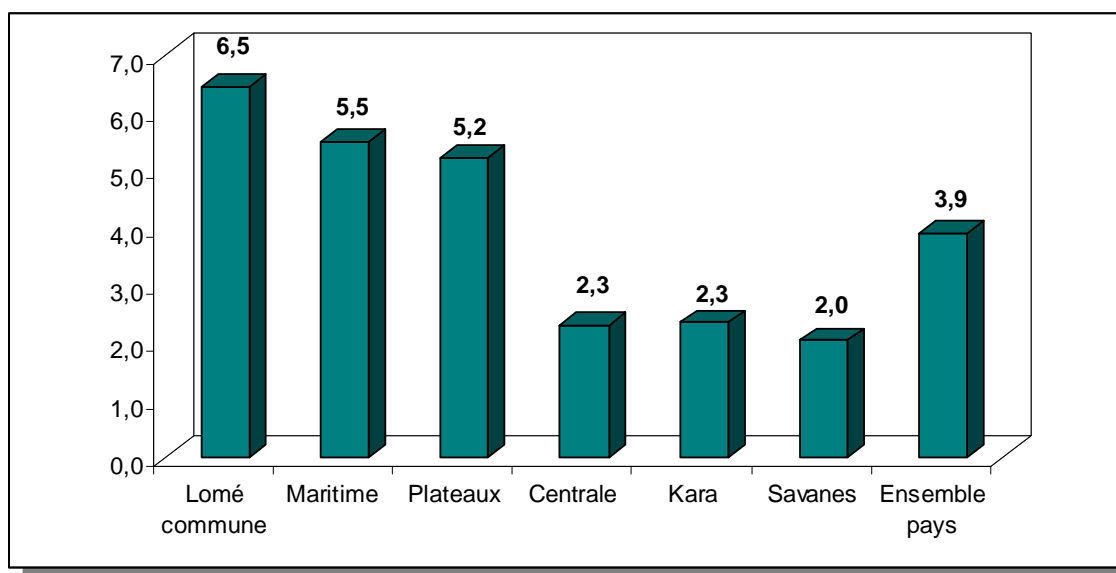
Dans la majorité des sites, la prévalence du VIH en milieu urbain est plus élevée qu'en milieu rural sauf dans les districts de Vo où cette prévalence était de 6.6% en milieu rural (Akoumapé) vs 5.6% en milieu urbain (Figure 8).



**Figure 8:** Prévalence du VIH en fonction du milieu de résidence des femmes au niveau de chaque site sentinelle en 2009

### 3.2.4 Prévalence de l'infection à VIH selon les régions sanitaires

Sur le plan géographique, les résultats de cette enquête montrent que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes reçues en CPN varie en fonction des régions. Ainsi elle décroît de la région Lomé commune (6,5%) vers la région des savanes (2%). (Figure 9).



**Figure 9 :** Prévalence du VIH par région sanitaire en 2009

### 3.3. Tendances évolutives de la prévalence du VIH de 2003-2009

#### 3.3.1 Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15- 49 ans

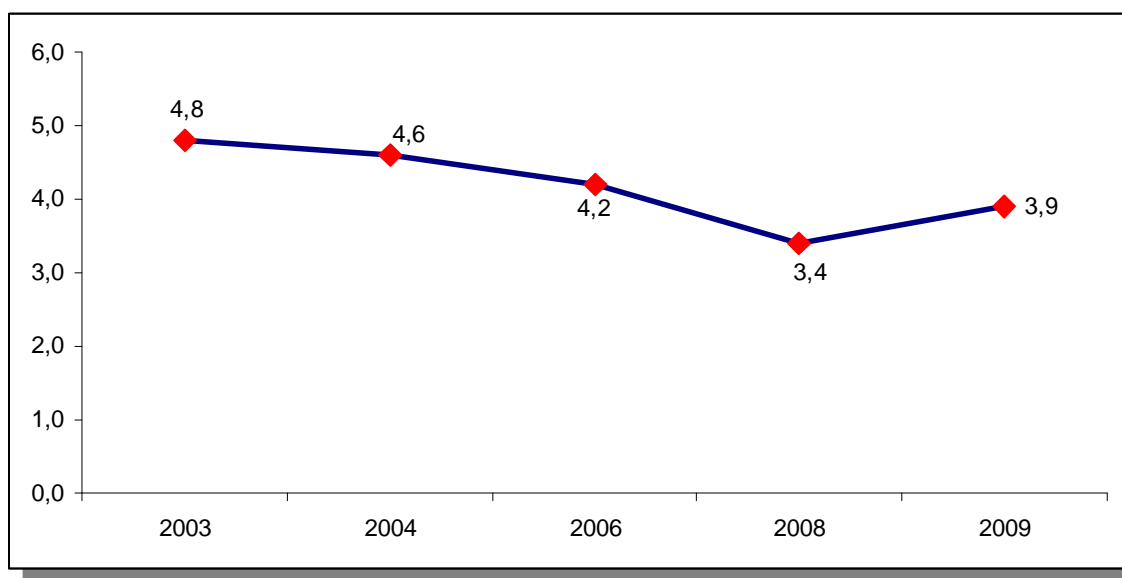
L'un des objectifs de l'enquête était de suivre la tendance de l'épidémie du VIH. La comparaison est effectuée parmi les 33 sites comparables de 2003 à 2009. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes n'a pas varié de 2003 à 2006 car il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les prévalences observées au cours de ces années. De même, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN est restée stable entre 2008 et 2009 ( $p = 0,08585$ )

**Tableau 3: Comparaison de la prévalence VIH entre 2008 et 2009**

Prévalence 2009 (p1)	Effectif 2009	Prévalence 2008 (p2)	Effectif en 2008	P- value	Z
3,9	8572	3,4 %	8079	0,08	1,7 ns

(La P value = 0,08585 > 5% donc l'hypothèse nulle du test est acceptée. Les deux proportions sont identiques statistiquement.)

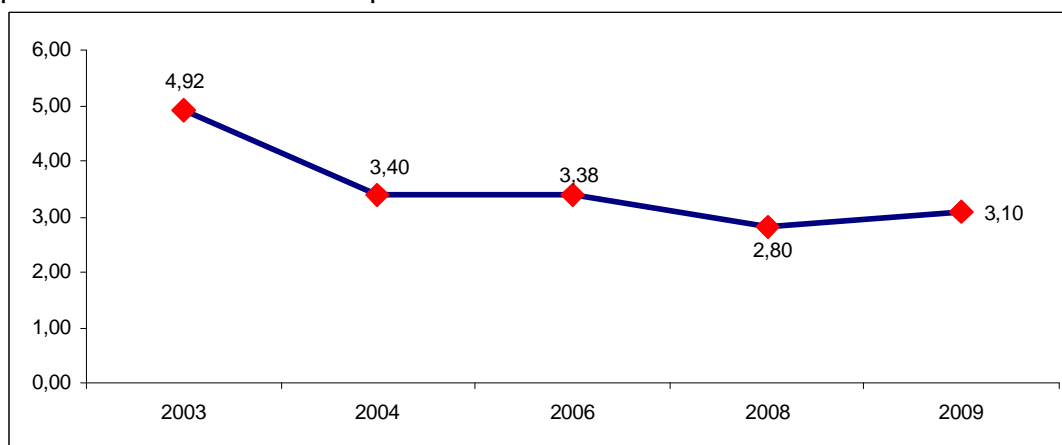
Par ailleurs l'analyse des données de prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN de 2003 à 2009 montre une certaine stabilisation de l'épidémie. (Figure 10).



