

EVALUATION REPORT WILDAF

WILDAF-AO

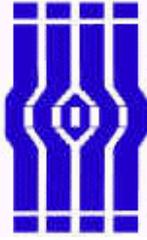
WILDAF-AO

©2022, WILDAF-AO



This work is licensed under the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction, provided the original work is properly credited. Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>), qui permet l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction, pourvu que le mérite de la création originale soit adéquatement reconnu.

IDRC GRANT / SUBVENTION DU CRDI : - PREVENTING GENDER BASED VIOLENCE AND SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS VIOLATIONS AMONG ADOLESCENTS TO REDUCE TEEN PREGNANCY IN TOGO



UNIVERSITE DE LOME
UNITE DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUE (URD)

BP 12971 - Lomé

Tel : (228) 221-17-21 Fax : (228) 222-08-89

E-mail : urdlome@yahoo.fr



**PRÉVENIR LES VIOLENCES SEXISTES ET LES VIOLATIONS
DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES ADOLESCENTES
POUR RÉDUIRE LES GROSSESSES PRÉCOCES AU TOGO**

RAPPORT DE L'ETUDE DE BASE

Fatoumata **OUATTARA**, Digo E.K.D. **AKAKPO-AHIANYO**, Ayawavi Sitsopé **TOUDEKA**,
Atavi Mensah **ATAVI**, Kodjo Sébastien **SEGNUAGBETO** et Noussoessi Abla **AGUEY**

Septembre 2020

COORDINATION



Women in Law And
Development in Africa /
Femmes, Droit et
Développement en Afrique



Association Togolaise
pour le Bien-Etre
Familial

FINANCEMENT



Centre de Recherches pour
le Développement International

SIGLES ET ACRONYMES

ACDEP	:	Action pour un Développement des Populations
ACPF/FAPE	:	Forum Africain de la Politique de l'Enfant
APMED	:	Action Protection Mère et Enfants pour le Développement
ASMENE	:	Association pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
ATBEF	:	Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial
ATPDC	:	Association Togolaise pour la Promotion et le Développement Communautaire
BCEAO	:	Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CADBE/ACRWC	:	Charte Africaine sur les Droits et le Bien-être de l'Enfant
CADHP	:	Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
CAEDBE	:	Comité Africain d'Experts sur les Droits et le Bien-être de l'Enfant
CCNE	:	Conseil Consultatif National des Enfants
CCPE	:	Conseil Consultatif Préfectoral des Enfants
CCRE	:	Conseil Consultatif Régional des Enfants
CDE	:	Convention Relative aux Droits des Enfants
CEDEF	:	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CNJ	:	Conseil National de la Jeunesse
CPS	:	Changement le Plus Significatif
CRDI	:	Centre de Recherches pour le Développement International
CREJe	:	Cercle de Réflexion pour l'Emergence des Jeunes
DGPE	:	Direction Générale de la Protection de l'Enfant
DGSCN	:	Direction Générale de Statistique et de la Comptabilité Nationale
DUDH	:	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
FAMME	:	Force en Action pour le Mieux-être de la Mère et de l'Enfant
FAWE	:	Forum des Femmes Africaines Educatrices
FIDA	:	Fonds International de Développement Agricole
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
GA	:	Grossesse d'Adolescente (fille de 10-19 Ans)
GF2D	:	Groupe de Réflexion et d'actions Femmes Démocratie et Développement
GRASE POPULATION:	:	Groupe de Recherche et d'Appui pour la Santé et l'Education de la Population
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
JEA	:	Journée de l'Enfant Africain
KNO	:	Kit National d'Orientation des prestataires en santé des adolescents et des jeunes
MASSN	:	Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MICS	:	Multiples Indicators and Clusters Survey
ODIAE	:	Organisation pour le Développement et l'Incitation à l'Auto-Emploi

OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONU	:	Organisation des Nations Unies
OSC	:	Organisations de la Société Civile
PIDCP	:	Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques
PF	:	Planification Familiale
PNEEG	:	Politique Nationale d'Équité et d'Égalité de Genre
RELUTET	:	Réseau de Lutte contre la Traite des Enfants au TOGO
ROMAESE	:	Réseau des Organisations de lutte contre la Maltraitance, les Abus et Exploitation Sexuelle des Enfants
SCAPE	:	Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi
SDSR	:	Santé et Droits Sexuels et Reproductifs
SIDA	:	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SOS VITA-TOGO	:	Association pour la Protection et la Promotion de la Vie
SSAJ	:	Standards de Services de Santé Adapté aux Adolescents et Jeunes
SR	:	Santé de la Reproduction
UA	:	Union Africaine
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URD	:	Unité de Recherche Démographique
VBG	:	Violences Basées sur le Genre
VIH	:	Virus de l'Immuno - déficience Humaine
WiLDAF-AO	:	Women in Law And Development in Africa / Femmes, Droit et Développement en Afrique

REMERCIEMENTS

L'aboutissement de l'enquête de base de la recherche intitulée « *Prévenir les violences sexistes et les violations des droits sexuels et reproductifs des adolescentes pour réduire les grossesses précoces au Togo* » est le fruit de l'étroite collaboration entre l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche), l'ONG Women In Law and Development in Africa (WiLDAF-AO) et l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF). L'équipe d'exécution de l'étude tient à adresser ses remerciements aux personnes et institutions ci-après :

