

MINISTERE DE LA SANTE

CABINET

SECRETARIAT GENERAL

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



REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie



**Surveillance sentinelle de l'infection par
le VIH et la syphilis chez les femmes
enceintes en consultations prénatales au
Togo en 2014**

RAPPORT DE L'ENQUÊTE

Décembre 2014



Sommaire

Liste des Tableaux	4
Liste des graphiques.....	5
Liste des figures.....	6
Abréviations	7
Equipe de coordination	8
Equipe de rédaction	8
Liste des participants.....	8
RESUME EXECUTIF	10
I- Contexte et justification.....	11
II- Objectifs	11
2.1- Objectif général	11
2.2- Objectifs spécifiques	11
III- METHODOLOGIE	13
3.1. Population cible	13
3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	13
3.3. Sélection des sites sentinelles	13
3.4. Type de l'étude et taille de l'échantillon	15
3.5. Respect des règles bioéthiques.....	15
3.6. Collecte des échantillons	15
3.7. Tests de laboratoires	16
3.7.1. Sérologie syphilitique	16
3.7.2. Sérologie rétrovirale	16
3.8. Contrôle qualité.....	17
3.8.1. Formation des prestataires	17
3.8.2. Supervisions	17
3.8.3. Contrôle qualité des résultats VIH.....	18
3.9. Traitement et Analyse des données	19
IV- RESULTATS	20
4.1. Profil sociodémographique des femmes de l'échantillon	20
4.1.1. Répartition des femmes selon l'âge.....	20
4.1.2. Répartition des femmes selon le statut socioprofessionnel	20
4.1.3 Répartition des femmes selon le niveau d'instruction	21
4.2. Prévalence de l'infection à VIH.....	21
4.2.1 Prévalence nationale	21
4.2.2. Prévalence de l'infection à VIH selon les tranches d'âges	22

4.2.3 Prévalence de l'infection à VIH selon le milieu de résidence et selon les régions.....	22
4.2.4. Prévalence du VIH selon les sites.....	23
4.2.5. Prévalence de l'infection à VIH suivant le district sanitaire	24
4.3. Tendances évolutives de la prévalence du VIH chez les femmes en CPN de 2008 à 2014.....	25
4.3.1 Tendances de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes par tranche d'âge entre 2008 et 2014	25
4.3.4. Tendances évolutives de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en fonction du milieu de résidence.....	25
4.3.5. Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 2008 à 2014 dans les régions sanitaires.....	26
4.3.6. Tendances évolutives dans les régions en fonction du milieu de résidence de 2008 à 2014.....	27
4.4. Prévalence de la syphilis.....	29
4.4.1 Prévalence de la syphilis en fonction des sites dans les districts sanitaires	30
4.4.2 Prévalence de la syphilis selon le groupe d'âges.....	30
4.4.3 Prévalence de la syphilis selon le milieu de résidence et selon les régions	31
4.4.4. Les tendances évolutives de la syphilis : 2008-2014.....	31
Conclusion et Recommandations	33
Recommandations.....	34
A l'endroit du PNLIS/IST	34
Bibliographie.....	35
ANNEXE	36
Annexe 2 : Cartes.....	42
Annexe 2 : Liste des sites et centres de prélèvement	44

Liste des Tableaux

Tableau 01: Prévalence du VIH par région et par type de milieu.....	23
Tableau 02 : Prévalence du VIH par site de surveillance sentinelle	23
Tableau 03 : Prévalence de la syphilis par district et par type de milieu.	30
Tableau A01 : Prévalence du VIH et de la syphilis par région et par milieu de résidence	37
Tableau A01 : Prévalence du VIH et de la syphilis par site sentinelle	38
Tableau A03 : Prévalence du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques.....	40
Tableau A04: Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes selon leurs caractéristiques sociodémographiques.....	41

Liste des graphiques

Graphique 01: Pourcentage des femmes enquêtées par tranche d'âge.....	20
Graphique 02 : Pourcentage des femmes enquêtées selon le statut socioprofessionnel.....	21
Graphique 03 : Pourcentage des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction.....	21
Graphique 04 : Prévalence du VIH au niveau national en 2014.....	22
Graphique 05 : Prévalence du VIH en 2014 chez les femmes enceintes prélevées par tranche d'âge...	22
Graphique 06 : Evolution de la prévalence du VIH par tranche d'âge de 2008 à 2014.....	25
Graphique 07 : Evolution de la prévalence du VIH par type milieu de 2008 à 2014.	26
Graphique 08 : Evolution de prévalence du VIH de 2008 à 2014 par région.....	26
Graphique 09 : Evolution de la prévalence dans la région maritime entre 2008 et 2014 par type de milieu	27
Graphique 10: Evolution de la prévalence dans la région des plateaux de 2008 à 2014 par type de milieu	27
Graphique 12 : Evolution de la prévalence dans la région de la Kara entre 2008 et 2014 par type de milieu	28
Graphique 13 : Evolution de la prévalence dans la région des savanes entre 2008 et 2014 par type de milieu	29
Graphique 14: Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes en 2014.....	29
Graphique 15: Prévalence de syphilis chez les femmes enceintes selon la tranche d'âge.	31
Graphique 17 : Evolution de la prévalence de la syphilis de 2008 à 2014 par région	32

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des centres de prélèvement et des laboratoires de test VIH.....	14
Figure 3 : Prévalence de la syphilis par district	42
Figure 4 : Prévalence du VIH et de la Syphilis par région en 2014.....	43

Abréviations

CHP : Centre hospitalier de préfecture

CHU : Centre hospitalier universitaire

SP/CNLS : Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA

CNR /VIH : 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

EDST : Enquête démographique et de santé du Togo

IST : Infection sexuellement transmissible

PMI : Protection maternelle et infantile

PNLS/IST : Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles

PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Equipe de coordination

Dr SINGO-TOKOFAI Assétina, Coordinatrice du PNLS/IST ;
Dr D'ALMEIDA Senyedji, Unité de suivi- évaluation & recherche, PNLS/IST ;
Mr KOFFI Kossi, Unité de suivi- évaluation & recherche, PNLS/IST ;
Pr. DAVID-PRINCE Mireille, Centre National de Référence du VIH (CNR/VIH) ;
Pr. DAGNRA Anoumou, Centre National de Référence du VIH (CNR/VIH) ;
Mr ALI-EDJE Komlan, Centre National de Référence du VIH (CNR/VIH).

Equipe de rédaction

Dr MENSAH Akovi Ephrem ; Mr BADABADI Maziwèdon ; Mr ALI-EDJE Komlan; Mr NASSAM Moussa Ariziki ; Mr KOFFI Kossi ; Mr AYITOU Akayao

Liste des participants

1- Superviseurs

Mr ALI-EDJE Komlan, Mr KOFFI Kossi,

2- Agents de collecte

Mme ZOUGBEDE Merveille ; Mme WILSON Ayoko ; Mme LAWSON A. Nadou Mawuli ; Mme BATABA Pilia ; Mme N'DA N'KENOU N'natouali ; Mme KONDI Kadjessi ; Mme EZOULA Lami ; Mme LOMDO Atakoualo ; Mme DOGOE Afivi ; Mme DORSOU Dovi ; Mme BARRY Amé ; Mme AKOSSOGNA Afito ; Mme ETCHRI-WOEKESSOU Hanou Fafadji ; Mme YEHOUENOU Ayaba ; Mme LAYIBO Akossiawi ; Mme AKOLIM Assèhoua A ; Mme LOTSI Akossiwa ; Mme SEDJRO A. Eléwossi ; Mme TSAFACK Laura ; Mme HLIVI Afi ; Mme TAZO Tamiatou ; Mme DOAMEKPOR Délayédem ; Mme AKOU Adzoa D ; Mme ASSOGBA Ama ; Mme ELITCHA Ama Ignésa ; Mme ZOMATI Abra A ; Mme KODOYODI Kossiwa ; Mme MENSAH Yawa ; Mme KUEVIAKOE Akouélé ; Mme BATAHWA Dikawlema ; Mme TREKU Adjo Séfènyà ; Mme KUTUADU Yawa Akpéne ; Mme AMOUZOU Afiavi ; Mme TOSSOU Ayoko ; Mme BADAHI Essohanam ; Mme KODJOVI Okpè Yawa ; Mme YAO Koriko ; Mme PANLA Abra ; Mme KOULOUMA Kibalo ; Mme BALIGNA Christine ; Mme HLOMENDI Amèyo ; Mme DJAGBA Tsodzine ; Mme KENAO Tchilalo ; Mme ABOUTOU Saouda ; Mme ALFA-SIKA M. A. Egomawè ; Mme BIGNANH Atchèlèwè ; Mme ASSOTI Simtatcha ; Mme KOURA Adjana ; Mme NASSINI Justine ; Mme ALI Manawoésiwoé ; Mme MADJI Bakouma ; Mme PEMEZI Goutchouka ; Mme YERIMA Amina ; Mme KEGBAO Mamatou ; Mr BASSABI Kpandja ; Mme EVALOU Biwedeou ; Mme FOYEME Palamangue ; Mme TAMA Towouya ; Mme SONHOYE Agbassi ; Mme N'DATO Atani-mondon ; Mme DJATIGOU Poknabe ; Mme BIEGNIEBE Léontine ; Mme GNASSINGBE Mawaibane ; Mme YOGBANTE Damdal ; Mme ISSAKA ADAM Cirina ; Mme AWADE Atchoou ; Mme BIEMA Raïnatoù,

3- Techniciens de laboratoire

Mr ALI-EDJE Komlan ; Mme EHLAN A. Phyllis ; Mr OURO-MEDELI A. ; DOUFFA Koffi Messan ; Mr NYAKOU Kokou Bissah ; Mr KETOU Gnagna, Dr AGBENOKO Kodjo, Mr LABITE Yendoukoua, Mr OGBONE Odjouènè, Mr DJOBO Baba ; Mme AKATI Délali A ; Mr GNANSA Essodéna ; Mr ATRAH Yao Sélom, Mr TEGUENI Kokou, Mr MODEY Kodjo ; Mr SENAYAH K. Efoé ; Mr KOFFI Yao, Mr SEGO Amavi ; Mr ASSIH Pékéwé, Mr BOSSA Yaovi A ; Mr DOGBEAZE Folly ; Mr SAGOA Djamsa, Mr AWILI Mazama-Esso, Mr SETONDJI Komi Victor-Marie, Mr SIDI Fousséni, Mme AMEGNONA Afiwa, Mr ADADE Ayikoé ; Mme LAWSON-ATTIKPASSOH, Mr Sibi Ahoéfa, Mr TSATSE M. Agbéko, Mme DOUTI Yawa, Mr KOLANI KONN Banténal, Mr KPAKPABIA Batalita, Mr AFANSOU Tao, Mr AKOUA Fousséni ; Mr ASSOLYA Bassèm, Mr AMEGATSE A. Koffi, , Mr BATABA Kouyodou, Mr NAMOROU Salifou, Mr KPATCHA Komi ; Mr M'BELOU Tchachao ; Mr KPANTE Tchandikou ; Mr FIAWOO Kodjo ; Mr AWIZOBA Koffi , Mr OUSSEMBRE Afate, Mr GLIGBE Komlan, Mr SANITA Tiyabe, , Mr BADOU Adounatcho, Mr BOALAME Nname ; Mme NAGBANTE Kanfitine ; Mr KERE Alassani

4- Agents de saisie

El-HADJ DJIBRIL Shérifatou ; TCHONDA Bidénam; HOUNDJAGO Luvossi Mago Nini ; MASSEGBE Donsi E.A. Oboubé

REMERCIEMENTS

Cette surveillance sentinelle de l'infection par le VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes ne saurait se réaliser sans l'appui financier du Fonds Mondial.