**Figure 10:** Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15- 49 ans entre 2003 et 2009

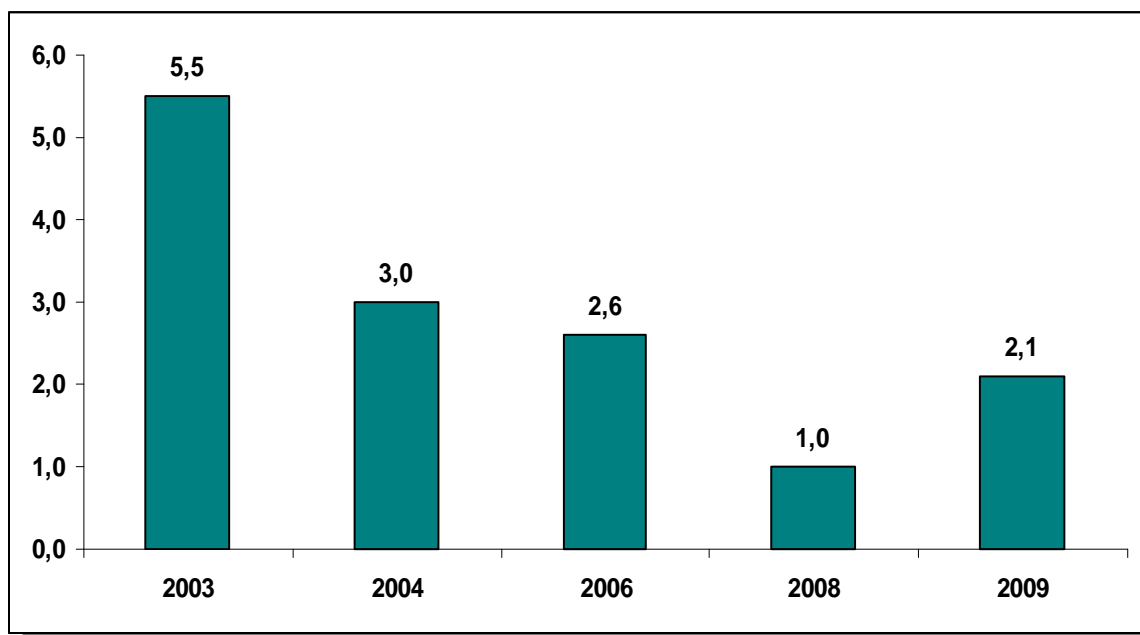
### 3.3.2 Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15- 24 ans

Etant donné les difficultés pratiques entourant la réalisation des études d'incidence du VIH, la prévalence du VIH dans le temps parmi les jeunes femmes (15-24 ans) qui fréquentent les consultations prénatales est fournit des indications importantes sur les tendances épidémiologiques notamment la situation des nouvelles infections. Ainsi la figure 10 ci après montre que cette prévalence est stable depuis 2004.



**Figure 11:** Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15-24ans de 2003 en 2009.

Dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans, on a observé une légère baisse de la prévalence du VIH entre 2003 et 2009 et une légère augmentation en 2009 (2,1%). (Figure 12).

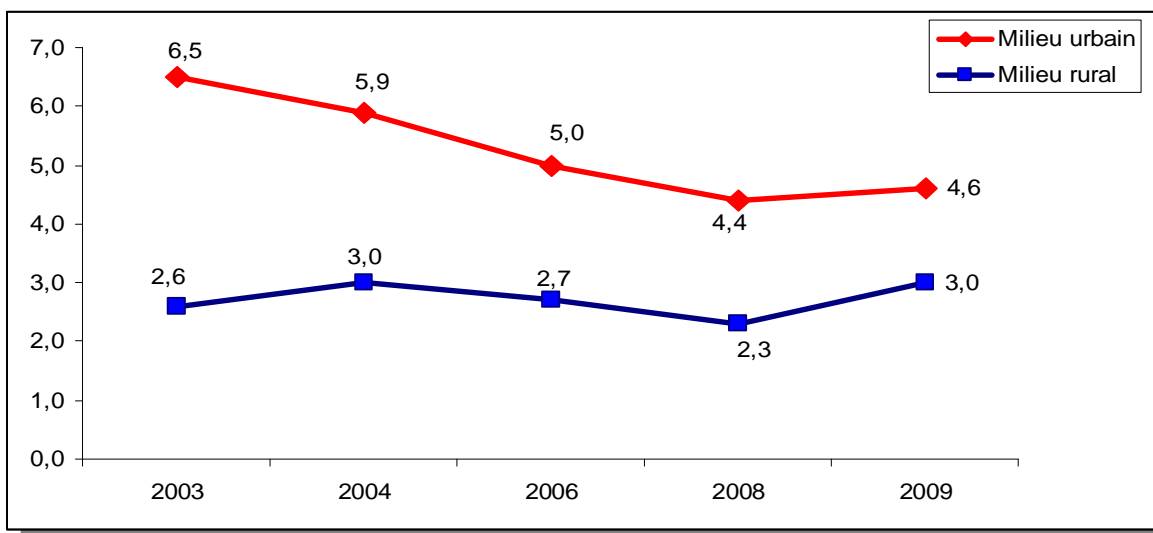


**Figure 12:** Prévalence du VIH chez les femmes en CPN âgées de 15-19 ans de 2003 à 2009

### 3.3.3 Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en fonction du milieu de résidence

Il est à noter que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes reçues en CPN en milieu urbain est environ deux fois plus élevée que celle observée en milieu rural de 2003 à 2009. Ceci peut s'expliquer d'une part par le fait qu'en milieu urbain, il existe une plus grande densité démographique et un plus grand brassage sexuel augmentant ainsi le risque et d'autre part par du point de vue de l'histoire de la maladie.

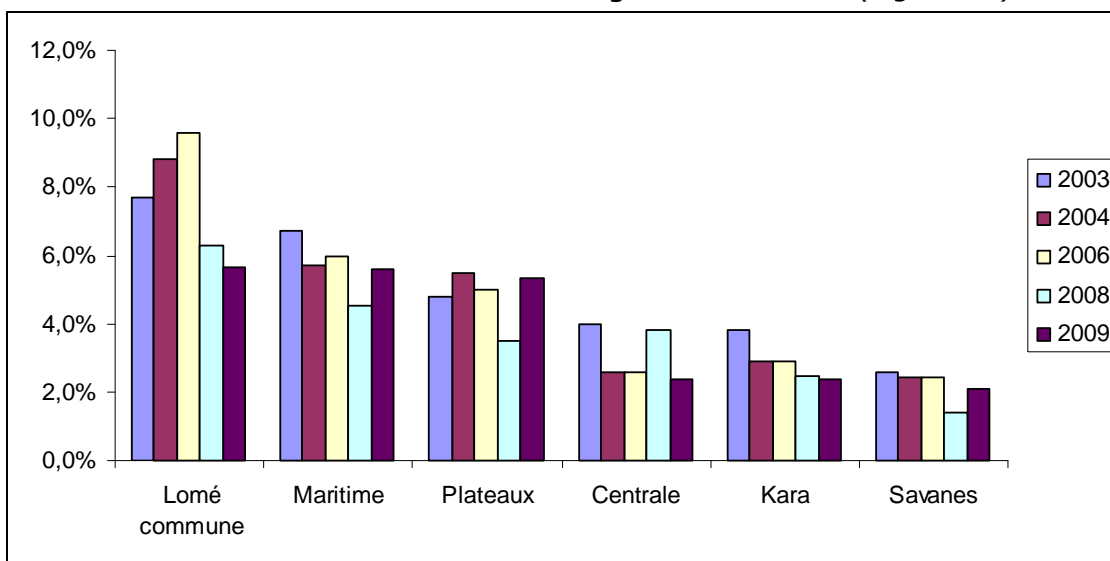
D'une façon générale, la figure 22 montre qu'en milieu urbain, la prévalence du VIH a une tendance à la baisse de 2003 (6,5%) jusqu'en 2009 (4,7%) ( $p=0,0017845$ ) alors qu'elle a une tendance à la stabilisation en milieu rural au cours de la même période ( $p = 0,4$ ).