- Le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) pour la confiance faite à l'équipe d'exécution, pour son soutien financier et son appui technique pour la réalisation des activités ;
- Le Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales pour avoir autorisé la réalisation de l'étude et facilité le déroulement de l'opération de collecte des données auprès des populations à travers les autorités locales ;
- L'ONG Women In Law and Development in Africa (WiLDAF-AO) et l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF) pour avoir toujours su répondre aux sollicitations des chercheurs au cours des différentes étapes ayant conduit à l'élaboration dudit rapport de l'étude de base ;
- Les membres du Cadre Collaboratif du projet pour leur contribution technique lors de l'élaboration et la validation du protocole de recherche ;
- Les personnes ressources des différentes Institutions rencontrées au cours de la collecte des données relative aux réponses institutionnelles de prévention et de lutte contre les Grossesses des Adolescentes en lien avec les VBG et la SDRS (Organismes Internationaux, Institutions Etatiques, ONG, Associations) qui élaborent des réponses de prévention et de lutte contre les Grossesses des Adolescentes en lien avec les VBG SDRS ;
- Les Préfets de l'OGOU et de KLOTO pour avoir pris des dispositions au niveau local pour faciliter la collecte des données auprès des populations concernées par l'étude ;
- Les Responsables et chefs d'établissements (Directeurs d'Ecole primaire et Proviseurs de Lycée) le corps enseignant, les prestataires des formations sanitaires, les agents de justice des localités visitées pour leur coopération et leur disponibilité à recevoir les agents de collecte et à échanger avec eux sur la problématique de l'étude ;
- Les facilitateurs de l'étude dans les deux préfectures de la Région des Plateaux pour leur entière disponibilité lors de l'enquête exploratoire et pendant toute la durée de la collecte ;
- Les parents d'élèves, les Leaders Communautaires, les Leaders Religieux, pour leur collaboration et leur contribution à la réussite de l'enquête de base ;
- Les membres des équipes d'encadrement des deux institutions collaboratrices, les contrôleurs et chefs d'équipe, les enquêteurs, les animateurs des entretiens individuels et des Focus Groups, les chauffeurs, les informaticiens et les statisticiens qui ont travaillé d'arrache-pied pour que les données soient collectées, mises en forme et traitées ;
- Les populations de la Région des Plateaux qui ont accepté de participer et de collaborer directement ou indirectement à la réussite de cette étude dont la mise en application des résultats, nous l'espérons, contribuera à la réduction des Grossesses des Adolescentes dans les localités de l'étude.

A toutes et à tous, merci.

Table des matières

SIGLES ET ACRONYMES	2
REMERCIEMENTS	4
Table des matières	6
Liste des tableaux	10
Liste des graphiques	10
LES PRINCIPAUX INDICATEURS DES GROSSESSES DES ADOLESCENTES EN LIEN AVEC LES VBG ET LA SDSR	18
INTRODUCTION	21
PREMIERE PARTIE - CADRE CONCEPTUEL, THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	23
CHAPITRE I - CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE	24
I.1 - DEFINITION DES CONCEPTS CLES	24
I.2 - LIENS THÉORIQUES ENTRE LES GA, LES VBG ET LA SDSR	29
I.2.1 - Liens entre les VBG et les Grossesses des Adolescentes	30
I.2.2 - Effets des VBG sur la SDSR	32
I.2.3 - Liens entre la SDSR et les GA	33
I.3 - QUESTIONS DE RECHERCHE	34
I.4 - OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	35
I.4.1 - Objectif général	35
I.4.2 - Objectifs spécifiques	35
I.5 - HYPOTHESES DE LA RECHERCHE	35
CHAPITRE II - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	37
II.1 - METHODOLOGIE DU VOLET QUANTITATIF	37
II.1.1 - Localités de l'étude	37
II.1.3 - Outils de collecte	38
II.2 - METHODOLOGIE DU VOLET QUALITATIF	40
II.2.1 - Collecte de données qualitatives dans les localités de l'étude	40
II.2.2 - Techniques de collecte des données	40
II.2.3 - Canevas de collecte et nombre de répons du volet qualitatif	40
II.2.4 - Répondants du volet qualitatif de l'étude	40
II.2.5 - Transcription et analyse de contenu des données qualitatives	41
DEUXIEME PARTIE - PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	42
CHAPITRE III - LES FACTEURS EXPLICATIFS DES GROSSESSES D'ADOLESCENTES EN LIEN AVEC LES VBG ET LA SDSR	43
III.1 - FACTEURS EXPLICATIFS DES GROSSESSES DES ADOLESCENTES EN LIEN AVEC LES VBG	43
III.1.1 - Lorsque les filles ne respectent plus/pas leurs parents	43
III.1.2 - Lorsque les parents ne parviennent pas/plus à assurer les besoins de leurs filles	44
III.1.3 - Lorsque le consentement des filles aux relations sexuelles est banalisé	45
III.1.4 - Le cas de certaines pratiques culturelles comme facteur explicatif des GA	46
III.1.5 - Des violences émotionnelles et psychologiques comme facteur explicatif des GA	47
III.1.6 - L'effritement des mœurs dans la communauté comme facteur explicatif des GA	48
III.1.7 - Le statut social de la femme et la sous-scolarisation des filles comme facteur explicatif des GA	49

III.1.8 – La forte prévalence du patriarcat : un facteur explicatif des GA	50
III.1.9 – Le règne du silence : un facteur explicatif des GA	50
III.1.10 – La forte prévalence des règlements à l’amiable : un facteur explicatif des GA	50
III.2 – FACTEURS EXPLICATIFS DES GROSSESSES DES ADOLESCENTES EN LIEN AVEC LA SDR	51
III.2.1 – Les connaissances des droits sexuels reproductifs et grossesse d’adolescente	51
III.2.1 – L’insuffisance d’information sur la sexualité : un facteur explicatif des GA en lien avec la SDR	52
III.2.2 – Accès des adolescents aux services de santé de la reproduction et GA	53
CHAPITRE IV – LES CONSEQUENCES DES VBG SUR LA SDR	55
IV.1 CONSEQUENCES DES VBG SUR LA SANTE DES VICTIMES	55
IV.3 – LES CONSEQUENCES PHYSIQUES DES VBG	57
IV.4 – LES CONSEQUENCES SEXUELLES/GYNECOLOGIQUES DES VBG SUR LES ADOLESCENTES	57
IV.5 – LES CONSEQUENCES DES VBG SUR LE DROIT A L’EDUCATION	58
IV.6 – LES CONSEQUENCES DES VBG SUR LE STATUT DE LA FEMME ET SON AUTONOMIE	60
IV.7 – LES CONSEQUENCES ECONOMIQUES DES VBG	60
IV.8 – CONSEQUENCES DES VBG SUR LE LIBRE CHOIX DU PARTENAIRE CONJUGAL	62
CHAPITRE V – CARTOGRAPHIE DES REPONSES INSTITUTIONNELLES DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES VBG ET LA JOUISSANCE DES SDR DES ADOLESCENTS POUR PREVENIR LES GA AU TOGO	64
V.1 – CADRE JURIDIQUE ET POLITIQUE DE PROTECTION DES ADOLESCENTS CONTRE LES VBG	64
V.1.1 – Cadre juridique	64
V.1.2 – Cadre politique	66
V.2 – REPONSES INSTITUTIONNELLES DEVELOPPEES PAR LES ORGANISMES INTERNATIONAUX	70
V.3 – REPONSES INSTITUTIONNELLES DEVELOPPEES PAR LES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE (OSC) DANS LES LOCALITES DE L’INTERVENTION	70
V.3.1 – Analyse des réponses institutionnelles développées par les Organisations de la Société Civile (OSC) dans la préfecture de l’OGOU	71
V.3.2 – Analyse des réponses institutionnelles développées par les Organisations de la Société Civile (OSC) dans la préfecture de KLOTO	73
V.4 – ANALYSE DES REPONSES INSTITUTIONNELLES DEVELOPPEES PAR LES SERVICES TECHNIQUES DE L’ETAT DANS LES LOCALITES DE L’INTERVENTION	76
V.4.1 – Analyse des réponses institutionnelles développées par les services techniques de l’Etat dans la préfecture de l’OGOU	76
V.4.2 – Analyse des réponses institutionnelles développées par les services techniques de l’Etat dans la préfecture de KLOTO	76
V.5 – ANALYSE DES REPONSES INSTITUTIONNELLES DEVELOPPEES PAR LES LEADERS COMMUNAUTAIRES ET RELIGIEUX DANS LES LOCALITES DE L’INTERVENTION	79
V.5.1 – Analyse des réponses institutionnelles développées par les Leaders communautaires et religieux dans la préfecture de l’OGOU	79
V.5.2 – Analyse des réponses institutionnelles développées par les Leaders communautaires et religieux dans la préfecture de KLOTO	79
V.6 – LIMITES DES REPONSES INSTITUTIONNELLES DEVELOPPEES PAR LES OSC, LES SERVICES ETATIQUES ET LES LEADERS COMMUNAUTAIRES	80
V.6.1 – Limites des réponses institutionnelles recueillies au niveau des Organismes Internationaux	81
V.6.2 – Limites des réponses institutionnelles recueillies au niveau des acteurs de lutte contre les VBG dans les localités de l’intervention	81
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	93
ANNEXES	99