La coordonnatrice du Programme National de Lutte contre le VIH/sida/IST (PNLS/IST) tient à présenter ses gratitudes :

- ✚ au Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le VIH/sida/IST
- ✚ Secrétariat Général du Ministre de la santé (SG MS) ;
- ✚ à l'unité de gestion des projets du fonds Mondial auprès du Secrétariat Général du Gouvernement (UGP/SGG) ;
- ✚ 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 Directions régionales (DRS) et Préfectorales de la santé (DPS) pour leur soutien actif ;
- ✚ aux personnels des centres de prélèvement en particulier les sages femmes, les infirmiers, les techniciens de laboratoire pour avoir facilité le déroulement de l'opération de collecte et de traitement des échantillons ;
- ✚ aux opérateurs de saisie.

RESUME EXECUTIF

La surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis chez la femme enceinte vue en consultation prénatale permet de suivre l'épidémie du VIH dans la population générale. Cette surveillance repose sur un protocole standard élaboré par l'OMS depuis 2000. En 2014, cette surveillance sentinelle au Togo a permis d'obtenir les résultats suivants auprès de 7920 femmes enceintes.

❖ Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes prélevées

L'analyse des données collectées révèle, que sur les 7920 femmes prélevées, 55,5% étaient en milieu urbain et 44,5% en milieu rural. Par rapport aux tranches d'âge, la majorité avait un âge compris entre 20 et 30 ans. En effet, 27,4% des femmes avait un âge compris entre 20 et 24 ans et 28,4% entre 25 et 29 ans. La proportion des moins de 19 ans était de 13,1%. Selon le niveau d'instruction, 26,5% n'ont jamais fréquentées, 35,9% ont le niveau primaire, 32,8% ont le niveau secondaire et 4,9% ont le niveau supérieur. Pour ce qui est de la profession, la majorité des femmes sont des ménagères (32,8%) suivies des revendeuses et commerçantes (26,7%), des couturières et coiffeuses (21,6%).

❖ Prévalence du VIH

Le test VIH réalisé sur les échantillons collectés a permis d'estimer la prévalence du VIH à 3,3% en 2014. Cette prévalence varie selon les milieux de résidence et les régions. Elle est de 4,4% en milieu urbain et 1,9% en milieu rural. Dans les régions, elle diminue de 7,6% dans la région Lomé commune à 0,6% dans la région des Savanes. Depuis 2008, la prévalence varie autour de 3% ce qui montre une stabilité de la prévalence du VIH témoignant ainsi des efforts fournis dans la lutte contre le VIH.

❖ Prévalence de la Syphilis

Concernant la syphilis, la prévalence en 2014 est de 0,7%. Cette prévalence ne varie pas significativement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, elle est de 0,7% contre 0,8% en milieu rural. De même dans les régions, la prévalence est uniformément distribuée. Contrairement au VIH, la région Lomé commune enregistre le taux le plus bas de la prévalence de la syphilis.

I- Contexte et justification

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus fortement touchée par le VIH, avec 70% des nouvelles infections à VIH en 2012 selon le rapport ONUSIDA 2013. Au Togo, en 2013 la séroprévalence dans la population générale a été estimée à 2,5% (EDST, 2014). 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 de 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 PNLS/IST 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 2008 à 2011 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 juillet 2011, avec l'appui de l'OMS, un audit de notre système de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes en CPN a été mené. Les recommandations faites à la suite de cet audit ont été prises en compte pour améliorer ce système notamment le recrutement des femmes enceintes dans les sites PTME.

II- Objectifs

2.1- Objectif général

Suivre les tendances de l'épidémie VIH/sida dans le groupe des femmes en âge de procréer.

2.2- Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement il s'agit de :

- ✓ Déterminer la prévalence de l'infection du VIH et la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale,

- ✓ Comparer les prévalences selon les tranches d'âge et le niveau urbain et rural dans chaque région,
- ✓ 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.

III- METHODOLOGIE

3.1. Population cible

La population cible est composée des femmes enceintes de 15 à 49 ans vues en consultation prénatale (CPN) dans les services de santé maternelle au Togo.

3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ces critères permettent d'éviter le biais de sélection. Ils sont résumés dans le tableau ci-dessous

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
-Femmes enceintes consultant le service pour la première fois au cours de la grossesse	-Femmes enceintes ayant déjà consulté le service prénatal au cours de la période de l'enquête
-Femmes enceintes de 15 à 49 ans	-Femmes enceintes ≤ 14 ans ou ≥ 50 ans
- Femmes acceptant les prélèvements de sang systématique pour le test de syphilis	

3.3. Sélection des sites sentinelles

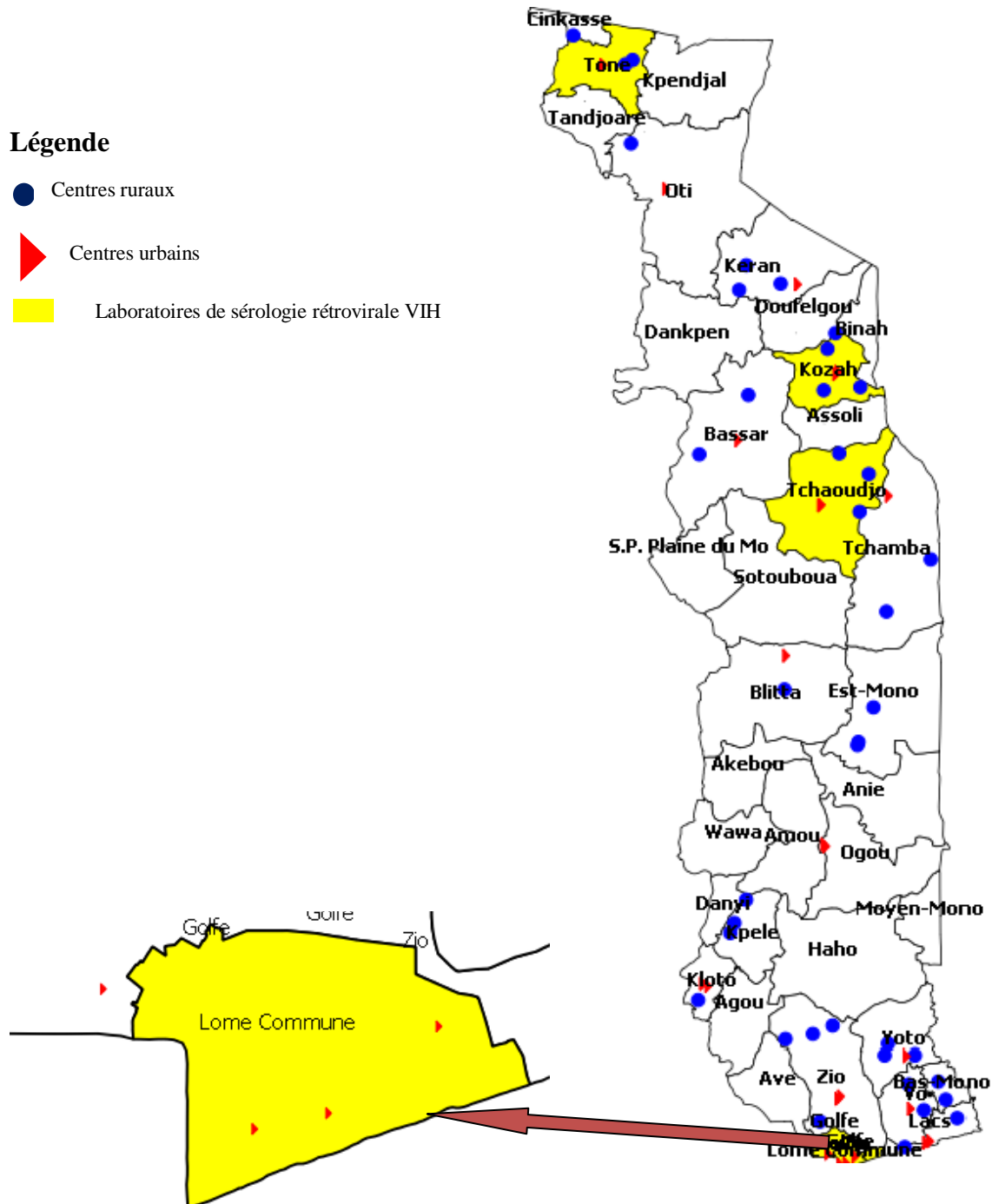
Les sites ont été sélectionnés selon les critères définis dans le protocole OMS de deuxième génération de 2000 adopté au Togo depuis 2003 et révisé en 2011 par l'équipe de référence de suivi/évaluation du PNLs/IST après les recommandations de l'audit du système de surveillance menée par les experts de l'OMS.

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.

- ❖ *Un site sentinelle* est un ensemble de formations sanitaires ayant en son sein une PMI et 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 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.
- ❖ *Un centre de prélèvement* est une formation sanitaire ou une 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. Voir la liste des sites sentinelles en annexe.

Pour la présente surveillance, 32 sites sentinelles composés de 64 centres de prélèvement ont été sélectionnés.

Figure 1 : Répartition des centres de prélèvement et des laboratoires de test VIH



3.4. Type de l'étude et taille de l'échantillon

Il s'agit d'une étude transversale anonyme corrélée à la syphilis et non corrélée au VIH. Toute femme enceinte éligible (répondant aux critères d'inclusion) est incluse dans l'étude.

Compte tenu de la prévalence dans ce groupe (dans les sites PTME) qui se situe entre 3% et 7% (en 2012), une taille moyenne de 250 échantillons au niveau de chaque site, permettra d'obtenir une précision d'environ 2,5% en prenant un risque de 5%. Etant donné que certains sites se composent de plusieurs centres de prélèvement, une répartition des effectifs à prélever a été faite en tenant compte de la fréquentation de ces centres. Pour les centres ayant une fréquentation plus importante, l'effectif prélevé est de 300. Une pondération est faite au moment de l'analyse pour permettre des comparaisons. L'étude a été réalisée dans tous les sites entre juillet et octobre 2014.

3.5. Respect des règles bioéthiques

Le protocole d'enquête de surveillance a été validé par le comité bioéthique pour la recherche en santé du Ministère de la Santé.

Il s'agissait d'une enquête anonyme non corrélée avec information éclairée et obtention des accords des femmes. Par ailleurs la totalité des sites sont des sites PTME. Les femmes séropositives ont eu leur prophylaxie ARV et ont bénéficié de l'ensemble des services PTME offerts sur les sites .

3.6. Collecte des échantillons

Avant le début de l'enquête tous les prestataires des sites sélectionnés ont été formés sur les bonnes pratiques de prélèvement du sang et la technique de réalisation du test de dépistage de la syphilis et le remplissage des outils de collecte.

Les prestataires enrôlent de façon consécutive toutes les femmes enceintes qui arrivent en consultation dans les sites choisis et qui répondent aux critères d'inclusion évoqués.

Ils détiennent des fiches d'enquête pré codifiées, attribuent à chaque femme enceinte un numéro d'identification selon l'ordre d'enrôlement et procèdent à un prélèvement sanguin de 5ml au pli du coude après le remplissage de la fiche d'enquête.

Les prestataires ont finalement pour tâche de :

- ✓ assurer la visite prénatale et expliquer le processus du test de la syphilis qui est gratuit,

- ✓ attribuer un numéro d'ordre,
- ✓ remplir le formulaire sociodémographique mis à sa disposition,
- ✓ établir le bon d'examen pour la recherche de la syphilis,
- ✓ étiqueter les tubes,
- ✓ prélever le sang.

Le sang ainsi prélevé est centrifugé et le sérum recueilli est divisé en deux parties pour la réalisation de deux tests prévus dans le protocole : le test de la syphilis et le test de VIH.

3.7. Tests de laboratoires

3.7.1. Sérologie syphilitique

Cette sérologie est réalisée sur le site par les prestataires. Les résultats sont rendus immédiatement aux femmes enceintes et sont ensuite reportés sur la fiche de données socio démographiques.

Le test utilisé est un test de diagnostic rapide de principe immunochromatographique (SD Bioline Syphilis 2.0) du laboratoire standard diagnostic.

Un échantillon retrouvé négatif par le test est notifié négatif et un échantillon retrouvé positif par le test est notifié positif.