**Figure 13:** Tendances de l'épidémie à VIH selon la localisation des sites de 2003 à 2009

### 3.3.4 Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les régions sanitaires

La tendance de l'épidémie du VIH au niveau des différentes régions est à la stabilisation sauf dans la région des plateaux où on a noté une augmentation de cette prévalence entre les deux derniers passages. Il est à remarquer d'une façon générale que de 2003 à 2009 l'épidémie décroît de la région de Lomé commune où se trouve la capitale vers la région des savanes (fig. 22). On note une tendance à la baisse de l'épidémie de fréquence constante entre 2003 et 2009 dans Lomé commune et dans la région de la Kara. (Figure 14).

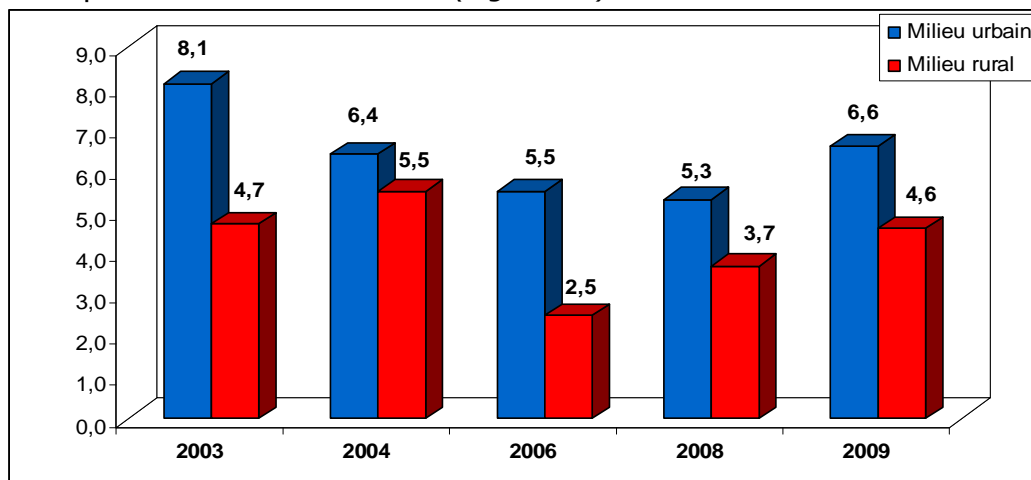


**Figure 14:** Tendances de la prévalence VIH chez les femmes en CPN de 15-49 ans dans les six régions sanitaires de 2003 -2008



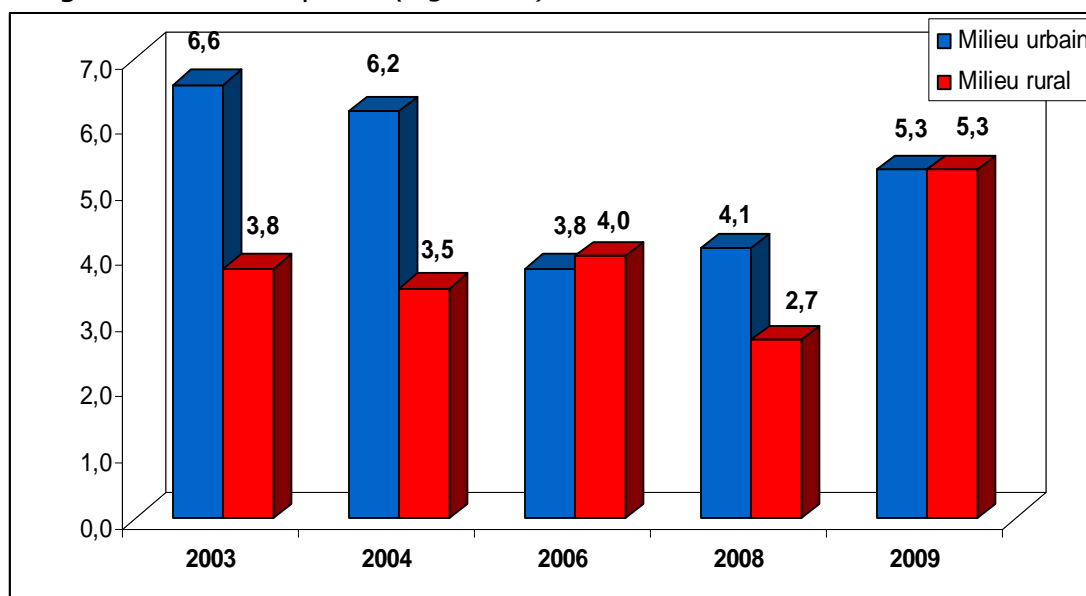
### 3.3.5 Tendances évolutives du VIH dans les régions en fonction du milieu de résidence

Dans la région maritime on note une stabilité de la prévalence du VIH en milieu urbain depuis 2004, mais en 2009 on note une tendance à la hausse de l'épidémie en milieu rural. (Figure 15).



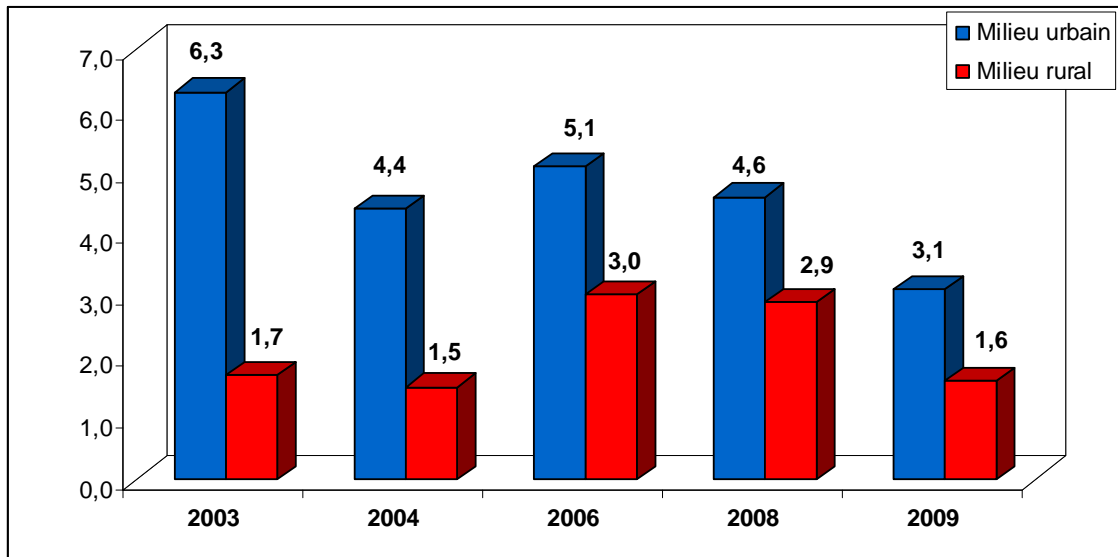
**Figure 15:** Evolution de la prévalence du VIH dans la région maritime en fonction du milieu de résidence des femmes de 2003 à 2009

Dans la région des plateaux la progression de l'épidémie en zone rurale est notée pour la première fois en 2009. Elle concerne les sites ruraux de Kougnohou et de Kplélé. (Figure 16).