Liste des tableaux

Tableau I.1 :	
Présentation des hypothèses en fonction des questions de recherche	36
Tableau II.1 :	
Répartition de la population résidente en 2019 par localité.	37
Tableau II.2 :	
Nombre de ménages tirés dans chaque localité de l'étude	37
Tableau II.3 :	
Répartition par sexe et âge de l'échantillon enquêté selon les localités	38
Tableau III.1 :	
Pourcentage d'enquêtées qui connaissent ou non les VBG Emotionnelles ou Psychologiques selon qu'elles aient eu ou non une grossesse au cours de l'adolescence	48
Tableau III.2 :	
Répartition des enquêtées ayant connu ou expérimenté la SDSR au cours de l'adolescence et qui ont eu ou non une GA	51
Tableau III.3 :	
Répartition des enquêtées ayant connu ou expérimenté la SDSR au cours de l'adolescence et qui ont eu ou non une GA	53
Tableau IV.1 :	
Coûts minimum et maximum liés à la prise en charge de 1000 victimes	61
Tableau V1 :	
Répartition par sexe des enquêtés d'Akparé ayant connaissance de l'existence d'institutions/structures qui interviennent dans le domaine des VBG	82
Tableau V.2 :	
Répartition par sexe des enquêtés de Yorokpodzi ayant connaissance de l'existence d'institutions/structures qui interviennent dans le domaine des VBG	83
Tableau V.3 :	
Répartition par sexe des enquêtés de Lavié ayant connaissance de l'existence d'institutions/structures qui interviennent dans le domaine des VBG	87
Tableau V.4 :	
Répartition par sexe des enquêtés de Tové ayant connaissance de l'existence d'institutions/structures qui interviennent dans le domaine des VBG	87

Liste des graphiques

Graphique III.1 :

Proportion de femmes qui au cours de leur adolescence ont eu une grossesse
découlant d'une violence sexuelle 46

Graphique III.2 :

Fréquentation de formations sanitaires par les adolescentes pour obtenir des
méthodes de PF 54

RESUME EXECUTIF

Face à la prévalence de plus en plus accrue des grossesses précoces, ses effets sur l'éducation et la santé des adolescentes et la menace que représente le phénomène pour le développement du Togo, la lutte pour la réduction de son ampleur est au cœur des préoccupations des plus hautes autorités, notamment du Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire, du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, du Ministère de la Planification et du développement, du Ministère de la Justice et des partenaires au développement. De nombreux constats montrent que ces Grossesses d'Adolescentes (GA) proviennent des Violences Basées sur le Genre (VBG) et surviennent dans un contexte de non-respect de leurs Droits Sexuels et Reproductifs (DSR).

La présente étude intitulée « Prévenir les violences sexistes et les violations des droits sexuels et reproductifs des adolescentes pour réduire les grossesses d'adolescentes au Togo » est mise en œuvre par le WILDAF AO, en partenariat avec l'Association Togolaise pour le Bien-Être Familial (ATBEF) qui ont recouru à l'appui financier du Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI) pour entreprendre cette recherche-action de lutte contre les grossesses d'adolescentes dont le volet recherche a été confié à l'Unité de Recherche Démographique de l'Université de Lomé (URD/UL).

- **Quels sont alors les objectifs clés de cette étude de base ?**

Les objectifs principaux de cette étude visent à : (i) identifier les facteurs explicatifs des grossesses des adolescentes en lien avec les Violences Basées sur le Genre et la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents, (ii) identifier les conséquences des VBG sur la SDSR des adolescentes, et (iii) établir la cartographie des réponses institutionnelles

de lutte contre les GA en lien avec les VBG et la SDSR et (iv) proposer un modèle intégré de lutte et de prévention des Grossesses d'Adolescentes qui intègre les Violences Basées sur le Genre et qui contribue à la réalisation de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs des adolescent(e)s.