3.7.2. Sérologie rétrovirale

La recherche des anticorps anti-VIH a été effectuée pour tous les échantillons, dans les laboratoires régionaux publics appartenant au réseau des laboratoires du CNR/VIH (Centre National de Référence pour les tests VIH) qui assure le contrôle qualité.

Elle est exécutée systématiquement par les techniciens des laboratoires sur les échantillons réceptionnés au :

- ✓ Laboratoire du CHR de Dapaong pour la région des Savanes,
- ✓ Laboratoire du CHU-Kara pour la région de la Kara,
- ✓ Laboratoire du Centre Régional de Transfusion Sanguine de Sokodé pour la région centrale,
- ✓ Laboratoire du Centre National de Référence pour les tests VIH pour les régions des plateaux, maritime et Lomé commune.

Lors de la réalisation de la sérologie rétrovirale sur les échantillons collectés, aucune identification en dehors des codes déjà inscrits sur les tubes n'est utilisée.

La stratégie diagnostique II de l'OMS est appliquée car la prévalence de l'infection à VIH en population générale est en dessous de 10%.

Le test utilisé est un test ELISA mixte de 4^{ème} génération (Vironostika VIH Ag-Ab) du laboratoire Biomérieux.

Les échantillons retrouvés négatifs sont notifiés négatifs. Par contre ceux retrouvés positifs en première intention sont testés en deuxième intention avec un test de diagnostic rapide de principe immunofiltration discriminant le type de VIH (HIV-Tridot) du laboratoire Mitra. Les échantillons retrouvés positifs en deuxième intention sont notifiés positifs avec le type du VIH. Ceux retrouvés discordants sont transcrits négatifs.

3.8. Contrôle qualité

Pour s'assurer de la fiabilité des données, un programme de contrôle qualité est mis en place à différents niveaux.

3.8.1. Formation des prestataires

Au début des activités de la collecte des échantillons dans le cadre de l'enquête, un atelier de formation et de remise à niveau de tous les prestataires impliqués dans la surveillance a été organisé. Au cours de cet atelier, les prestataires ont été formés à l'utilisation du protocole national de surveillance, sur les bonnes pratiques de prélèvement du sang et la technique de réalisation du test de dépistage de la syphilis. Les techniciens des laboratoires régionaux ont été formés sur les bonnes pratiques d'exécution des analyses (dépistage VIH par les tests ELISA, contrôle de qualité).

3.8.2. Supervisions

Quatre supervisions ont été organisées par le CNR/VIH et l'unité suivi-évaluation du PNLs/IST vers les régions, districts, sites et centres de prélèvement. Lors de ces supervisions le niveau central s'est assuré si la collecte des échantillons se déroule en conformité avec le protocole validé.

Ces supervisions ont permis de vérifier et compléter les informations manquantes sur les fiches de données sociodémographiques, apprécier l'utilisation des consommables, des

réactifs de dépistage de syphilis et de l'infection à VIH et enfin de vérifier l'aliquotage et la conservation des échantillons dans de bonnes conditions.

3.8.3. Contrôle qualité des résultats VIH

Si l'objectif de la surveillance n'est pas de rendre un résultat VIH aux personnes prélevées, il est important d'obtenir des données très proches voire conformes à la réalité. Pour cela il est nécessaire d'instaurer un contrôle interne et externe de la qualité des résultats VIH obtenus dans le cadre de l'enquête.

3.8.3.1. Contrôle de qualité interne

Pour apprécier la qualité des résultats, des contrôles internes et contrôle laboratoire ont été utilisés comme témoins.

Les contrôles internes sont les témoins inclus dans les trousse de réactifs qui ont été utilisés. Ils ne doivent être utilisés qu'avec les réactifs du même lot.

En plus des contrôles Laboratoire fabriqués à partir de mélange de sérums ont été utilisés dans chaque épreuve afin de vérifier le déroulement normal de la série.

L'étude des relevés des valeurs de la densité optique de ces différents témoins n'ont pas révélé de variation importante.

3.8.3.2. Evaluation externe de la qualité des résultats

L'évaluation externe de la qualité correspond au contrôle de la qualité des résultats des tests de syphilis et de sérologie rétrovirale fournis respectivement par les centres de prélèvement et les laboratoires régionaux. Elle a été effectuée par le CNR/VIH et permet une confrontation des résultats en vue d'améliorer leur qualité.

Pour l'évaluation de la qualité des résultats de la sérologie VIH, tous les échantillons positifs et 10% des échantillons négatifs ont été collectés et contrôlés. Le taux de concordance trouvé est de 99,7%.

Pour les résultats des tests de syphilis la même méthode a été utilisée. Le taux de concordance est estimé à 85%.

Cette évaluation nous a permis de redresser tous les résultats.

3.9. Traitement et Analyse des données

Les données collectées sont saisies à l'aide d'un masque élaboré sous CsPro conformément à la fiche de collecte pour faciliter la saisie et réduire les erreurs de saisie. L'équipe d'agents de saisie a été préalablement formée sur la maquette et ont exécuté leur tâche sous la supervision d'un statisticien. Pour réduire les erreurs, il a été procédé à une double saisie.

Les données sont ensuite exportées sous le logiciel SPSS 20 pour l'apurement et la tabulation. Le processus d'assurance qualité des données a inclus le contrôle de la fiche de collecte pour la cohérence interne en examinant les erreurs de réponse, les informations manquantes, le contrôle de limites, les contrôles logiques, etc.

Les données sont dans un format rectangulaire pour lequel un enregistrement correspond à un répondant. Seul le personnel technique de l'unité suivi-évaluation a accès aux données de cette étude et uniquement à des fins scientifiques. De plus les noms des variables sont harmonisés pour l'analyse exécutée sous SPSS.

Une fois l'assurance qualité des données admise, il a été procédé à la tabulation conformément à un plan d'analyse répondant aux objectifs de l'étude. Des tests statistiques de student et de Khi deux ont été faits sur les proportions clés pour appréhender les changements dans le temps et les différences entre les types de milieux, entre les régions et selon les groupes d'âge.

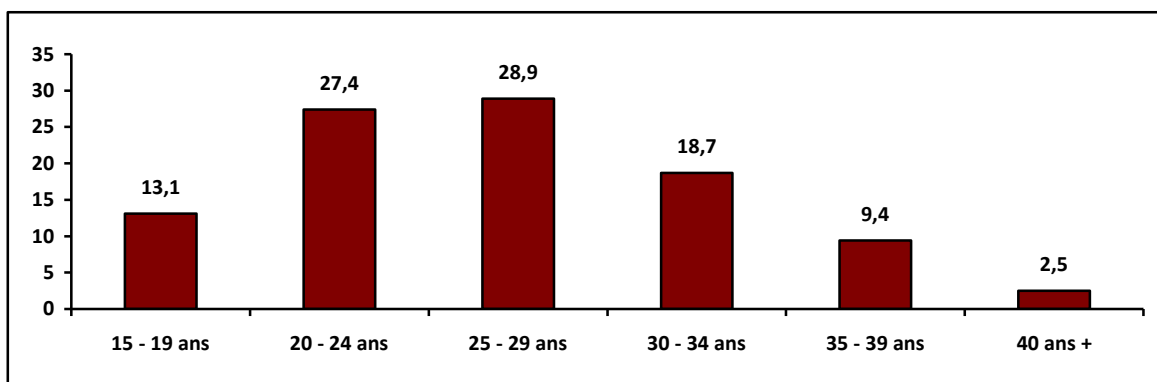
IV- RESULTATS

4.1. Profil sociodémographique des femmes de l'échantillon

Sur la période de l'enquête (4 mois), 7920 femmes enceintes ont été prélevées et les résultats des tests de VIH et de la syphilis ont été validés. La surveillance s'est déroulée dans 32 sites dont 18 sites urbains et 14 sites ruraux. Sur cet échantillon, la proportion des femmes enceintes des sites urbains était de 55.5% et de 44.5% dans les zones rurales.

4.1.1. Répartition des femmes selon l'âge

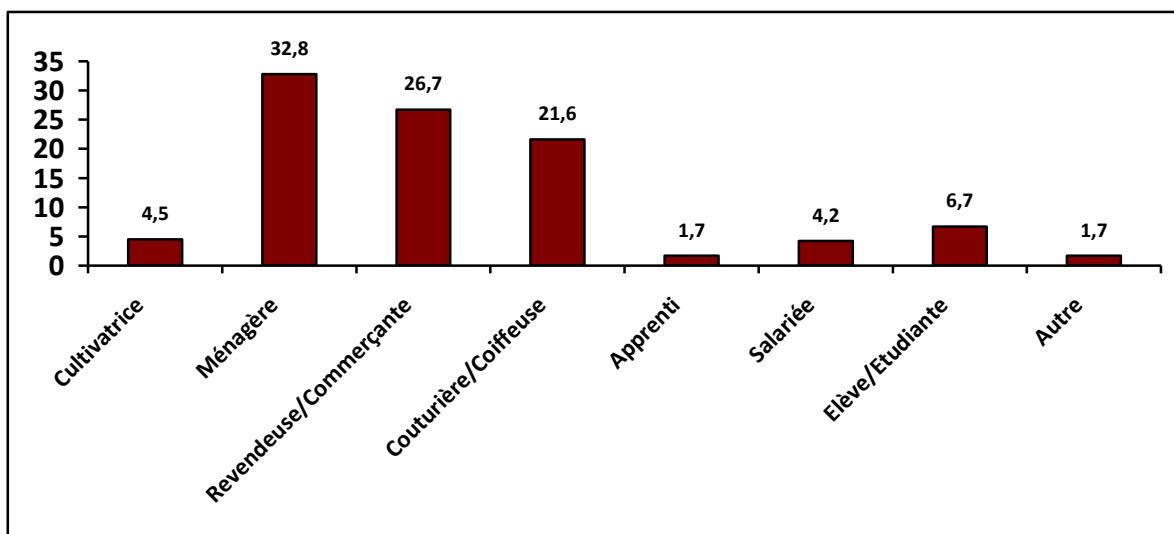
Le graphique 01 montre que les femmes prélevées étaient majoritairement jeunes (69,4 % avait un âge compris entre 15 et 29 ans). L'âge moyen des femmes était de 26 ± 6 ans. La proportion des femmes dont l'âge était supérieur à 40 ans est de 2,5%. Sur le plan de la répartition par tranches d'âge, l'échantillon est assez représentatif de la population féminine en âge de procréer au Togo.



Graphique 01: Pourcentage des femmes enquêtées par tranche d'âge

4.1.2. Répartition des femmes selon le statut socioprofessionnel

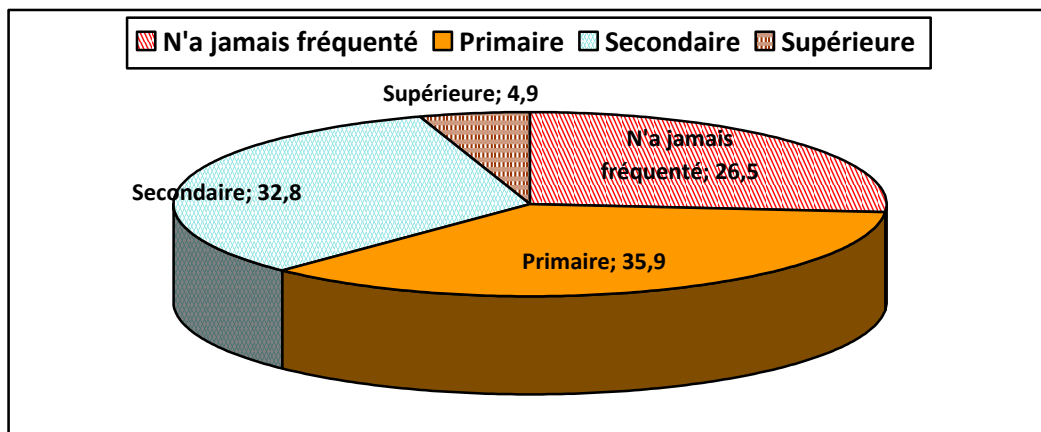
Les ménagères, les commerçantes/revendeuses, couturières/coiffeuses étaient les plus représentées dans l'échantillon (81,1%) (*Graphique 02*).