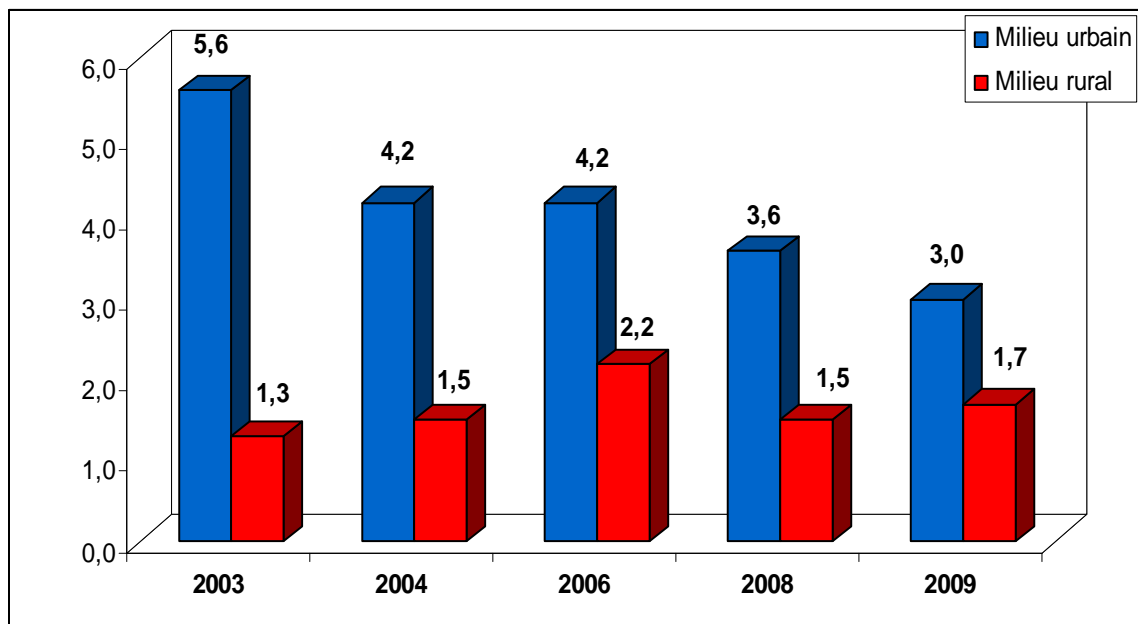
**Figure 16 :** Evolution de la prévalence du VIH dans la région des plateaux en fonction du milieu de résidence des femmes de 2003 à 2009.

Dans la région centrale on note une stabilisation de l'épidémie aussi bien en milieu rural qu'en milieu rural avec une tendance à la baisse (mais non significative) entre 2008 et 2009 (Figure 17).



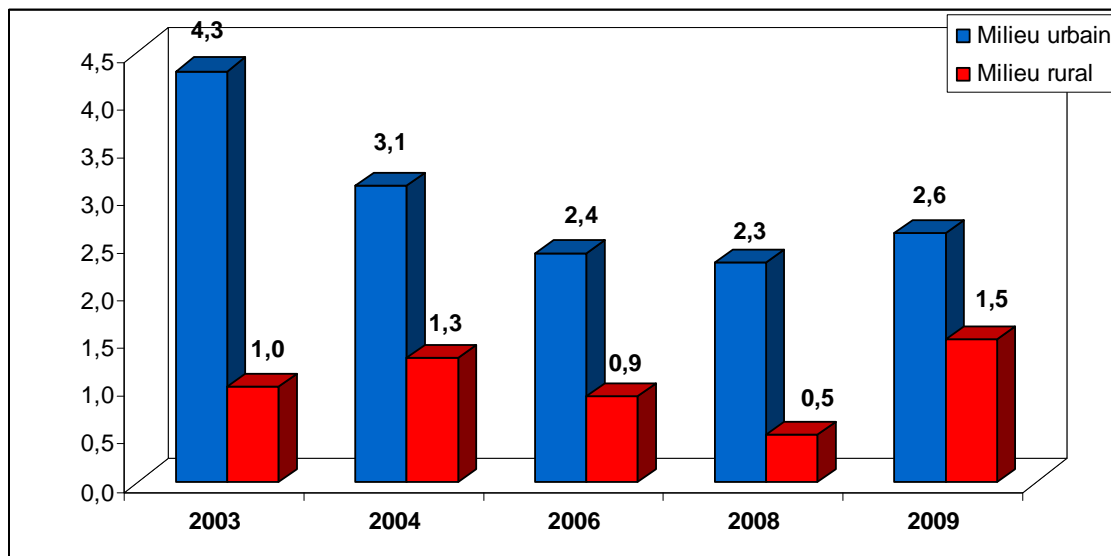
**Figure 17:** Evolution de la prévalence du VIH dans la région centrale en fonction du milieu de résidence des femmes de 2003 à 2009.

L'épidémie du VIH en milieu urbain est passée de 5.6% en 2003 à 3,0% en 2009, mais l'infection du VIH en milieu rural est stable depuis 2006 dans la région de la Kara (Figure 18).



**Figure 18:** Evolution de la prévalence du VIH dans la région de la Kara en fonction du milieu de résidence des femmes de 2003 à 2009

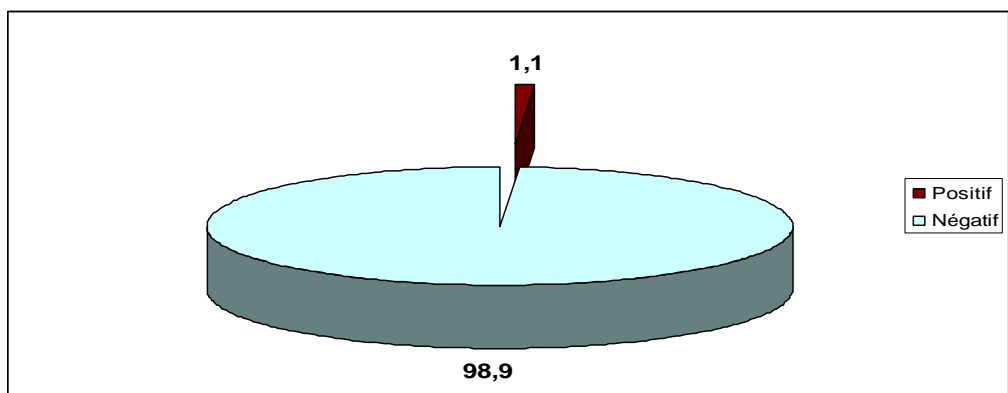
On note une tendance à la hausse de la prévalence du VIH en milieu rural dans la région des savanes entre 2006 (0.9%) et 2009 (1.5%). Cette tendance est liée à l'évolution de la prévalence dans la sous préfecture de Cinkassé (zone frontalière avec le Burkina Faso) (Figure 19).