- **Quelle approche méthodologique a été adoptée ?**

Sur le plan méthodologique, la présente recherche-action a couvert 4 localités dans la région des Plateaux du Togo (Akparé et Yorokpodji en ce qui concerne la préfecture de l'Ogou, puis, Lavié et Tové en ce qui concerne la préfecture de Kloto). Elle a en outre articulé deux grands volets de recherche : un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le volet quantitatif a touché un effectif de 1003 individus des localités de l'étude. Ces individus sont répartis comme suit : Akparé (462), Yorokpodji (141), Lavié (262) et Tové (138). Du point de vue de la répartition par sexe, ce volet a touché 647 Femmes (64% de l'échantillon) et 356 Hommes (36% de l'échantillon). Quant au volet qualitatif de la recherche, il couvre les sept (7) localités suivantes : Lavié, Tové, Akparé, Yorokpodzi, Kpalimé, Atakpamé et Lomé Commune. Pour ce volet ont été réalisés : 51 Entretiens dont 20 Focus-Groups et 31 Entretiens Individuels Approfondis (EIA) auprès des communautés de l'étude et 20 EIA auprès des acteurs institutionnels intervenant dans la prévention et la lutte contre les Grossesses des Adolescents en lien avec les VBG et la SDSR. Les acteurs institutionnels regroupent globalement les Organismes Internationaux, les Organisations Non Gouvernementales locales et nationales et les Acteurs Etatiques. Les Focus Group ont été réalisés auprès des cibles suivantes : les adolescentes, les adolescents, les femmes, les hommes, les Leaders Communautaires

et les Leaders Religieux. La série d'EIA a été réalisée auprès des cibles suivantes : les adolescentes, les adolescents, les femmes, les hommes, les Directeurs d'Ecoles Primaires, les Proviseurs de Lycées, les Prestataires de PF et les Patrons/Patronnes d'Ateliers.

- **A quels résultats cette étude a abouti ?**

- ◊ ***Les facteurs explicatifs des grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG***

Deux catégories de facteurs expliquent la survenue des grossesses des adolescentes : les facteurs en lien avec les violences basées sur le genre et ceux en lien avec la santé et les droits sexuels des adolescents.

- Les facteurs explicatifs des grossesses des adolescentes en lien avec les violences basées sur le genre

Les informateurs rencontrés ont expliqué le phénomène des grossesses chez les adolescentes : la désobéissance des filles à leurs parents, la pauvreté des parents les mettant dans l'incapacité à assurer pleinement les besoins de leurs filles, le fait que les garçons et les hommes banalisent le consentement libre et éclairé des filles aux relations sexuelles, l'incidence de certaines pratiques culturelles comme l'envoutement des filles par les hommes, les violences émotionnelles et psychologiques induites par les hommes. De nombreux discours des populations indexent l'effritement des mœurs dans la communauté rendu par le changement des valeurs associées au sexe. Selon ces discours, ces changements négatifs sont dûs à des messages véhiculés par l'école, les médias, les réseaux sociaux et les pairs qui ont contribué à façonner les comportements des jeunes et adolescents et entraîné chez eux l'adoption de comportements sexuels irresponsables. Le statut social de la femme et la sous-scolarisation des filles constitueraient aussi l'un des facteurs explicatifs des grossesses d'adolescentes car, dans les deux préfectures concernées par cette étude, l'idée la plus répandue et qui, malheureusement, est le fruit des préjugés et des stéréotypes sexistes,

veut que la femme soit au foyer, contrainte de fait à assumer ses rôles d'épouse au service du mari, de mère éducatrice (des enfants) et reproductrice. D'autre part, la forte prévalence du patriarcat constitue un des facteurs qui favorise les grossesses des adolescentes dans la mesure où les discussions approfondies menées dans le Kloto comme dans l'Ogou, ont permis de comprendre qu'il y existe une forme d'organisation sociale et juridique fondée sur la détention de l'autorité par les hommes ou encore, un « système où le masculin incarne à la fois l'être supérieur et l'universel ».

Le règne du silence est aussi notable parmi les facteurs explicatifs des grossesses d'adolescentes dans les localités de l'étude. En effet, le plus souvent, les filles victimes de violences physiques ou sexuelles au Togo pensent qu'il n'est pas nécessaire de traduire les auteurs en justice. D'autres évoquent la peur des représailles et le respect des normes sociales qui induisent la paix sociale les empêchent de déposer une plainte en justice. Dans d'autres cas, l'exploitation des données qualitatives a permis de comprendre la prévalence des règlements à l'amiable lorsqu'il est question de mener des actions judiciaires contre les auteurs des violences physiques et sexuelles. Si cette option est souvent privilégiée, c'est bien parce que dans un grand nombre de cas, les auteurs des violations sont des proches parents ou connaissances (des cousins, des oncles, des frères, des amis de la famille etc.) et les traduire devant la justice pour être jugés et condamnés à des peines de prison ou d'amende comme le prévoit la loi revient à provoquer des conflits intrafamiliaux. C'est pour cette raison que des victimes préfèrent ainsi privilégier l'harmonie familiale et clanique au lieu d'entamer des poursuites judiciaires contre des auteurs des VBG.

- Les facteurs explicatifs des grossesses des adolescentes en lien avec les droits sexuels et reproductifs des adolescents

Les liens entre la connaissance de la SDSR et les GA et entre l'accès des adolescents aux services de SR et les GA sont les éléments de

base permettant d'expliquer les rapports entre grossesses des adolescentes et la SDR.

√ La connaissance des droits sexuels et reproductifs et les GA.

L'enquête quantitative révèle qu'environ trois femmes sur dix (32,6%) savent que les adolescentes ont des Droits Sexuels et Reproductifs. Ce qui veut dire que les 2/3 des femmes ont besoin d'être informées sur les Droits Sexuels et Reproductifs.

Par ailleurs, on observe une différence significative ($Z=3,520$ $p=0,0007$) entre la proportion des enquêtées sachant leurs Droits Sexuels et Reproductifs et ayant eu une GA (31,4%) et celles qui ne connaissent pas leurs Droits Sexuels et Reproductifs et qui ont eu une GA (68,6%). C'est dire que la connaissance des Droits Sexuels et Reproductifs réduit le risque de survenue des GA.

D'autre part, les données qualitatives ont permis de faire ressortir l'insuffisance des informations sur la sexualité comme un des facteurs explicatifs des grossesses des adolescentes. Ceci peut se comprendre dans la mesure où il existe une absence quasi-totale de dialogue sur les questions relatives à la sexualité entre parents et adolescents dans les communautés des deux préfectures couvertes par l'étude. Notons que les autres sources d'informations ne sont suffisantes ni en termes de qualité ni en termes d'accessibilité.