Graphique 02 : Pourcentage des femmes enquêtées selon le statut socioprofessionnel

4.1.3 Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

Dans l'échantillon, 68,7% des femmes ont soit le niveau d'instruction de type primaire ou secondaire ; 26,5% n'ont jamais fréquenté et 4,9% ont un niveau d'instruction de type supérieur. *Graphique 03.*

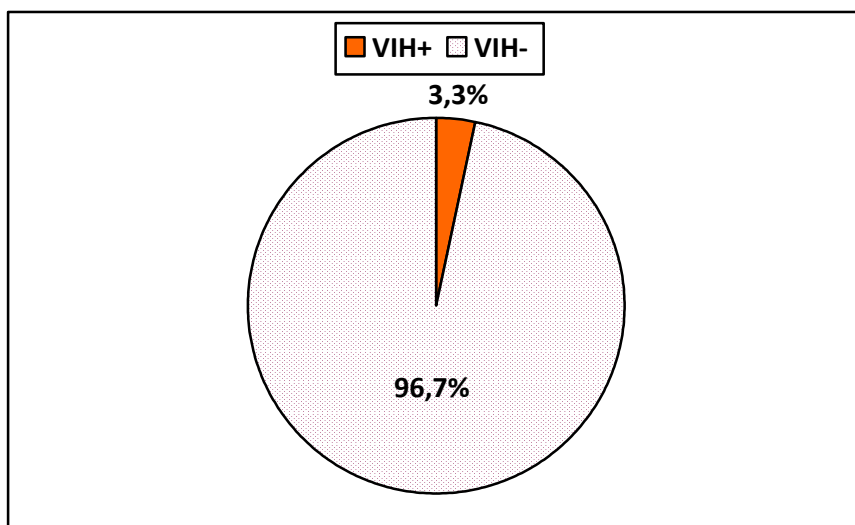


Graphique 03 : Pourcentage des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction

4.2. Prévalence de l'infection à VIH

4.2.1 Prévalence nationale

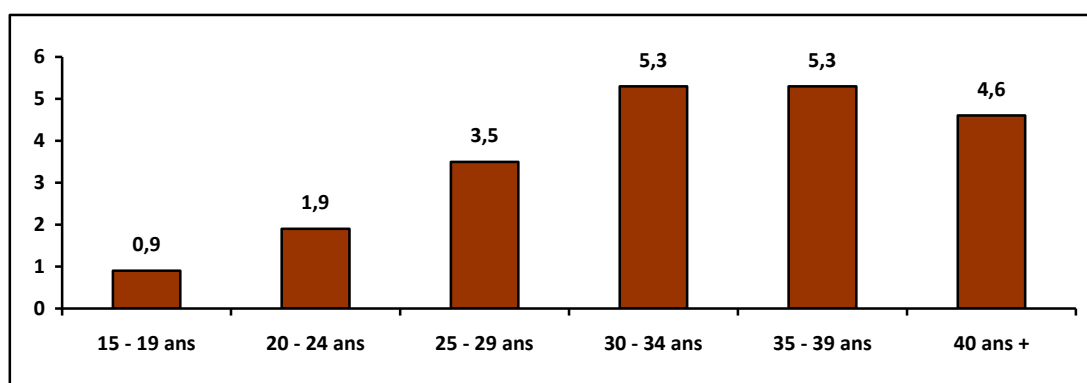
Le test VIH était positif chez 259 femmes enceintes sur les 7920 testées, ce qui correspond à un taux de séropositivité de 3,3% ; l'intervalle de confiance à 95% est de [3,2% - 3,4%] (*Graphique 04*). Le sérotype trouvé pour toutes les femmes positives est le VIH1.



Graphique 04 : Prévalence du VIH au niveau national en 2014

4.2.2. Prévalence de l'infection à VIH selon les tranches d'âges

Les résultats de l'échantillon montrent que le taux d'infection à VIH tend à augmenter avec l'âge passant de 0,9% entre 15-19 ans à 1,9% entre 20 et 24 ans , 3,5% entre 24-29 ans et 5,3% entre 30-39 ans.(Graphique 05)



Graphique 05 : Prévalence du VIH en 2014 chez les femmes enceintes prélevées par tranche d'âge

4.2.3 Prévalence de l'infection à VIH selon le milieu de résidence et selon les régions

Selon le tableau 01, la prévalence du VIH en milieu urbain (4,4%) est deux fois plus élevée qu'en milieu rural (1,9%) avec une différence statistiquement significative (P-value : 0,00) .

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 est élevée dans la région Lomé commune (7,6%) et faible dans la région des savanes (0,9%).

Tableau 01: Prévalence du VIH par région et par type de milieu

Région	Urbain		P-value	Rural		P-value	Ensemble		
	Positive			Positive			Positive		
	%	Effectif		%	Effectif		%	Effectif	Effectif
Lomé	7,6	91		0	0		7,6	91	1112
Maritime	4,4	33		2,5	31		3,2	64	1916
Plateaux	4,1	26		2,4	15		3,3	41	1204
Centrale	2,9	17	0,00	3	18	0,01	3	35	1141
Kara	2,6	17		0,7	5		1,6	22	1364
Savanes	0,9	4		0,4	2		0,6	6	924
Ensemble	4,4	188		1,9	71		3,3	259	7661

4.2.4. Prévalence du VIH selon les sites

Dans la majorité des sites, à l'exception des sites ruraux de Tchaoudjo, Yoto et Tchamba, la prévalence du VIH en milieu urbain est plus élevée qu'en milieu rural. *Tableau 02.*

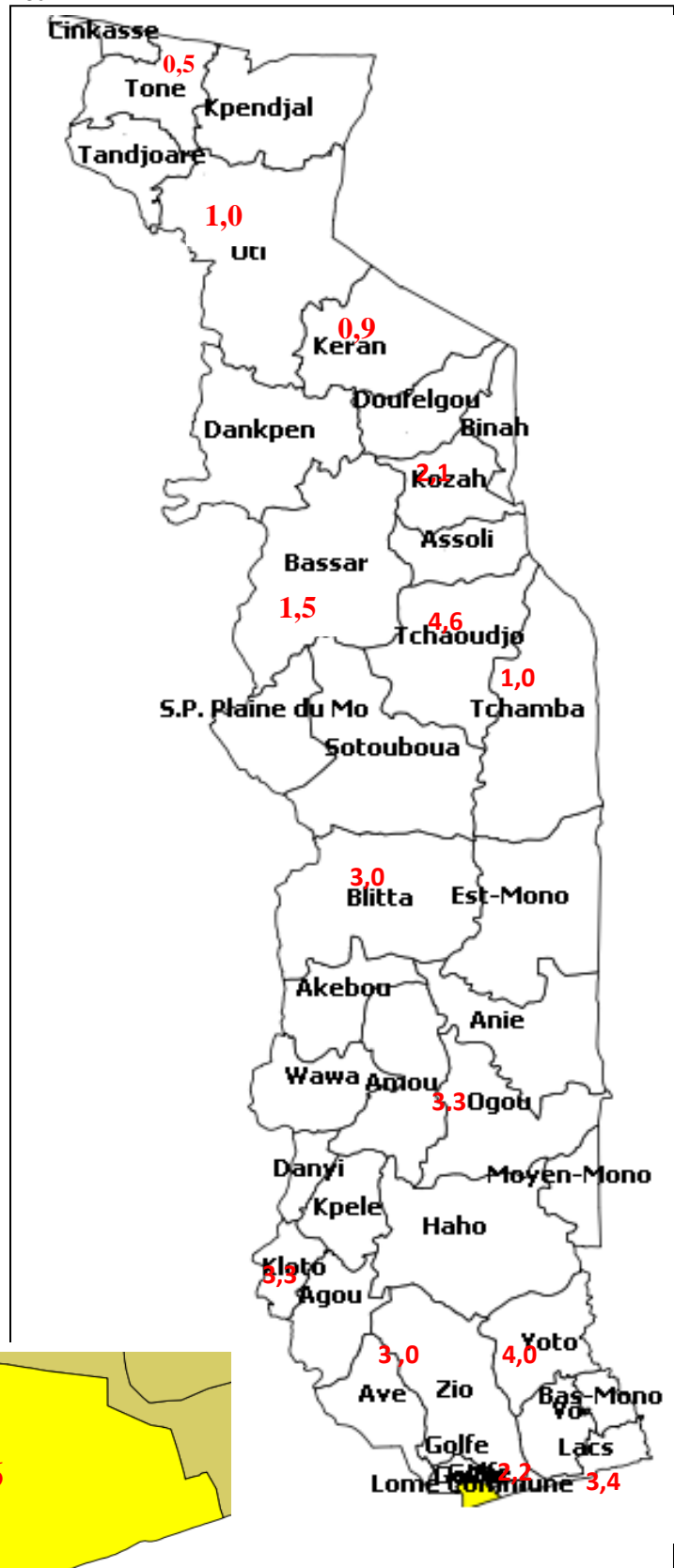
Tableau 02 : Prévalence du VIH par site de surveillance sentinelle

District	Site Urbain		Site Rural	
	Positif		Positif	
	%	Effectif	%	Effectif
D1	6,3	19	0	0
D2	7,3	22	0	0
D3	9,3	28	0	0
D5	7,3	22	0	0
Zio	4,5	9	1,9	5
Yoto	3,3	5	4,4	12
Lacs	6,5	14	2,1	11
Vo	2,8	5	1,7	3
Ogou	4,4	14	2,1	6
Kloto	3,8	12	2,7	9
Tchaoudjo	3,8	12	6,1	11
Blitta	4,5	5	1,9	3
Tchamba	0	0	1,6	4
Kozah	3,4	11	0,4	1
Kéran	1,9	3	0,4	1
Bassar	1,6	3	1,4	3
Tône	0,7	2	0,3	1
Oti	1,3	2	0,6	1
Ensemble	4,4	188	1,9	71

4.2.5. Prévalence de l'infection à VIH suivant le district sanitaire

Dans les districts sanitaires de la région maritime (zio : 4,5%, lacs : 6,5%), de la région des plateaux (ogou : 4,4%, kloto : 3,8%), de la région centrale (tchaoudjo : 3,8%, blitta : 4,5%) et de la région de la Kara (kozah : 3,4%), la prévalence du VIH est supérieure à la moyenne nationale.

Figure 2 : Prévalence du VIH par district



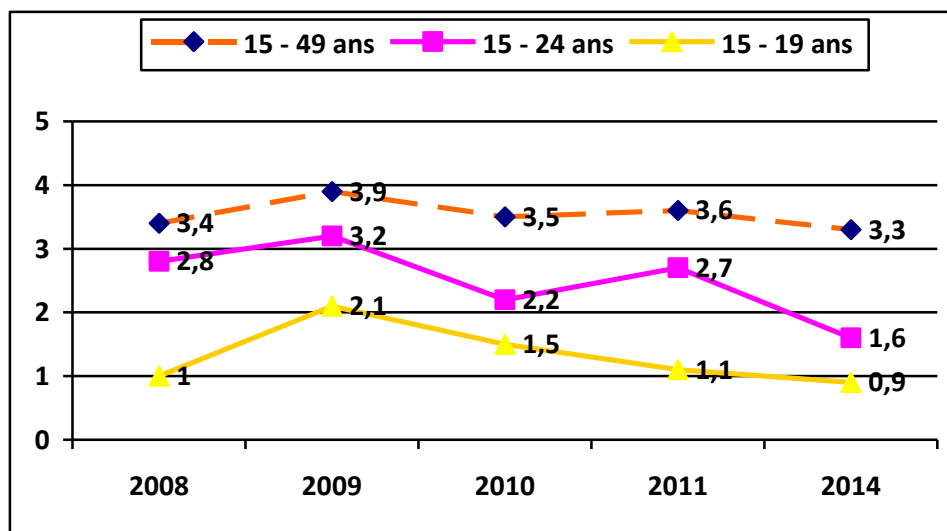
4.3. Tendances évolutives de la prévalence du VIH chez les femmes en CPN de 2008 à 2014

4.3.1 Tendances de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes par tranche d'âge entre 2008 et 2014

L'analyse des données de prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN de 2008 à 2014 à travers le graphique 06 montre une certaine stabilité de l'épidémie dans ce groupe depuis 2010.