**Figure 19:** Evolution de la prévalence du VIH dans la région des savanes en fonction du milieu de résidence des femmes de 2003 à 2009

### 3.4. Prévalence de la syphilis

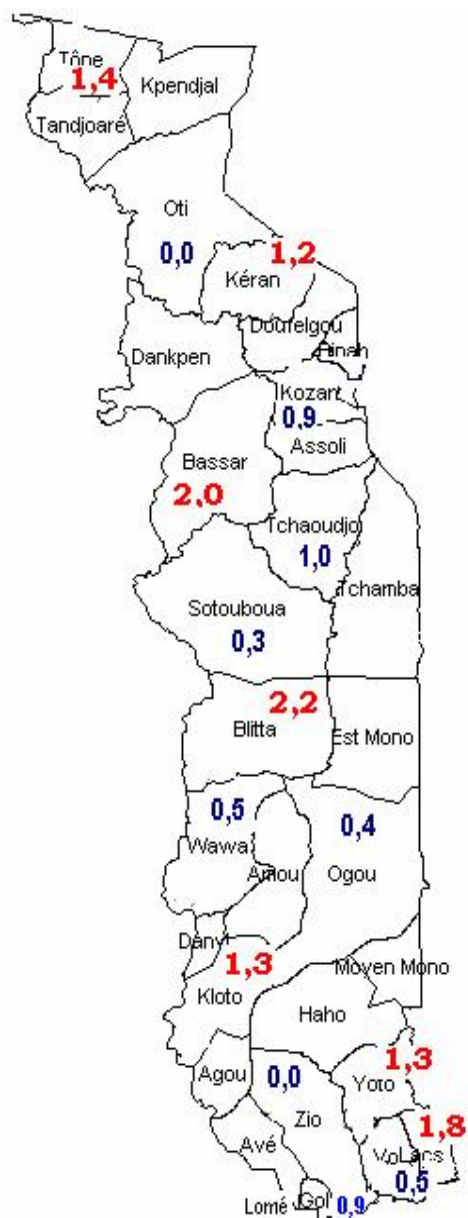
Au niveau national la prévalence de la syphilis chez les femmes en CPN était de 1.1%



**Figure 20:** Prévalence nationale de la syphilis chez les femmes enceintes

### 3.4.1 Prévalence de la syphilis en fonction des districts sanitaires en 2009

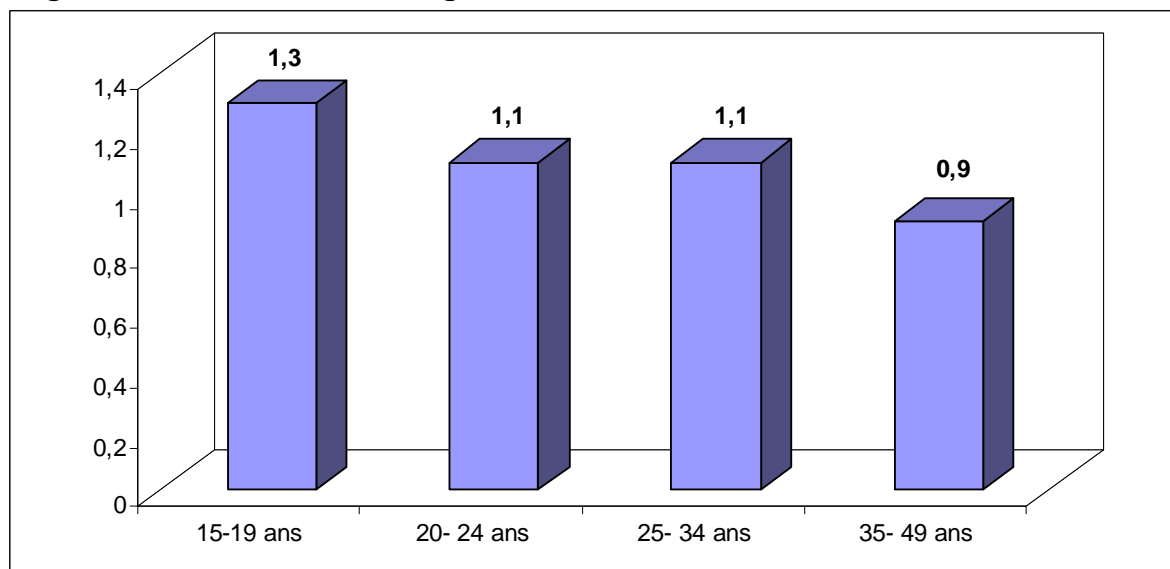
Le test de détection de la syphilis s'est révélé positif chez 94 des 8572 femmes enceintes testées soit un taux de séropositivité de 1,1%. (Figure 21).



**Figure 21:** Prévalence de la syphilis dans les districts sanitaires en 2009

### 3.4.2 Prévalence de la syphilis selon le groupe d'âges

La prévalence de la syphilis est relativement stable dans toutes les tranches d'âges comme le montre la figure ci-dessous :



**Figure 22** : Prévalence de la syphilis par tranche d'âge

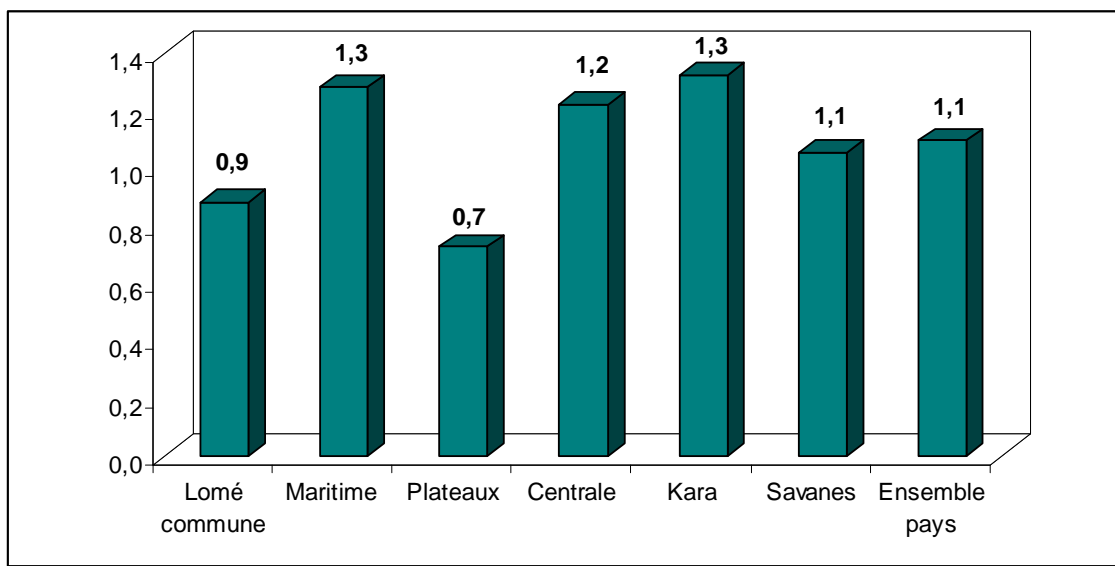
### 3.4.3 Prévalence de la syphilis selon le milieu de résidence et selon les régions

Dans l'ensemble, il n'existe pas de différence significative entre la prévalence de la syphilis en milieu urbain et celle en milieu rural. ( $p=0,07$ ) comme le montre le tableau 3.

Tableau 4 : **Prévalences de la syphilis dans le milieu urbain et le milieu rural**

Milieu de résidence	Milieu urbain	Milieu rural
Prévalence	0,9	1,3
Effectif marginal	4966	3606

La prévalence de la syphilis est relativement faible dans toutes les régions avec un taux plus ou moins élevé dans les régions de la Kara et Maritime (1,3%). (Figure 23).