√ L'accès insuffisant des adolescent(e)s aux services de SR/PF

Le second facteur permettant d'expliquer les liens entre les grossesses des adolescentes dans le domaine de la SDR est leur accès insuffisant aux services de santé de la reproduction. Cet accès insuffisant est souvent expliqué par la peur des adolescent(e)s de se rendre dans les centres de santé pour obtenir des informations relatives à la sexualité, au risque d'y rencontrer des parents et/ou connaissances, ou par crainte d'être grondés par les soignants. Pour

résoudre cet obstacle, il a été mis en place des structures intermédiaires : les infirmeries scolaires, les centres ruraux d'activités socio-éducatives, les centres conviviaux des jeunes etc. Cependant, la cartographie de ces structures révèle qu'il n'existe qu'un Centre Rural d'Activités Socio-Educatives (CRASE) dans le Klotou et une maison de jeunes dans l'Ogou. D'un point de vue quantitatif, ces deux structures sont insuffisantes pour couvrir les besoins au niveau des deux préfectures. Les résultats du volet quantitatif corroborent ce point de vue. Peu d'adolescents ont accès aux services de SR car, 9 adolescentes sur 10 (soit 94%) ne s'y rendent pas. D'autres raisons permettent en outre de comprendre cet accès insuffisant : la non accessibilité géographique des adolescent(e)s aux formations sanitaires, l'absence d'espace spécifique réservé aux adolescent(e)s dans les formations sanitaires¹ et la peur des effets secondaires des méthodes contraceptives.

¹ Ce constat est particulièrement fait à Yorokpodzi où il n'existe aucune formation sanitaire ; les ressortissants de la localité sont régulièrement contraints de se rendre à Atakpame à 5 kilomètres pour les soins sans oublier tous les risques sanitaires que ce déplacement représente pour les femmes enceintes par exemple.

◇ *Les conséquences des violences basées sur le genre sur les droits sexuels et reproductifs des adolescents*

La présente étude a aussi permis d'appréhender les incidences (en termes de conséquences) des Violences Basées sur le Genre (VBG) sur la Santé et les Droits Sexuels Reproductifs (SDSR). L'exploitation corrélative des données recueillies sur le terrain et celles fournies par la revue de littérature montrent que les violences basées sur le genre provoquent principalement plusieurs types de conséquences sur les droits sexuels et reproductifs des adolescents : les conséquences des VBG sur la santé des victimes ; les conséquences psychologiques et comportementales ; les conséquences physiques ; les conséquences sexuelles et gynécologiques ; les conséquences économiques, les conséquences des VBG sur le statut de la femme et son autonomie et les conséquences sur le libre choix du partenaire conjugal par la fille.

◇ *La cartographie des réponses institutionnelles de prévention et de lutte contre les grossesses d'adolescentes*

La cartographie des réponses institutionnelles de prévention et de lutte contre les VBG ainsi que celles favorisant la jouissance des droits sexuels et reproductifs par les adolescents et adolescentes a permis d'analyser les dimensions telles que : (i) l'arsenal juridique de protection des enfants victimes de VBG, (ii) les réponses spécifiques développées par les organismes internationaux et (iii) les réponses spécifiques développées par les OSC, les acteurs étatiques et les Leaders communautaires et religieux dans les localités de l'intervention (Akparé, Yorokpodzi pour la préfecture de l'Ogou et Lavié et Tové pour la préfecture de Kloto). Elle s'est achevée par l'analyse des limites de chacune de ces réponses. La prise en compte de ces limites dans l'intervention favorisera l'identification d'actions cohérentes susceptibles de contribuer à l'atteinte des objectifs assignés à la recherche-action.

√ *Un arsenal juridique et politique de protection des enfants victimes de VBG pléthorique*

Un arsenal juridique comprenant les principaux instruments juridiques existe sur les plans international, régional et national et fixe les dispositions requises en matière de droits en santé sexuelle et reproductive.

Au niveau international, il existe des instruments juridiques de protection des femmes et des filles tels que : la déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), la convention relative à la discrimination raciale, la convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et la convention relative aux droits des enfants

Au niveau sous régional, les Etats de la CEDEAO ont pris un acte additionnel sur l'égalité des droits entre hommes et femmes pour le développement durable dans la région. Cet acte complète les différents instruments juridiques de promotion du genre et de protection des femmes.

Au niveau national, les instruments essentiels sont la Constitution, la loi N°2007-005 du 10 janvier 2007 relative à la Santé sexuelle et à la reproduction, La loi N° 2014-019 portant modification de l'ordonnance n°80-16 du 31 Janvier 1980 concernant le Code des personnes et de la famille, la loi N°98-016 du 17 novembre 1998 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines, la loi N° 2015-10 du 24 novembre 2015 portant nouveau Code Pénal au Togo qui prévoit et sanctionne différentes catégories d'infractions contre les mineurs, notamment les infractions à caractère sexuel qui portent atteinte aux droits sexuels et reproductifs et enfin le Code de l'enfant de 2007.

Quant au cadre politique relatif à la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles, il se décline à plusieurs niveaux : les cadres politiques internationaux et les cadres politiques africains. Les cadres politiques internationaux englobent : la Déclaration et le Programme d'action de Vienne 1993, le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), le programme d'action de Beijing 1995, le Programme 2030 pour le développement durable. Les cadres politiques africains en revanche englobent les dispositifs politiques tels que le cadre directeur continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction, le plan d'action de Maputo 2016-2030, et la campagne de l'Union Africaine pour mettre fin au mariage des enfants. Par ailleurs, les documents de politique ouest africains concernent le partenariat de Ouagadougou et la feuille de route de la CEDEAO sur la prévention et la réponse au mariage des enfants. Les documents politiques nationaux concernent quant à eux, la Politique Nationale de Santé (PNS), la Politique Nationale de Développement Sanitaire (PNDS 2017-2022), le repositionnement de la planification familiale au Togo, Le Programme National de Lutte contre les Grossesses et Mariages chez les Adolescents (PNLGMA, 2015-2019) en milieu scolaire et extrascolaire au Togo, Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale (PANB-PF, 2017-2022) du Togo.

√ ***Des réponses spécifiques développées par les organismes internationaux***

Les Organismes Internationaux intervenant dans la prévention et la lutte contre les grossesses des adolescentes au Togo mènent des actions dans le domaine de la gouvernance de la santé à travers l'élaboration des Normes, Directives, Politiques en matière de couverture sanitaire. Ils réalisent également des Plaidoyers et Collaborations/ partenariats avec les Ministères (éducation et action sociale), signent des Accords bilatéraux avec les ONG et les OSC et mettent en place

un dispositif avec l'installation des Points focaux régionaux pour la sensibilisation sur la grossesse en milieu scolaire. Ils élaborent enfin un cadre stratégique sur les VBG, financent l'achat de contraceptifs pour les adolescents et fournissent un appui technique aux acteurs offrant les services sur le terrain.