La prévalence du VIH dans le temps parmi les jeunes femmes (15-24 ans) qui fréquentent les services de consultations prénatales fournit des indications sur l'incidence du VIH dans ce groupe. Ainsi le graphique 06 ci-après montre qu'entre 2008 et 2014 la prévalence dans cette tranche d'âge est passée de 2,8% à 1,6% en 2014.

Dans la tranche d'âge de 15-19 ans, on note une nette diminution avec une baisse significative entre 2009 et 2014 de 57%. Cette diminution contribue à la stabilisation de la prévalence dans la population générale et dans le groupe des femmes enceintes. Elle documente en partie l'impact positif des interventions de préventions chez les jeunes.

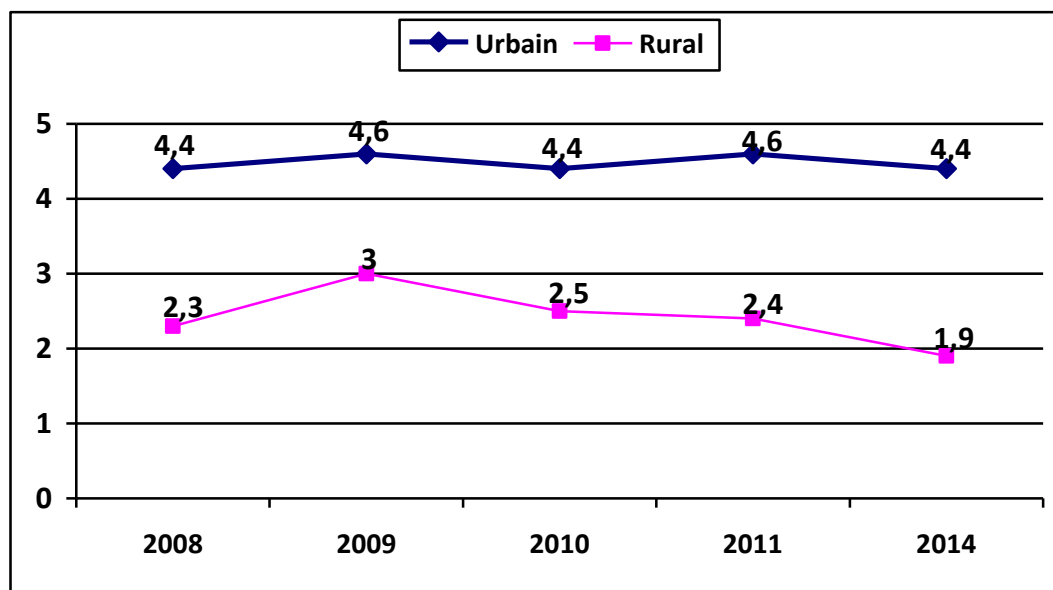


Graphique 06 : Evolution de la prévalence du VIH par tranche d'âge de 2008 à 2014

4.3.4. Tendances évolutives de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en fonction du milieu de résidence

Sur la période de 2008 à 2014, on note selon le graphique 07 que l'épidémie en milieu urbain est plus élevée que celle du milieu rural. En milieu urbain, on observe une stabilité de la

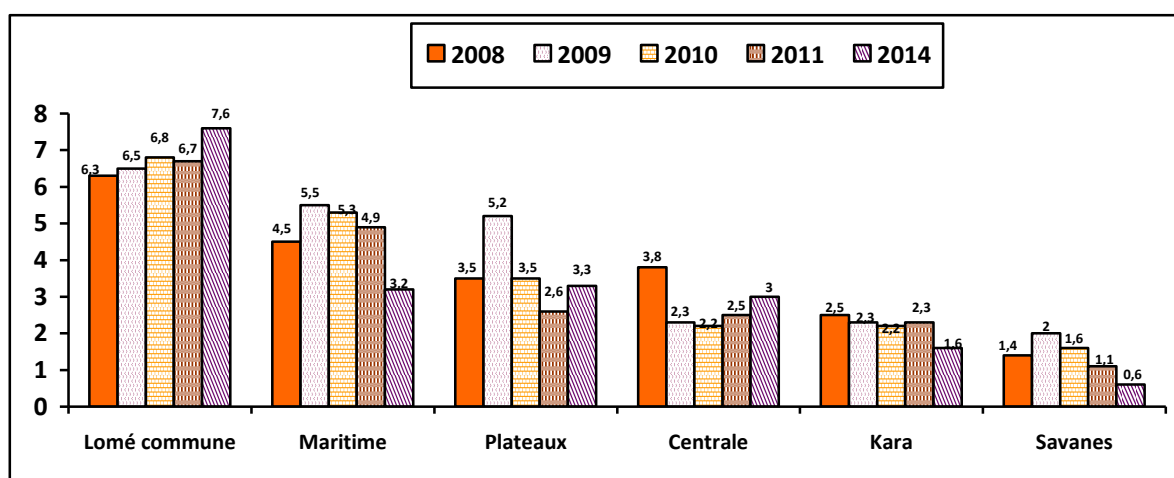
tendance entre 2008 et 2014. Par contre en milieu rural depuis 2009, on note une tendance à la baisse.



Graphique 07 : Evolution de la prévalence du VIH par type milieu de 2008 à 2014.

4.3.5. Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 2008 à 2014 dans les régions sanitaires

Depuis 2008, les tendances de la prévalence du VIH confirment le profil épidémiologique du pays. La prévalence du VIH est toujours plus élevée à Lomé commune ; elle décroît au fur et à mesure qu'on remonte vers les régions septentrionales du pays. En effet, à titre indicatif depuis 2008, la prévalence du VIH est en moyenne trois fois plus élevée dans la région Lomé commune que dans la région des Savanes. (Graphique 08)

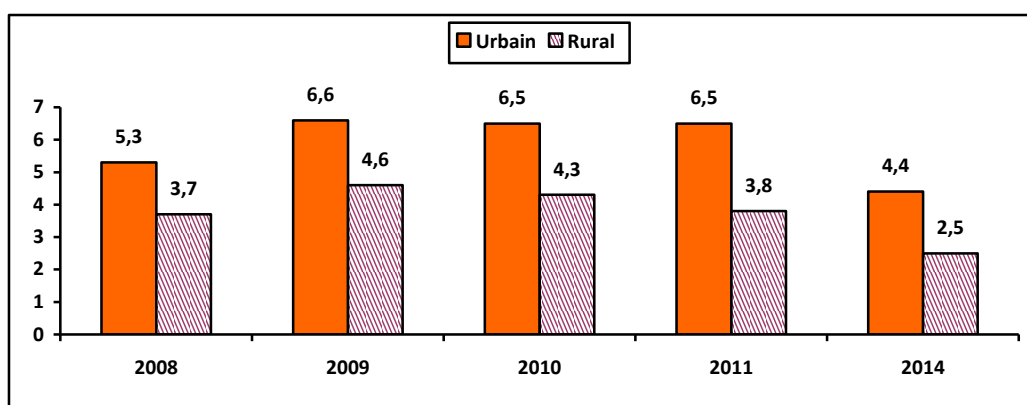


Graphique 08 : Evolution de prévalence du VIH de 2008 à 2014 par région

4.3.6. Tendances évolutives dans les régions en fonction du milieu de résidence de 2008 à 2014

4.3.6.1 Région maritime

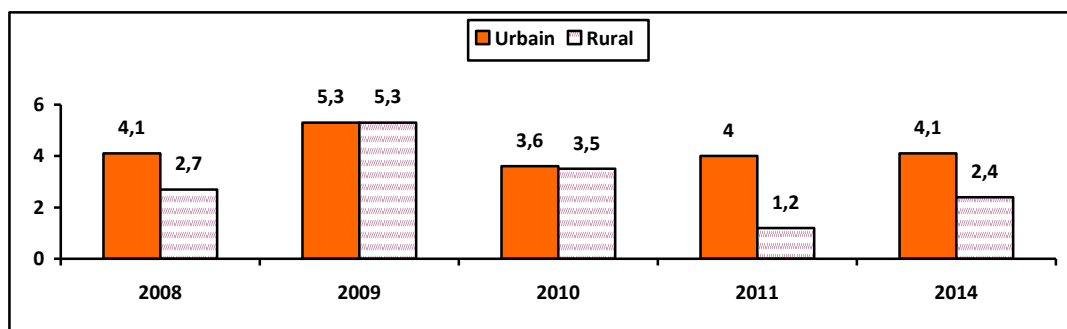
Dans la région maritime on note une stabilité de la prévalence du VIH aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural entre 2009 et 2011. Cependant, on observe une décroissance de la prévalence dans les deux milieux sur la période de 2011 à 2014 (milieu rural : 34%, milieu urbain : 32%). (Graphique 09).



Graphique 09 : Evolution de la prévalence dans la région maritime entre 2008 et 2014 par type de milieu

4.3.6.2. Région des plateaux

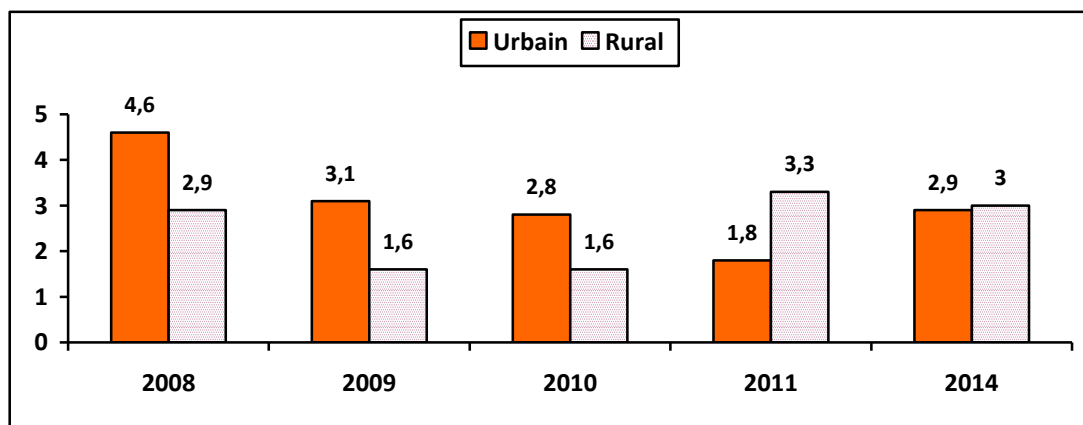
Depuis 2008, on observe une stabilité de la prévalence dans la région des plateaux dans le milieu urbain. Par contre, dans le milieu rural, l'évolution de la prévalence est en dents de scie. Après une hausse en 2009, la prévalence est restée décroissante jusqu'en 2011, puis a subi une augmentation en 2014 (1,2% contre 2,4%). Ces différentes tendances de la prévalence dans la région des plateaux pourraient être dues à la non pertinence du choix des sites ruraux dans les districts de l'ogou et de kloto. (Graphique 10).