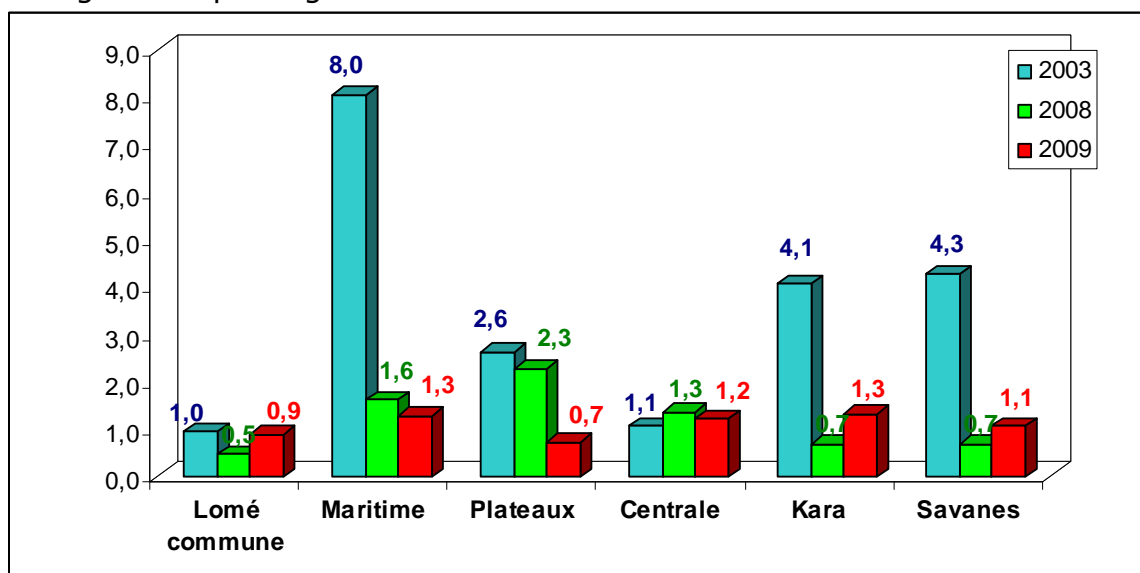
**Figure 23 :** Prévalence de la syphilis par région sanitaire

### 3.5 Tendances évolutives de la prévalence de la syphilis entre 2003 2008 et 2009

Tableau 4 : Prévalence de la syphilis au niveau national

Prévalence syphilis au niveau national		
2003	2008	2009
3,4	1,3	1,1

### Histogramme par région sanitaire



**Figure 24** : Prévalence de la syphilis par région sanitaire en 2003, 2008 et 2009

Nous avons noté une baisse significative de la syphilis entre 2003 et 2009 et cette tendance se confirme dans toutes les régions sanitaires du pays (en dehors de Lomé qui a une prévalence basse et stable).

## **IV Conclusion et Recommandations**



## 4.1 Conclusion

En 2009 l'enquête nationale de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultations prénatales au Togo s'est déroulée dans 33 sites dont 17 en milieu urbain et 16 en milieu rural. Au total 8 572 femmes de 15 à 49 ans reçues en CPN ont effectivement participé à l'étude.

Le taux de séropositivité est de 3,9 % en moyenne (IC à 95% : [3,9 - 4,3]) au niveau national. Cette prévalence varie en fonction de la localisation des sites. Ainsi on a observé une prévalence de 4,7% en milieu urbain contre 3,0 % en milieu rural. La différence observée est significative ( $p < 0,000$ ).

La prévalence de 3,1% est observée dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans et de 2.1% dans les tranches d'âges de 15-19ans.

En fonction des régions sanitaires, la prévalence la plus élevée est observée dans Lomé commune (6.5%) et la plus basse dans la région des savanes (2,0%). La tendance de l'épidémie du VIH est à la stabilisation au niveau des différentes régions et cette stabilisation est très marquée depuis 2006 dans Lomé commune et dans la région de la Kara.

La prévalence moyenne de la syphilis sur le plan national est de 1,1%. Dans l'ensemble, il n'existe pas de différence significative pour la prévalence de cette maladie entre les différents sites en fonction de leur localisation ni en fonction des tranches d'âges. Il n'existe pas de corrélation entre la prévalence du VIH et de la syphilis au Togo dans cette population cible.

Les résultats de cette enquête confirment la tendance à la stabilisation de l'infection à VIH dans notre groupe cible lors des deux derniers passages. Le fait caractéristique de cette tendance est qu'on observe une diminution sensible de la prévalence en milieu urbain de 6,5% en 2003 à 4,7 % en 2009 une stabilisation en milieu rural au cours de la même période. Dans la région des plateaux et Maritimes le niveau de l'épidémie en zone rurale reste relativement élevée.

## 4.2 Recommandations

- Continuer l'enquête comme le prévoit le plan national de surveillance
- Réfléchir pour trouver des stratégies de prévention appropriées pour toucher les populations rurales (plan de prévention en milieu rural pour les prochaines années).
- Augmenter le taux de couverture PTME pour toucher les femmes enceintes dans la région des plateaux, et Maritimes
- Faire un plaidoyer pour mesurer la prévalence du VIH lors de la prochaine enquête EDS.

## V - Bibliographie

1. ONUSIDA, Rapport annuel 2009 [www.unaid.org](http://www.unaid.org)
2. PNLS/IST – Togo, Rapport de la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes au Togo en 2008. [www.pnls.tg](http://www.pnls.tg)



**VI - Annexes**

**Tableau 5:** Répartition des prévalences VIH et syphilitique selon les régions et la localisation du site en 2009

Région sanitaire	Milieu de résidence	Sérologie %	Intervalle de confiance à 95 % de la sérologie	Test RPR %	Total
Lomé commune	Urbain	6,5	[5,022 - 7,886]	0,9	1131
Maritime	Urbain	6,5	[4,804 - 8,144]	1,0	834
	Rural	4,5	[3,044 - 5,899]	1,6	805
	<b>Ensemble région</b>	<b>5,5</b>	<b>[4,388 - 6,594]</b>	<b>1,3</b>	<b>1639</b>
Plateaux	Urbain	5,1	[3,599 - 6,606]	0,6	823
	Rural	5,3	[3,665 - 7,012]	0,9	693
	<b>Ensemble région</b>	<b>5,2</b>	<b>[4,092 - 6,329]</b>	<b>0,7</b>	<b>1516</b>
Centrale	Urbain	3,0	[1,726 - 4,239]	0,9	704
	Rural	1,6	[0,660 - 2,532]	1,6	689
	<b>Ensemble région</b>	<b>2,3</b>	<b>[1,510 - 3,083]</b>	<b>1,2</b>	<b>1393</b>
Kara	Urbain	3,0	[1,853 - 4,184]	1,8	828
	Rural	1,7	[0,806 - 2,550]	0,8	834
	<b>Ensemble région</b>	<b>2,3</b>	<b>[1,618 - 3,074]</b>	<b>1,3</b>	<b>1662</b>
Savanes	Urbain	2,5	[1,278 - 3,675]	0,5	646
	Rural	1,5	[0,541 - 2,535]	1,7	585
	<b>Ensemble région</b>	<b>2,0</b>	<b>[1,242 - 2,818]</b>	<b>1,1</b>	<b>1231</b>
<b>Ensemble pays</b>		<b>3,9</b>	<b>[3,490 - 4,309]</b>	<b>1,1</b>	<b>8572</b>