√ ***Des réponses spécifiques développées par les OSC, les acteurs étatiques, les leaders communautaires et leaders religieux***

- Les réponses développées par les OSC des localités de l'intervention

Les réponses institutionnelles apportées par les OSC portent majoritairement sur des activités de prévention des VBG. Dans la préfecture de l'Ogou, plusieurs Organisations de la Société Civile interviennent dans la lutte contre les Violences Basées sur le Genre et la jouissance des Droits Sexuels et Reproductifs des adolescents. On peut citer entre autres les ONG et les associations telles que : SOS VITA, CREJe, ATPDC, ATBEF Ogou.

Au niveau de la préfecture de Kloto, certains Organismes Non Gouvernementaux s'inscrivent dans la lutte contre les grossesses d'adolescentes. Il s'agit notamment de APMED, GRASE POPULATION et l'ATBEF Lomé.

- Les réponses développées par les acteurs étatiques dans les localités de l'intervention

Dans la préfecture de l'Ogou, les services techniques de l'Etat (Education, santé, gendarmerie) collaborent avec les ONG et les autorités locales pour apporter des réponses aux violences sexuelles et sexistes. Ils sont généralement sollicités par les OSC pour apporter leur soutien dans la prise en charge des victimes de viols et dans la gestion des recours juridiques entamés lors des processus de dénonciations.

Dans la préfecture de Kloto, les services techniques de l'Etat œuvrent aussi pour la prévention des grossesses précoces et des violences basées sur le genre par la prise en charge des victimes et de la sanction des auteurs. Dans les deux localités de l'étude, les acteurs de l'éducation mènent des sensibilisations des parents d'élèves sur l'importance de leur responsabilité et de l'attention à accorder à l'éducation de la fille.

- Les réponses développées par les leaders communautaires et leaders religieux

Dans la préfecture de l'Ogou, les leaders communautaires ont déclaré procéder à des séances de sensibilisation dont l'objectif consiste à moraliser les jeunes et les adolescents à éviter les grossesses précoces. Mais dans le cas où une grossesse survient malgré ces sensibilisations ou en cas de viol ces leaders ont confié qu'ils font recours à la gendarmerie.

Dans la préfecture de Kloto, les leaders disent qu'ils sont sollicités par les ONG telles que l'ATBEF pour appuyer leurs activités de sensibilisations sur les risques de grossesses d'adolescentes. Ces activités sont menées à l'endroit de la population dans le cadre d'un projet des « écoles de maris » et des « clubs de jeunes ». Si en dépit des sensibilisations, une grossesse survient, les leaders communautaires rencontrés dans le Kloto, disent qu'ils sanctionnent leurs auteurs et procèdent à des cérémonies de purifications s'il s'agit d'une violence sexuelle commise à même le sol, contre un poteau électrique ou contre un mur. Bref dans les deux localités de l'étude, le recours à la sensibilisation des jeunes est la première réponse adoptée par les leaders communautaires pour prévenir les grossesses des adolescentes.

Limites des actions proposées

Même si des réponses sont apportées ça et là par plusieurs acteurs institutionnels, cette recherche révèle quelques limites de ces actions surtout en ce qui concerne les localités d'intervention.

Au niveau des limites des réponses institutionnelles recueillies au niveau des Organismes Internationaux, le manque de concertation dans les plans d'action des ONG en matière de prévention et de lutte contre les VBG et les GA est le plus ressorti à l'issue des entretiens qualitatifs.

Par rapport aux limites des réponses institutionnelles recueillies au niveau des acteurs de lutte contre les VBG dans les localités de l'intervention, il faut distinguer les limites au niveau des acteurs institutionnels de la préfecture de l'Ogou et celles des acteurs de la préfecture de Kloto.

Dans la préfecture de l'Ogou, l'aire de couverture géographique des actions des OSC n'est pas étendue aux localités de l'intervention. De plus, il existe **un faible partenariat entre les acteurs institutionnels de l'Ogou et les interventions des ONG** restent le plus souvent limitées par l'insuffisance de financement. La faiblesse du partenariat dans la préfecture de l'Ogou se justifie par **des conflits de leadership entre les acteurs des OSC et le dysfonctionnement du cadre de concertation** créé par arrêté interministériel.

Les acteurs étatiques soulèvent également des limites relatives à leur **insuffisante consultation par la hiérarchie** en ce qui concerne les défis au système éducatif en l'occurrence la problématique des grossesses d'adolescentes. Ils regrettent aussi le refus de collaboration de certains parents avec l'administration scolaire lorsque surviennent des cas de violences physiques et sexuelles.

Au niveau des acteurs de la santé, leurs réponses au phénomène de grossesse d'adolescente n'intègrent pas à la fois les VBG et la SDSR.

Les leaders communautaires et religieux de la préfecture de l'Ogou ont en l'occurrence signalé deux limites principales : le recours insuffisant des populations lorsque surviennent des cas de VBG et la faible capacité de dénonciation des VBG sexuelles.

Dans la préfecture de Kloto, il a été constaté **l'absence de la thématique des grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDRS dans les champs d'actions de la plupart des ONG rencontrées. De plus, tout comme dans la préfecture de l'Ogou, la plupart des ONG** de la préfecture de Kloto ne mènent pas directement des actions dans les localités de l'étude (Lavié et Tové). La question **de l'absence de pérennisation des actions d'interventions** dans le domaine des grossesses d'adolescentes a été soulevée également comme l'une des limites des actions.

Au niveau des limites des actions menées par les acteurs étatiques relevant du secteur de la santé dans le Kloto, l'analyse des données montre que les réponses des agents de santé au phénomène de grossesse d'adolescente n'intègrent pas à la fois les VBG et la SDRS.

La faiblesse du partenariat entre les différents acteurs de lutte contre le phénomène de grossesse d'adolescente a été aussi relevée dans la préfecture de Kloto en raison des perceptions différenciées des stratégies de lutte par les acteurs impliqués.