Graphique 10: Evolution de la prévalence dans la région des plateaux de 2008 à 2014 par type de milieu

4.3.6.3. Région centrale

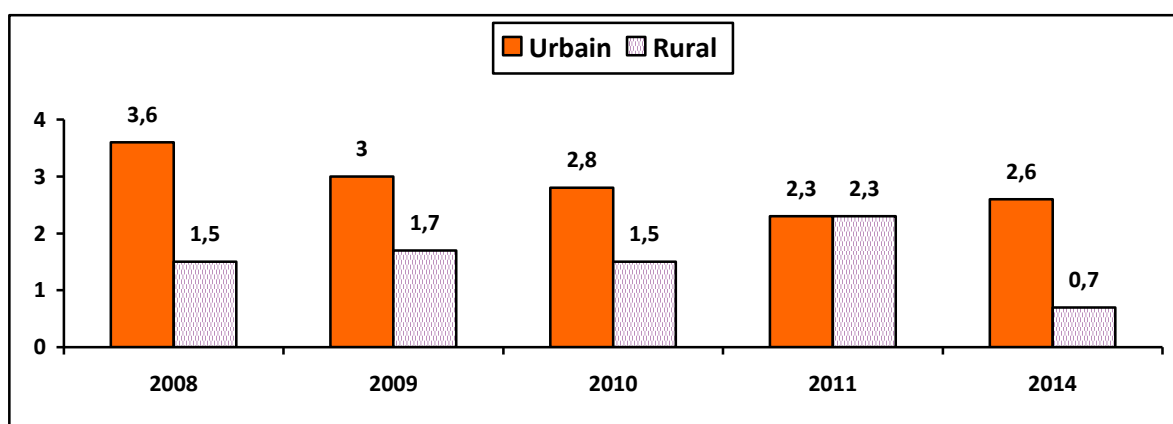
Dans la région centrale, après l'inversion de la prévalence en 2011 (l'épidémie est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain), on note en 2014, une stabilité de l'épidémie dans les deux milieux. Dans le milieu urbain, on observe une baisse progressive de la prévalence entre 2008 et 2011 avec une augmentation pratiquement d'un point de la prévalence en 2014 (Graphique 11).



Graphique 11: Evolution de la prévalence dans la région centrale entre 2008 et 2014 par type de milieu.

4.3.6.4. Région de la Kara

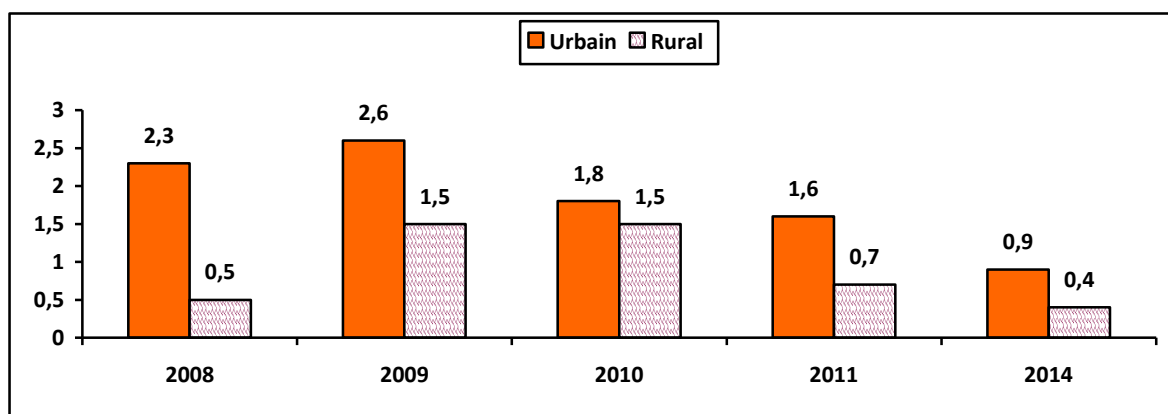
Selon le graphique 12, entre 2009 et 2014, on observe dans le milieu urbain, une stabilité de la prévalence de l'épidémie. Par contre dans le milieu rural, cette stabilité n'est observée qu'entre 2008 et 2010 avec une augmentation en 2011(2,3%). En 2014 la prévalence a fortement régressé dans le même milieu avec un taux de régression estimée à 69,6%.



Graphique 12 : Evolution de la prévalence dans la région de la Kara entre 2008 et 2014 par type de milieu

4.3.6.5. Région des Savanes

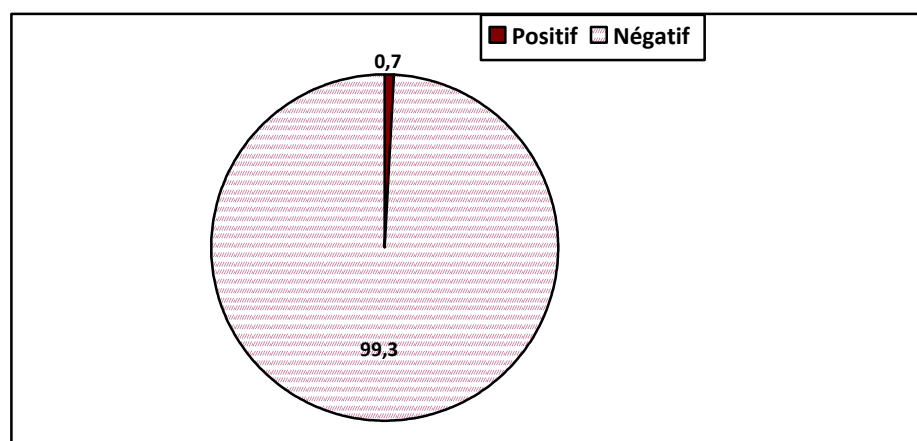
Dans la région des savanes où la prévalence de l'infection est la plus faible du pays, la fréquence du VIH en milieu rural et en milieu urbain a augmenté entre 2008 et 2009, comme le montre le graphique 13. Entre 2009 et 2014, on note une régression de la prévalence respectivement dans le milieu urbain de 65,4% et dans le milieu rural de 73,3%.



Graphique 13 : Evolution de la prévalence dans la région des savanes entre 2008 et 2014 par type de milieu

4.4. Prévalence de la syphilis

Au niveau national la prévalence de la syphilis chez les femmes en CPN est de 0,7% en 2014 (59 positifs sur 7920). (Graphique 14).



Graphique 14: Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes en 2014

4.4.1 Prévalence de la syphilis en fonction des sites dans les districts sanitaires

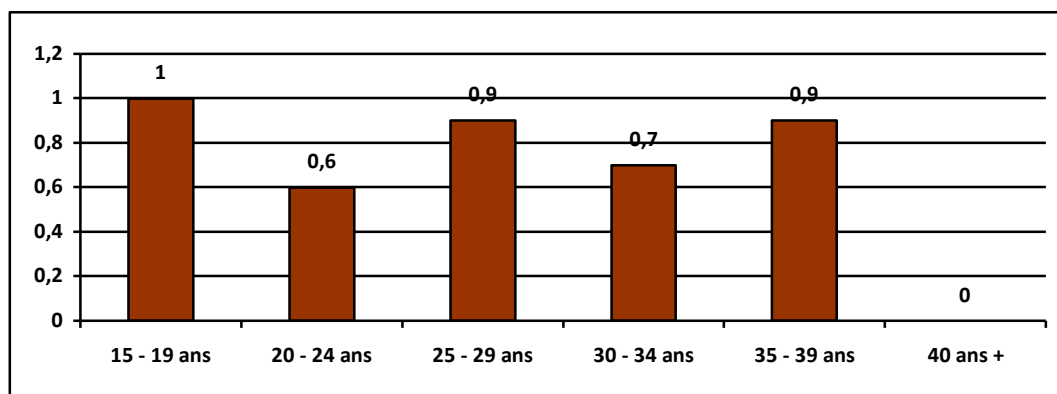
L'analyse du tableau 03 montre que la prévalence de la syphilis dans tous les sites sanitaires et dans les districts est inférieure à la prévalence nationale (0,7%). Cependant, les prévalences observées dans les districts suivants : D3, D5, yoto, vo, ogou, kloto, bassar ne respectent pas cette tendance.

Tableau 03 : Prévalence de la syphilis par district et par type de milieu.

District	Site Urbain		Site Rural	
	Positif		Positif	
	%	Effectif	%	Effectif
D1	0	0	0	0
D2	0,3	1	0	0
D3	2	6	0	0
D5	1	3	0	0
Zio	1	2	0,4	1
Yoto	1,3	2	1,1	3
Lacs	0	0	1	5
Vo	1,7	3	0,6	1
Ogou	0,6	2	1,4	4
Kloto	1,3	4	0,9	3
Tchaoudjo	0,6	2	0	0
Blitta	0	0	0,6	1
Tchamba	0,7	1	0	0
Kozah	0,3	1	0,4	1
Kéran	0,6	1	1,1	3
Bassar	1,1	2	2,4	5
Tône	0,3	1	0,3	1
Oti	0	0	0	0
Ensemble	0,7	31	0,8	28

4.4.2 Prévalence de la syphilis selon le groupe d'âges

La prévalence de la syphilis est relativement stable dans toutes les tranches d'âges avec une prévalence moyenne proche du niveau national en dehors de la tranche d'âge 15-19 ans (1%) comme le montre le graphique 15 ci-dessous.

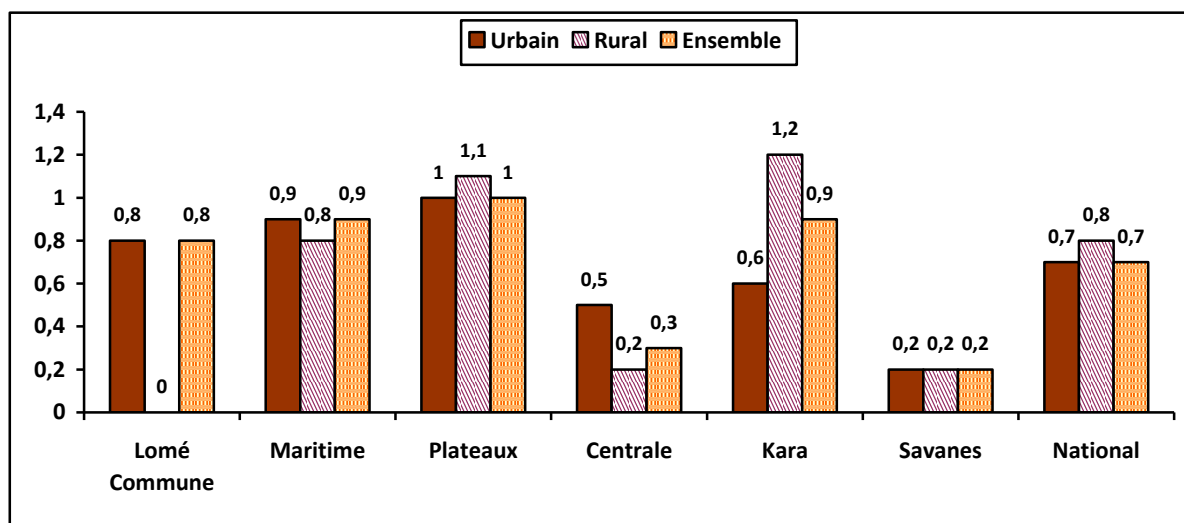


Graphique 15: Prévalence de syphilis chez les femmes enceintes selon la tranche d'âge.

4.4.3 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-value 0, 3) comme le montre le graphique 16.

La prévalence de la syphilis est relativement faible dans toutes les régions avec un taux plus ou moins élevé dans les régions Maritime, Plateaux et Kara.