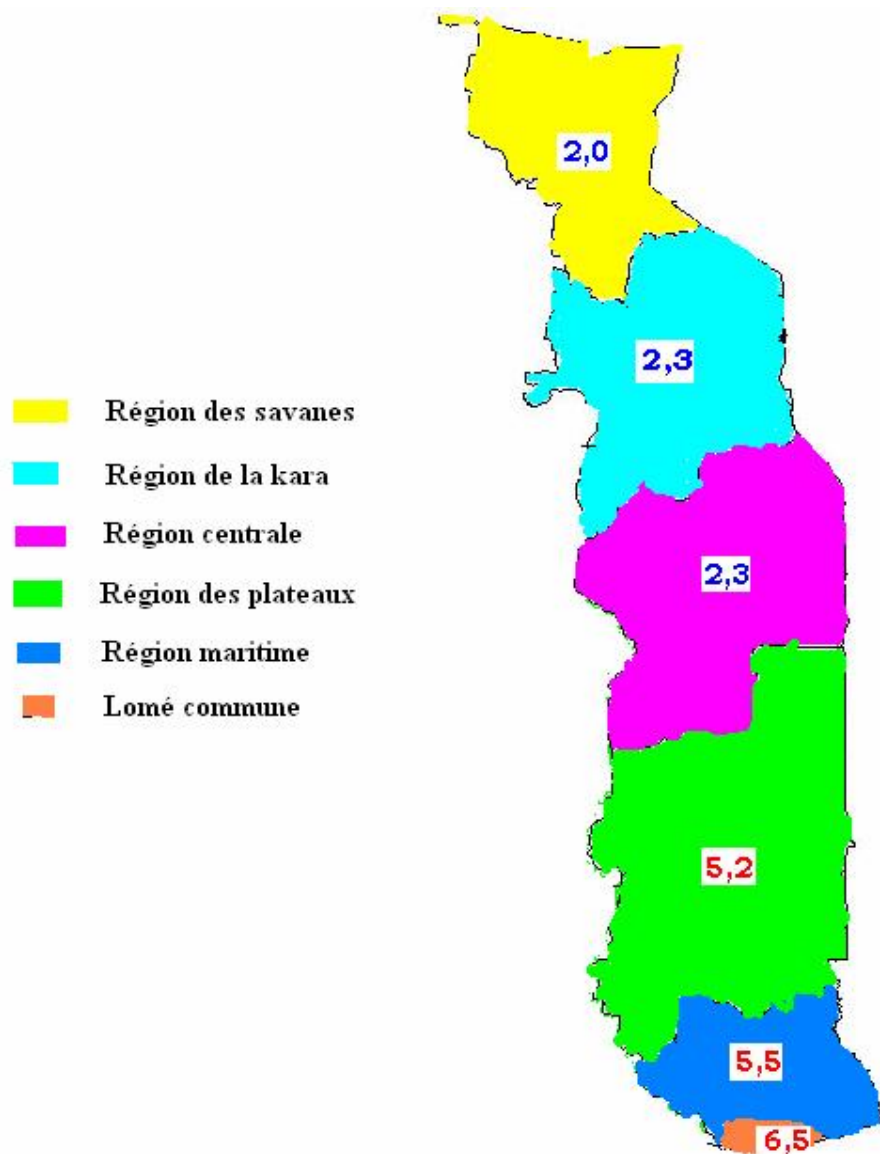
**Tableau 6:** Séroprévalence VIH et syphilis par sites sentinelles en 2009

Site sentinelle	Milieu de résidence	Sérologie %	Intervalle de confiance à 95 % de la sérologie	Test RPR %	Effectif
Lomé commune	<b>Urbain</b>	<b>6,5</b>	<b>[5,022 - 7,886]</b>	<b>0,9</b>	<b>1131</b>
Tsévié	Urbain	7,3	[3,841 - 10,70]	0,0	220
	Rural	1,5	[-0,18 - 3,184]	0,5	200
	<b>Ensemble</b>	<b>4,5</b>	<b>[2,536 - 6,511]</b>	<b>0,2</b>	<b>420</b>
Tabligbo	Urbain	7,1	[3,500 - 10,64]	1,0	198
	Rural	5,1	[2,010 - 8,141]	1,5	197
	<b>Ensemble</b>	<b>6,1</b>	<b>[3,720 - 8,431]</b>	<b>1,3</b>	<b>395</b>
Aného	Urbain	5,9	[2,793 - 9,024]	2,3	220
	Rural	4,7	[1,872 - 7,606]	3,8	211
	<b>Ensemble</b>	<b>5,3</b>	<b>[3,214 - 7,458]</b>	<b>3,0</b>	<b>431</b>
Vogan	Urbain	5,6	[2,390 - 8,834]	0,5	196
	Rural	6,6	[3,132 - 10,06]	0,5	197
	<b>Ensemble</b>	<b>6,1</b>	<b>[3,739 - 8,474]</b>	<b>0,5</b>	<b>393</b>
Atakpamé	Urbain	7,0	[4,084 - 9,822]	0,0	302
	Rural	3,9	[1,520 - 6,231]	0,8	258
	<b>Ensemble</b>	<b>5,5</b>	<b>[3,641 - 7,429]</b>	<b>0,4</b>	<b>560</b>
Kpalime	Urbain	5,4	[2,819 - 7,954]	1,7	297
	Rural	7,2	[3,887 - 10,45]	0,8	237
	<b>Ensemble</b>	<b>6,2</b>	<b>[4,137 - 8,222]</b>	<b>1,3</b>	<b>534</b>
Badou	Urbain	2,2	[0,297 - 4,166]	0,0	224
	Rural	5,1	[2,000 - 8,100]	1,0	198
	<b>Ensemble</b>	<b>3,6</b>	<b>[1,787 - 5,321]</b>	<b>0,5</b>	<b>422</b>

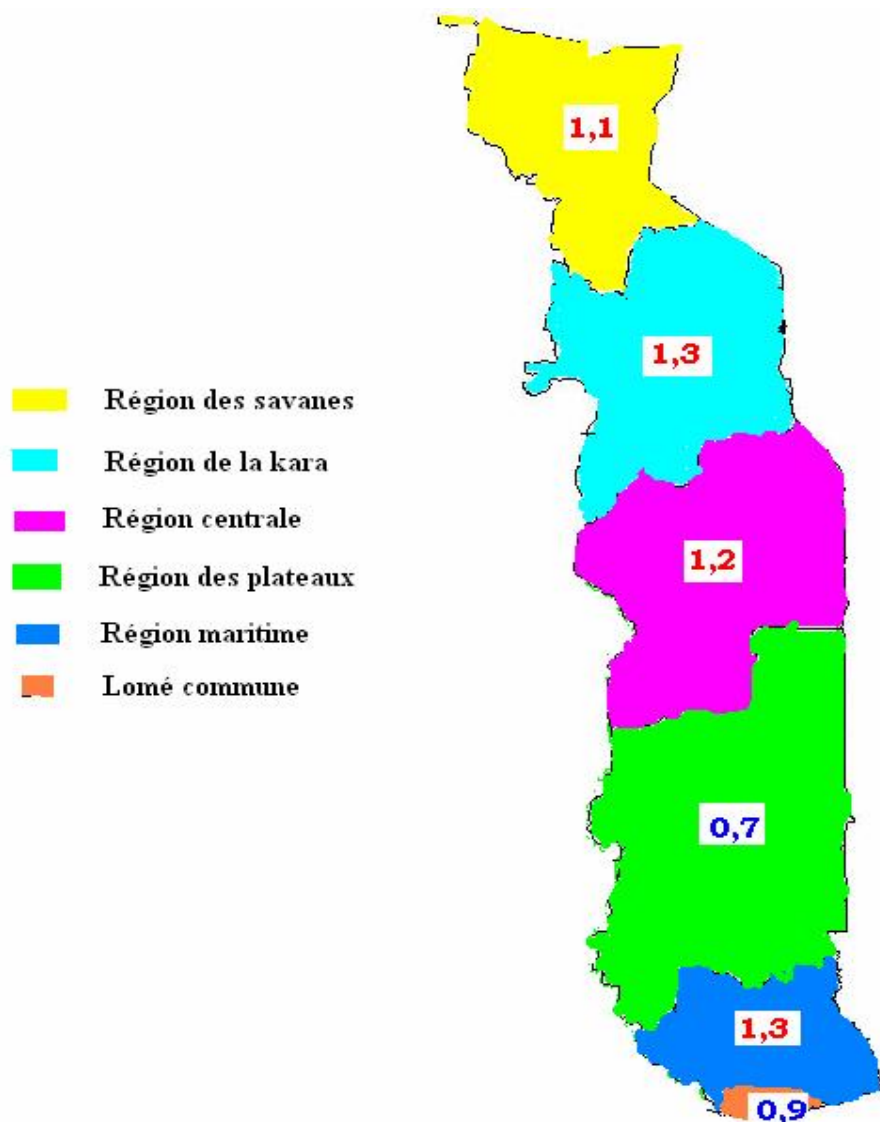
Sokodé	Urbain	3,5	[1,264 - 5,794]	0,0	255
	Rural	4,1	[1,597 - 6,532]	2,0	246
	<b>Ensemble</b>	<b>3,8</b>	<b>[2,119 - 5,465]</b>	<b>1,0</b>	<b>501</b>
Blitta	Urbain	1,6	[0,043 - 3,118]	2,4	253
	Rural	0,4	[-0,38 - 0,388]	2,0	246
	<b>Ensemble</b>	<b>1,0</b>	<b>[0,128 - 1,875]</b>	<b>2,2</b>	<b>499</b>
Sotouboua	Urbain	4,1	[1,311 - 6,851]	0,0	196
	Rural	0,0	-	0,5	197
	<b>Ensemble</b>	<b>2,0</b>	<b>[0,639 - 3,431]</b>	<b>0,3</b>	<b>393</b>
Kara	Urbain	3,4	[1,409 - 5,318]	1,5	327
	Rural	1,2	[0,031 - 2,378]	0,3	332
	<b>Ensemble</b>	<b>2,3</b>	<b>[1,137 - 3,414]</b>	<b>0,9</b>	<b>659</b>
Bassar	Urbain	4,4	[1,849 - 6,914]	3,6	251
	Rural	4,0	[1,570 - 6,429]	0,4	250
	<b>Ensemble</b>	<b>4,2</b>	<b>[2,436 - 5,946]</b>	<b>2,0</b>	<b>501</b>
Kante	Urbain	1,2	[-0,14 - 2,549]	0,4	250
	Rural	0,0	-	2,0	252
	<b>Ensemble</b>	<b>0,6</b>	<b>[-0,07 - 1,271]</b>	<b>1,2</b>	<b>502</b>
Dapaong	Urbain	2,0	[0,060 - 3,999]	0,0	197
	Rural	0,0	-	0,0	136
	<b>Ensemble</b>	<b>1,2</b>	<b>[0,031 - 2,371]</b>	<b>0,0</b>	<b>333</b>
Mango	Urbain	2,4	[0,502 - 4,297]	0,0	250
	Rural	0,8	[-0,30 - 1,911]	0,4	249
	<b>Ensemble</b>	<b>1,6</b>	<b>[0,501 - 2,705]</b>	<b>0,2</b>	<b>499</b>
Cinkasse	Urbain	3,0	[0,639 - 5,390]	1,5	199
	Rural	3,5	[0,952 - 6,047]	4,5	200
	<b>Ensemble</b>	<b>3,3</b>	<b>[1,516 - 5,000]</b>	<b>3,0</b>	<b>399</b>