En définitive, il convient d'une part, de travailler à l'instauration d'un partenariat fonctionnel, constructif et durable entre les acteurs institutionnels situés dans la région des plateaux et de prendre des mesures incitatives pour permettre aux OSC d'intervenir plus directement dans les localités de l'étude.

LES PRINCIPAUX INDICATEURS DES GROSSESSES DES ADOLESCENTES EN LIEN AVEC LES VBG ET LA SDSR

N°	INDICATEURS	Num	Dén	Niveau	IC
1	Proportion d'adolescentes qui ont une connaissance de la GA	143	389	36,8	[32,0- 41,6]
2	Proportion d'adolescents qui ont une connaissance de la GA	80	175	45,7	[38,3- 53,1]
3	Proportion d'adolescentes qui ont une connaissance des VBG	156	389	40,1	[35,2- 45,0]
4	Proportion d'adolescents qui ont une connaissance des VBG	96	175	54,9	[47,5- 62,3]
5	Proportion d'adolescentes qui ont une connaissance de la SDSR	119	389	30,6	[26,0- 35,2]
6	Proportion d'adolescents qui ont une connaissance de la SDSR	76	175	43,4	[36,1- 50,7]
7	Proportion de femmes qui ont une connaissance de la GA	249	647	38,5	[34,8-42,2]
8	Proportion de femmes qui ont une connaissance des violences physiques	620	647	95,8	[94,3-97,3]
9	Proportion de femmes qui ont une connaissance des violences sexuelles	595	647	92,0	[89,9-94,1]
10	Proportion de femmes qui ont une connaissance des violences psychologiques ou émotionnelles	469	647	72,5	[69,1-75,9]
11	Proportion de femmes qui ont une connaissance des violences économiques	454	647	70,2	[66,7-73,7]
12	Proportion de femmes qui ont une connaissance des violences culturelles	356	647	55,0	[51,2-58,8]
13	Proportion de femmes qui ont une connaissance des violences familiales ou relationnelles	394	647	60,9	[57,1-64,7]
14	Proportion de femmes qui ont une connaissance des violences communautaires ou sociétales	360	647	55,6	[51,8-59,4]
15	Proportion de femmes qui savent que les adolescentes ont des Droits Sexuels et Reproductifs	211	647	32,6	[29,0-36,2]
16	Proportion de femmes qui savent que les adolescentes ont des Droits Sexuels et Reproductifs	211	647	32,6	[29,0-36,2]
17	Proportion d'adolescentes ayant contracté une grossesse après avoir subi une Violence sexuelle	8	38	21,1	[8,1- 34,1]
18	Proportion d'adolescentes ayant contracté une grossesse après avoir subi une Violence culturelle	5	208	2,4	[0,3- 4,5]

19	Proportion d'adolescentes ayant contracté une grossesse et qui n'ont aucune conscience de leurs droits	26	270	9,6	[6,1- 13,1]
20	Proportion d'adolescentes ayant contracté une grossesse et qui n'ont jamais utilisé de méthodes contraceptives	28	367	7,6	[4,9- 10,3]
21	Proportion d'adolescentes ayant contracté une grossesse après avoir subi une violence sexuelle et qui n'ont jamais utilisé de méthodes contraceptives	4	28	14,3	[1,3- 27,3]
22	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence après avoir subi une violence sexuelle et qui n'ont jamais utilisé de méthodes contraceptives	13	85	15,3	[7,6- 23,0]
23	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence après avoir subi une Violence sexuelle	18	66	27,3	[16,6- 38,0]
24	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence après avoir subi une Violence culturelle	5	208	2,4	[0,3- 4,5]
25	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence et qui n'ont aucune conscience de leurs droits	70	436	16,1	[12,7- 19,5]
26	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence et qui n'ont jamais utilisé de méthodes contraceptives	85	608	14,0	[11,2- 16,8]
27	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence et qui connaissent' les violences sexuelles	68	101	67,3	[58,2- 76,4]
28	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence et qui connaissent' les violences économiques	49	101	48,5	[38,8- 58,2]
29	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence et qui connaissent' les violences psychologiques et émotionnelles	22	101	21,8	[13,7- 29,9]
30	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence et qui connaissent' les violences culturelles	3	101	3,0	[0,3- 6,3]
31	Proportion de femmes ayant contracté une grossesse pendant l'adolescence et qui connaissent les violences physiques	18	101	17,8	[10,3- 25,3]
32	Proportion de femmes ayant subi des violences sexuelles au cours de leur adolescence et qui ont eu une grossesse pendant cette période	24	102	23,5	[15,3- 31,7]
33	Proportion de femmes ayant subi des violences économiques au cours de leur adolescence et qui ont eu une grossesse pendant cette période	39	102	38,2	[28,8- 47,6]

34	Proportion de femmes ayant subi des violences culturelles au cours de leur adolescence et qui ont eu une grossesse pendant cette période	56	102	54,9	[45,2- 64,6]
35	Proportion de femmes qui savent l'existence des Droits Sexuels et Reproductifs au cours de l'adolescence et qui ont eu une grossesse	32	102	31,4	[22,4- 40,4]
36	Proportion de femmes qui savent existence des dispositions juridiques sanctionnant les VBG au Togo au cours de l'adolescence et qui ont eu une grossesse	54	102	52,9	[43,2- 62,6]
37	Proportion de femmes qui ont fréquenté les FS pour obtention de méthodes de PF au cours de l'adolescence et qui ont eu une grossesse	17	102	16,7	[9,5- 23,9]
38	Proportion de femmes qui savent existence des dispositions juridiques sanctionnant les VBG au Togo au cours de l'adolescence et qui ont eu une grossesse	138	208	66,3	[59,9- 72,7]
39	Proportion de femmes qui ont fréquenté les FS pour obtention de méthodes de PF au cours de l'adolescence et qui ont eu une grossesse	96	208	16,2	[11,2- 21,2]
40	Proportion de femmes connaissant les violences sexuelles et qui connaissent les Droits Sexuels et Reproductifs	50	208	24,0	[18,2- 29,8]
41	Proportion de femmes connaissant les violences économiques et qui connaissent les Droits Sexuels et Reproductifs	5	208	2,4	[0,3- 4,5]
42	Proportion de femmes connaissant les violences psychologiques ou émotionnelles et qui connaissent les Droits Sexuels et Reproductifs	42	208	20,2	[14,7- 25,7]
43	Proportion de femmes connaissant les violences culturelles et qui connaissent les Droits Sexuels et Reproductifs	608	647	94,0	[92,2- 95,8]
44	Proportion de femmes connaissant les violences physiques et qui connaissent les Droits Sexuels et Reproductifs	12	39	30,8	[16,3- 45,3]
45	Proportion de femmes qui ne se sont pas rendues dans une FS pour les méthodes de PF au cours de leur adolescence	16	39	41,0	[25,6- 56,4]
46	Proportion de femmes qui ont obtenu la pilule comme méthode de PF au cours de leur adolescence	5	39	12,8	[2,3- 23,3]
47	Proportion de femmes qui ont obtenu un injectable comme méthode de PF au cours de leur adolescence	6	39	15,4	[4,1- 26,7]