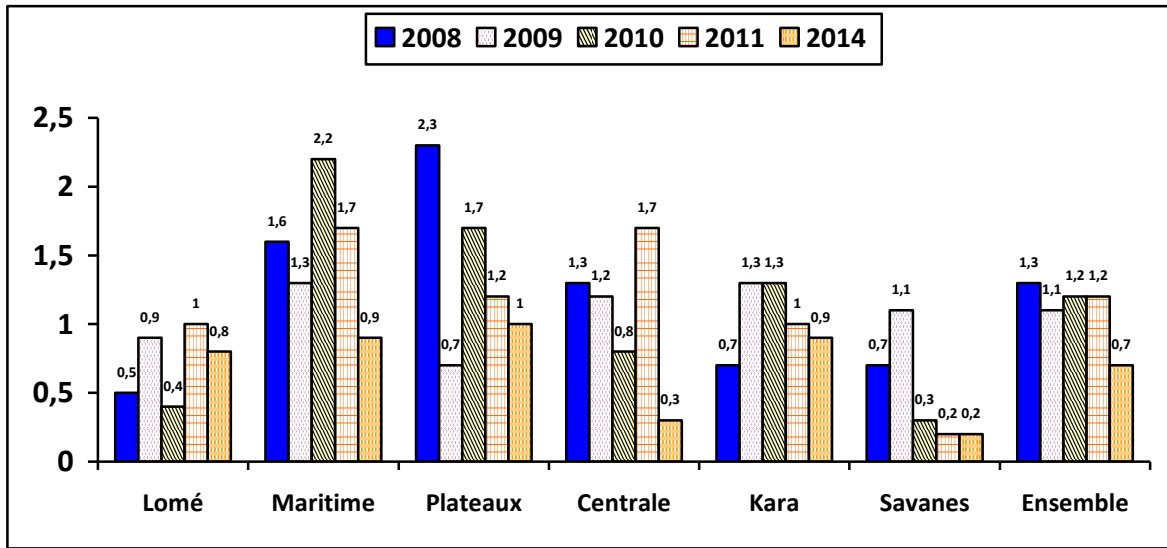
Graphique 16 : Prévalence de la syphilis par région et par type de milieu

4.4.4. Les tendances évolutives de la syphilis : 2008-2014

4.4.4.1 Tendances évolutives de la prévalence de la syphilis entre 2008 et 2014

Contrairement à la prévalence du VIH, la région Lomé commune a la prévalence la plus basse de la syphilis. Les régions maritime et plateaux ont les prévalences les plus élevées. Les prévalences observées dans les études menées de 2008 à 2014 ont révélé dans toutes les

régions une prévalence de syphilis basse et stable sans aucune superposition avec celle du VIH ; exceptée la région centrale où un pic a été enregistré en 2011(1,7%). (Graphique 17).



Graphique 17 : Evolution de la prévalence de la syphilis de 2008 à 2014 par région

Conclusion et Recommandations

Conclusion

En 2014, s'est déroulée, la surveillance sentinelle de l'infection à VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes vues en CPN. L'enquête s'est déroulée sur une période de quatre mois et a permis de tester 7920 femmes de 15 à 49 ans recrutées dans 18 sites urbains et 14 sites ruraux.

Le taux de prévalence moyenne du VIH est de 3,3%. Elle varie suivant l'âge (0,9% dans la tranche d'âge de 15-19 ans ; 1,6% chez les 15-24 ans). Cette prévalence varie suivant la localisation des sites (4,4% en milieu urbain et 1,9% en milieu rural). Suivant les régions, la prévalence du VIH décroît de Lomé commune vers l'intérieur du pays (7,6% à Lomé commune ; 3,2% dans la région maritime, 3,3% dans la région des plateaux, 3% dans la région centrale, 1,6% dans la région de la Kara et 0,6% dans la région des savanes). Dans la région des plateaux, il a été observé une hausse de la prévalence de 1,2 % en 2011 à 2,4% en 2014 de l'épidémie en milieu rural. Dans les autres régions, l'étude a révélé une tendance de l'épidémie à la baisse en milieu rural.

La prévalence de la syphilis est de 0,7% au niveau national. Au niveau régional, elle varie de 1% dans la région des Plateaux à 0,2% dans la région des Savanes. La prévalence de la syphilis ne semble pas être influencée par la localisation du site (milieu urbain : 0,7%, milieu rural: 0,8%). Cependant, il existe une légère variation de la prévalence de la syphilis par tranche d'âge allant de 0,6% à 1%. Il n'y avait pas d'association entre la prévalence de la syphilis et celle du VIH dans la population cible.

Les résultats de cette enquête confirment la tendance à la stabilité de la prévalence depuis 2008 avec une baisse de l'infection à VIH dans les tranches d'âge de 15 à 19 ans depuis 2009 et de 15 à 24 ans depuis 2011.

Dans les régions où une progression de l'épidémie a été constatée (Lomé- commune, plateaux et centrale), il est nécessaire de mener d'autres recherches actions pour mieux identifier les facteurs ou causes sous-jacents à cette situation. A partir des résultats de ces recherches actions, de nouvelles stratégies de prévention du VIH pourront être menées dans ces milieux pour les prochaines années comme le recommande aussi le plan stratégique national 2012-2015.

Les résultats présentés dans ce rapport sont la preuve que la surveillance sentinelle est un programme de santé publique qui doit être soutenu en vue d'améliorer l'orientation et la planification de la riposte contre le VIH/sida au Togo.

Recommandations

A l'endroit du PNLS/IST

- ✓ Mener une enquête de sérosurveillance de 2^{ème} génération chez les femmes enceintes couplée à une étude comportementale,
- ✓ Mener une enquête comportementale chez les professionnelles de sexe,
- ✓ Revoir le choix des sites ruraux dans les districts de kloto, de l'ogou et des lacs,
- ✓ Réfléchir pour trouver des stratégies de prévention appropriées pour toucher les populations rurales dont la prévalence a tendance à croître dans certaines régions,
- ✓ Maintenir le dynamisme d'augmentation du taux de couverture PTME pour toucher les femmes enceintes dans toutes les régions.

Bibliographie

1. ONUSIDA, Rapport annuel 2012 www.unaid.org
2. OMS/ONUSIDA. Protocole de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes en consultations prénatales, Genève 2000
3. PNLS/IST - Togo, Rapport de la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes au Togo en 2006.
4. PNLS/IST - Togo, Rapport de la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes au Togo en 2008.
5. PNLS/IST - Togo, Rapport de la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes au Togo en 2009.
6. PNLS/IST - Togo, Rapport de la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes au Togo en 2010.

PNLS/IST - Togo, Rapport de la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes au Togo en 2011.

ANNEXE

Annexe 1 : Tableaux complémentaires

Tableau A01 : Prévalence du VIH et de la syphilis par région et par milieu de résidence

Région	Milieu de résidence	VIH+	Syphilis +	Effectif testé
		%	%	
Lomé Commune	Urbain	7,6	0,8	1203
	Rural	-	-	-
	Ensemble	7,6	0,8	1203
Maritime	Urbain	4,4	1,1	742
	Rural	2,1	0,8	1238
	Ensemble	3,0	0,9	1980
Plateaux	Urbain	4,0	1,3	629
	Rural	2,6	1,3	616
	Ensemble	3,3	1,3	1245
Centrale	Urbain	2,9	0,9	580
	Rural	2,9	0,3	596
	Ensemble	2,9	0,6	1176
Kara	Urbain	2,7	0,6	661
	Rural	1,0	1,2	725
	Ensemble	1,8	0,9	1386
Savanes	Urbain	0,9	0,2	454
	Rural	0,4	0,2	476
	Ensemble	0,6	0,2	930

Tableau A01 : Prévalence du VIH et de la syphilis par site sentinelle

District	Type de site	Site sentinelle	VIH+	Syphilis +	Effectif testé
			%	%	
Lomé commune					
D1	Urbain	Centre de Santé de Lomé	6,3	0	300
	Rural		-	-	-
	Ensemble		6,3	0	300
D2	Urbain	Centre de Santé Adakpamé	7	1	300
	Rural		-	-	-
	Ensemble		7	1	300
D3	Urbain	Hôpital de Bè	10	1,3	300
	Rural		-	-	-
	Ensemble		10	1,3	300
D5	Urbain	CMS Adidogomé	7,3	1	303
	Rural		-	-	-
	Ensemble		7,3	1	303
Maritime					
Zio	Urbain	PMI Tsévié	3	0,5	200
	Rural	USP Gamé séva	1,1	0,4	262
	Ensemble		1,9	0,4	462
Yoto	Urbain	CHP Tabligbo	3,3	2,7	150
	Rural	CMS Ahépé	3,7	1,1	273
	Ensemble		3,5	1,7	423
Lacs	Urbain	CHP Adjido	7,4	0,5	215
	Rural	CMS Aklakou	1,9	1	523
	Ensemble		3,5	0,8	738
Vo	Urbain	CHP Vogan	3,4	1,1	177
	Rural	USP Vo Koutimé	1,7	0,6	180
	Ensemble		2,5	0,8	357
Plateaux					
Ogou	Urbain	Polycliniaue Atakpamé	4,1	0,6	315
	Rural	Polyclinique Elavagnon	2,8	1,7	288
	Ensemble		3,5	1,2	603
Kloto	Urbain	CHP Kpalimé	3,8	1,9	314
	Rural	CMS Adéta	2,4	0,9	328
	Ensemble		3,1	1,4	642
Centrale					
Tchaoudjo	Urbain	Polyclinique Sokodé	3,8	1,3	320

Surveillance sentinelle de l'infection à VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2014 au Togo

	Rural	USP Agouloudè	5,6	0,6	179
	Ensemble		4,4	1	499
	Urbain	CHP Blitta	4,5	0	110
	Rural	Hôpital ST LUC de Pagala Gare	1,9	0,6	160
Blitta	Ensemble		3	0,4	270
	Urbain	CHP Tchamba	0	0,7	150
	Rural	CMS Kaboli	1,6	0	257
Tchamba	Ensemble		1	0,2	407
Kara					
	Urbain	Polyclinique Kara	3,8	0,3	319
	Rural	CMS Atchangbadè	1,3	0,4	240
Kozah	Ensemble		2,7	0,4	559
	Urbain	CHP Kanté	1,9	0,6	160
	Rural	CMS Helota	0,4	1,1	275
Kéran	Ensemble		0,9	0,9	435
	Urbain	CHP Bassar	1,6	1,1	182
	Rural	CMS Kabou	1,4	2,4	210
Bassar	Ensemble		1,5	1,8	392
Savanes					
	Urbain	Polyclinique Dapaong	0,7	0,3	302
	Rural	CMS Korbongou	0,3	0,3	317
Tône	Ensemble		0,5	0,3	619
	Urbain	CHP Mango	1,3	0	152
	Rural	CMS Barkossi	0,6	0	159
Oti	Ensemble		1	0	311
Pays					
	Urbain		4,4	0,8	4269
	Rural		1,9	0,8	3651
National	Ensemble		3,2	0,8	7920

Tableau A03 : Prévalence du VIH selon les caractéristiques sociodémographiques

	Résultat du test VIH		P-Value	Effectif total testé
	Positive			
	%	Effectif		
Age de la grossesse				
0 - 8 SA	4,9	6		122
9 - 17 SA	5,5	58		1047
18 - 26 SA	3,4	86		2514
27 - 35 SA	2,5	71		2855
35 SA+	2,7	38	0	1382
Tranche d'âge				
15 - 19 ans	0,9	9		1036
20 - 24 ans	1,9	41		2169
25 - 29 ans	3,5	81		2287
30 - 34 ans	5,3	79		1484
35 - 39 ans	5,3	40		748
40 ans +	4,6	9	0	196
Situation matrimoniale				
Mariée	3,2	244		7548
Célibataire	4,1	15		369
Veuve	0	0	0,65	3
Scolarisation				
N'a jamais fréquenté	2,3	49		2096
Primaire	3,9	112		2840
Secondaire	3,3	85		2599
Supérieur	3,4	13	0,02	385
Profession				
Cultivatrice	2,8	10		353
Ménagère	1,6	42		2601
Revendeuse/Commerçante	5,8	122		2117
Couturière/Coiffeuse	3,2	55		1713
Apprenti	2,9	4		136
Salariée	6,3	21		336
Elève/Etudiante	0,6	3		533
Autre	1,5	2	0	131
Ensemble	3,3	259		7920

Surveillance sentinelle de l'infection à VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2014 au Togo

Tableau A04: Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes selon leurs caractéristiques sociodémographiques.