**Tableau 7** : Synthèse des données de la surveillance du VIH chez les femmes enceintes de 2006 à 2008

<b>Indicateurs</b>	<b>Année 2009</b>	<b>Année 2008</b>	<b>Année 2006</b>	<b>Année 2004</b>	<b>Année 2003</b>
Nombre de sites	33	33	33	46	62
Nombres de femmes dépistées	8572	8079	8344	4623	3845
Prévalence nationale (15-49 ans)	3.9%	3.4%	4.2%	4.6%	4.8%
Prévalence en milieu urbain	4.7%	4.4%	5.0%	5.9%	6.5%
Prévalence en milieu rural	3.0%	2.3%	2.7%	3.0%	2.6%
Prévalence dans la tranche d'âge de 15-24 ans	3.1%	2.80%	3.38%	3.40%	4.92%
Tranche d'âge de 15-19 ans	2.1%	1.0%	2.6%	3.0%	5.5%
<b>Prévalence du VIH chez les 15-49 ans dans les six régions sanitaires</b>					
<b>Lomé commune</b>	6,5%	6,3%	9,6%	8,8%	7,7%
<b>Région maritime</b>	5,5%	4,5%	6,0%	5,7%	6,7%
<b>Région des plateaux</b>	5,2%	3,5%	5,0%	5,5%	4,8%
<b>Région centrale</b>	2,3%	3,8%	2,6%	2,6%	4,0%
<b>Région de la Kara</b>	2,3%	2,5%	2,9%	2,9%	3,8%
<b>Région des savanes</b>	2,0%	1,4%	2,4%	2,4%	2,6%



**Figure 25:** Prévalence du VIH selon les régions sanitaires en 2009



**Figure 26:** Prévalence de la syphilis selon les régions sanitaires en 2008



**Tableau 8: Liste centres de prélèvement par district et par région sanitaire**

Région sanitaire	District sanitaire	Centre de prélèvement	Effectif prélevé
Lomé commune	D1	CS LOME	140
	D2	CS ADAKPAME	149
	D3	HOPITAL DE BE	149
	D4	CLINIQUE BIASSA	71
		CS KODZOVIAKOPE	146
		CLINIQUE ALPIA	26
	D5	CHU TOKOIN	149
		CMS ADIDOGOME	151
		CMS AGOE	150
	Maritime	LACS	CHR ADJIDO
USP DJETA			27
SEKO			26
USP AGOUEGAN			26
AKLAKOU			55
CMS ANFOIN			77
KPOTA ANEHO			112
ZIO		CHR TSEVIE	116
		PMI TSEVIE	104
		GAME SEVA	200
YOTO		HOPITAL DE TABLIGBO	198
		CMS AHEPE	197
VO		HOPITAL VOGAN	196
		CMS AKOUMAPE	197
Plateaux	KLOTO	CMS ADETA	100
		USP KPELE ELE	60
		CMS KPELE GOUDEVE	77
		CMS KPOGADJI	82
		POLYCLINIQUE KPALIME	90
		CHP KPALIME	125
	OGOU	USP AGBONOU	75
		CMS ANIE	258
		MATERNITE CHR ATAKPAME	107
		POLYCLINIQUE ATAKPAME	120
	WAWA	CMS KOUGNOHOU	198
		CHP BADOU	224
	Centrale	TCHAOUDJO	POLYCLINIQUE SOKODE
USP ALEHERIDE			124
CHR SOKODE			123
USP AGOULOU			122
SOTOUBOUA		CHP SOTOUBOUA	196
		USP AOUDA	197

Région sanitaire	District sanitaire	Centre de prélèvement	Effectif prélevé	
	BLITTA	PAGALA GARE	246	
		CHP BLITTA	253	
Kara	KERAN	HOPITAL KANTE	250	
		CMS HELOTA	252	
	KOZAH	CMS KOUMEA	91	
		CMS PYA	76	
		CHU KARA	79	
		CHR KARA TOMDE	49	
		PMI KARA	75	
		TCHANNADE	68	
		PMI SOS KARA	60	
		CMS ATCHAGBADE	84	
		AWANDJELO	77	
		BASSAR	MATERNITE BASSAR	251
	CMS KABOU		250	
	Savanes	OTI	PMI MANGO	100
			CHP MANGO	97
CMS GANDO			136	
TONE		USP KATINDI	74	
		USP KORBONGOU	100	
		CHR DAPAONG	125	
		BIANKOURI	200	
		CMS DALWAK	75	
		PMI DAPAONG	125	
		CMS CINKASSE	199	
Total			8572	

**Tableau : 9 Fréquence de VIH 1, VIH 2 et VIH 1+2 en 2008 et 2009**

	2008			
	VIH1	VIH2	VIH 1+2	ENSEMBLE
<b>EFFECTIF</b>	274	3	1	278
<b>%</b>	98,6%	1,1%	0,4%	100%

	2009			
	VIH1	VIH2	VIH 1+2	ENSEMBLE
<b>EFFECTIF</b>	325	12	1	338
<b>%</b>	96,2%	3,6%	0,3%	100%