Positif			
	%	Effectif	Effectif Total testé
Age de la grossesse			
0 - 8 SA	0,8	1	122
9 - 17 SA	0,8	8	1047
18 - 26 SA	0,6	14	2514
27 - 35 SA	0,9	26	2855
35 SA+	0,7	10	1382
Tranche d'âge			
15 - 19 ans	1	10	1036
20 - 24 ans	0,6	12	2169
25 - 29 ans	0,9	20	2287
30 - 34 ans	0,7	10	1484
35 - 39 ans	0,9	7	748
40 ans +	0	0	196
Situation matrimoniale			
Mariée	0,8	57	7548
Célibataire	0,5	2	369
Veuve	0	0	3
Niveau d'instruction			
N'a jamais fréquenté	0,9	18	2096
Primaire	1	28	2840
Secondaire	0,5	12	2599
Supérieur	0,3	1	385
Catégorie socioprofessionnelle			
Cultivatrice	1,1	4	353
Ménagère	0,7	17	2601
Revendeuse/Commerçante	0,8	17	2117
Couturière/Coiffeuse	1	17	1713
Apprenti	0	0	136
Salariée	0,3	1	336
Elève/Etudiante	0,4	2	533
Autre	0,8	1	131
Ensemble	0,7	59	7920

Annexe 2 : Cartes

Figure 3 : Prévalence de la syphilis par district

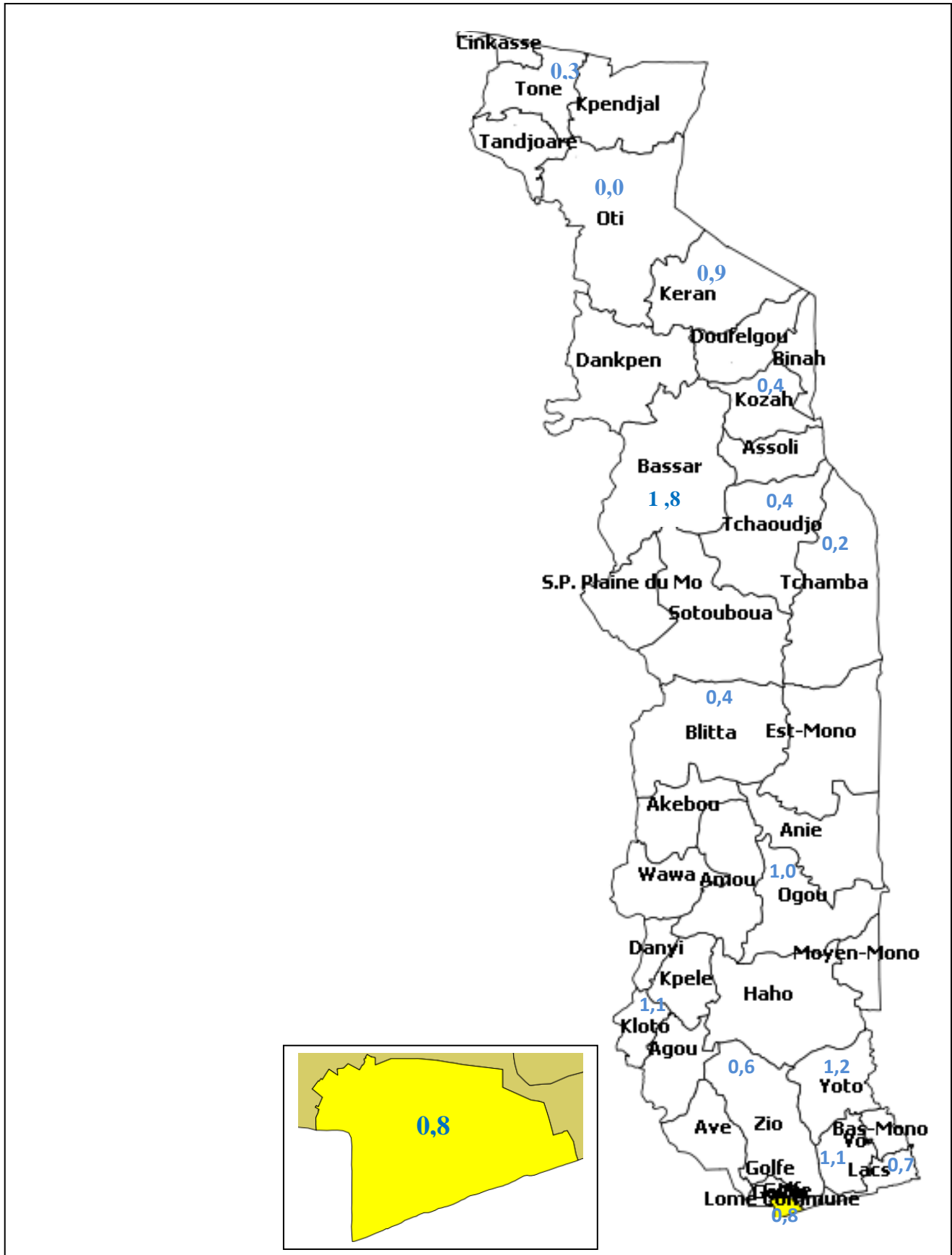
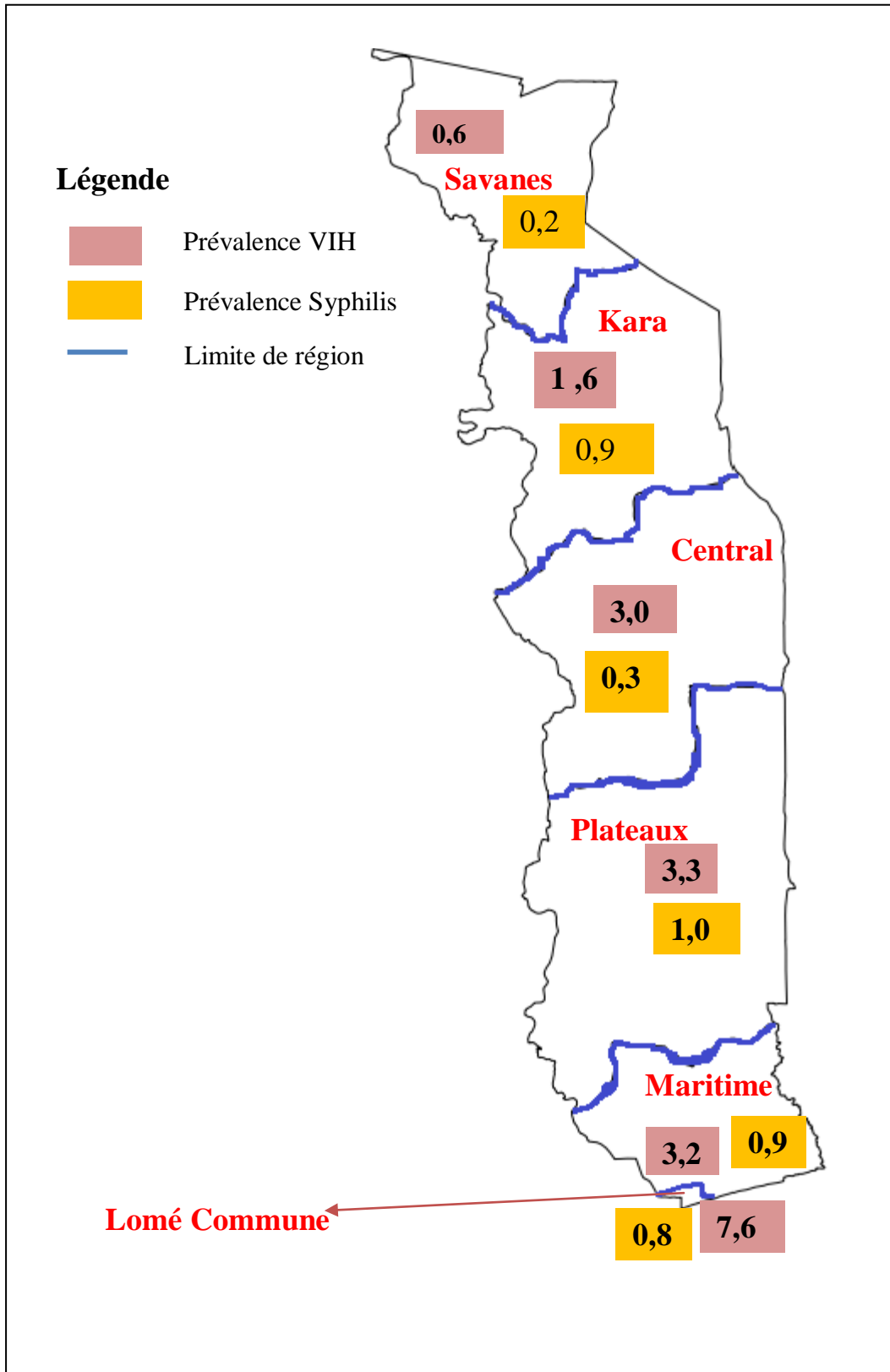


Figure 4 : Prévalence du VIH et de la Syphilis par région en 2014



Annexe 2 : Liste des sites et centres de prélèvement

Site de prélèvement	SRV		Effectif Total des enquêtés
	Positive 1		
	%	Effectif	
CS Lomé	6,3	19	300
CS Adakpamé	7,3	22	300
Hôpital de Bè	9,3	28	300
CMS Adidogomé	7,3	22	303
CHR Tsévié	7	7	100
Polyclinique Tsévié	2	2	100
USP Gamé-Séva	0,9	1	110
USP Gape-Kpodji	0	0	44
USP Mission-Tové	6	3	50
USP Game-Lili	1,7	1	58
CHP Tabligbo	3,3	5	150
CMS Ahépé	0,8	1	130
CMS Sœur de la Providence de Kouvé	10	9	90
USP Gboto Vodoupe	3,8	2	53
CHP Anèho	8	10	125
Polyclinique d'Anèho	4,4	4	90
CMS Attitogon	0,6	1	160
CMS Agbodrafo	4	4	100
CMS Aklakou	2,9	3	104
USP Afangnan	1,9	3	159
CHP Vogan	2,8	5	177
USP Vo-Koutimé	2,2	2	90
USP Dagbati	1,1	1	90
PMI Atakpamé	3	6	203
USP Agbonou	7,1	8	112
Polyclinique Elavagnon	1	1	100
Hôpital de l'Ordre Souverain de malte	5,9	5	85
CMS Morétan	0	0	103
CHP Kpalimé	2	3	150
Polyclinique Kpalimé	6	6	100
Dispensaire Hurbain de Kpogadzi	4,7	3	64
CMS Adéta	1,9	2	104
USP Kpélé-Elé	2,4	2	82
CMS Goudévé	3,8	3	80

Surveillance sentinelle de l'infection à VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultations prénatales en 2014 au Togo

CMS Kpadapé	3,2	2	62
Polyclinique de Sokodé	1,9	3	160
CHR de Sokodé	5,6	9	160
CMS Kolowaré	13,3	8	60
USP Aléhéridè	1,7	1	59
USP Agouloudè	3,3	2	60
CHP Blitta Gare	4,5	5	110
Hôpital St Luc de Pagala-Gare	1,9	3	160
CHP Tchamba	0	0	150
USP Bago	1,3	2	152
CMS Kaboli	1,9	2	105
Hôpital Mère-Enfant SOS Kara	3,3	7	210
PMI Kara	3,7	4	109
CMS Atchangbadè	0	0	65
USP Kpinzindè	0	0	60
CMS Kouméa	0	0	55
CMS Pya	1,7	1	60
CHP Kantè	1,9	3	160
CMS Hélota	0	0	155
USP Pangouda	1,7	1	60
USP Atalote	0	0	60
CHP Bassar	1,6	3	182
CMS Kabou	1,8	2	110
USP Dimori	1	1	100
Polyclinique de Dapaong	0,7	2	302
CMS Korbongou	0,7	1	152
USP Kantindi	0	0	85
USP Biankouri	0	0	80
CHP Mango	1,3	2	152
CMS Barkoissi	0,6	1	159