*Num=Numérateur ; Dén=Dénominateur ; IC= Intervalle de Confiance

INTRODUCTION

Ces dernières années, un consensus international s'est dégagé, de manière croissante, autour de la nécessité d'accorder de la priorité à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes y compris la prévention des grossesses précoces (USAID, 2015 : 5)². Car si la survenue d'une grossesse demeure la meilleure phase de la vie d'une femme et permet de combler pleinement l'espoir qu'a mis en elle son mari en l'épousant (Wastermann, 2012), il demeure que toutes les grossesses ne sont pas toujours les bienvenues au sein des familles et certaines sont plutôt source de crise et de réels problèmes de développement. C'est le cas notamment des grossesses précoces ou grossesses des adolescentes qui provoquent un bouleversement dans le processus éducatif visant la formation des cadres féminins et masculins susceptibles de conduire le développement (Akakpo-Ahiany, 2019 : 482)³

Selon l'OMS, « près de 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année dans le monde. Plus de neuf de ces grossesses sur dix (95%) surviennent dans des pays en développement »⁴ et les adolescentes représentent 15 % de la charge mondiale de morbidité maternelle et 13 % de la mortalité maternelle, selon l'UNFPA (2014 :9)⁵. En Afrique de l'Ouest et du centre où 45% des femmes se marient ou sont mariées avant 19 ans, un quart des décès maternels surviennent à l'adolescence et ces décès sont la première cause de mortalité des adolescentes, selon toujours l'UNFPA. Ceci est particulièrement vrai pour certaines catégories de jeunes filles (non scolarisées ou déscolarisées précocement, mariées très jeunes, jeunes filles migrantes domestiques, jeunes vendeuses, travailleuses du sexe) qui vivent des situations de vulnérabilité et sont isolées socialement.

Ce sombre tableau dépeint à l'échelle internationale et sous régionale vaut également pour le Togo où, selon le document du programme national de lutte contre les grossesses et mariages chez les adolescentes en milieu scolaire et extrascolaire au Togo 2015-2019⁶, dix-sept (17%) des filles de 15 à 19 ans ont déjà donné naissance en 2010. Par ailleurs, le document précise que dans le pays, presque une femme sur trois était mariée ou en union avant l'âge de 18 ans et 8,1% ont contracté leur mariage ou sont en union avant l'âge de 15 ans. Le pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 18 ans est de 25,2%⁷.

Cette réalité n'est en fait pas récente dans l'histoire du Togo. Les résultats de la première enquête démographique et de santé de 1988, montraient déjà que l'âge à la première naissance était très précoce dans le pays. Sur l'ensemble des femmes interrogées dans le cadre de cette étude, 6% ont eu leur première naissance avant l'âge de 15 ans, 30% avant 18 ans. Bref, la fécondité au Togo en 1988⁸ était très précoce et près de la moitié des femmes ont eu leur première naissance vivante avant 20 ans.

²USAID, 2015, Compte-rendu de l'atelier sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes au Togo, Lomé.

³D. E. K. D Akakpo-Ahiany, 2019., Déterminants socioéconomiques des grossesses précoces dans les collèges des régions maritime, plateaux, Kara et savanes au Togo, in Revue Dezan, Numéro 16, Juin 2019. UAC, P 455-487.

⁴apps.who.int/iris/bitstream/10665/75466/1/WHO_FWC_MCA_12.02_fre.pdf. Consulté, le 14.05.2013.

⁵UNFPA, 2014, Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Togo.

⁶Ce rapport s'appuie sur les données de MICS 4.

⁷République Togolaise, 2015, Programme national de lutte contre les grossesses et mariages chez les adolescentes en milieu scolaire et extrascolaire au Togo 2015-2019.

⁸République Togolaise, 1988, Enquête Démographique et de Santé au Togo 1988, Lomé.

Si pendant longtemps la question de la scolarisation de la jeune fille n'a pas connu autant d'intérêt qu'aujourd'hui et que les grossesses des adolescentes interpellaient moins les consciences, de nos jours, la prise en compte de la nécessité de sa scolarisation a bouleversé les logiques culturelles séculaires. Car, pour beaucoup d'adolescentes qui deviennent mères, la maternité met fin à leurs études formelles de façon permanente, soit en raison de leur situation individuelle, (qu'il s'agisse d'un mariage d'enfants ou de pressions familiales ou communautaires) soit parce que les établissements scolaires interdisent aux filles enceintes de fréquenter l'établissement ou d'y revenir après qu'elles ont eu leur enfant (Panday et al., 2009)⁹. Les grossesses des adolescentes riment donc, dans un grand nombre de cas, avec le décrochage scolaire, le changement radical de l'avenir, la fin des études et des perspectives d'emploi décent et la vulnérabilité à la pauvreté, à l'exclusion et à la dépendance (UNFPA, 2013 : ii). Ces constats ont abouti à des actions concertées de plusieurs acteurs gouvernants, société civile et partenaires en développement) pour limiter voire éradiquer ce phénomène.

Par ailleurs, l'ampleur des grossesses des adolescentes semble être liée au non-respect des Droits Sexuels et Reproductifs (DSR) des adolescents au Togo. En particulier, les causes identifiées sont entre autres, le manque d'information et d'éducation sexuelle et reproductive en milieu familial et scolaire, l'insuffisance de moyens financiers, la faible connaissance des méthodes contraceptives, la faible utilisation de ces méthodes, l'insuffisance de l'offre de services adaptés aux adolescents et les difficultés d'accès aux services de santé de la reproduction. Ces causes sont renforcées par les lacunes des cadres juridiques, la méconnaissance de leurs droits, notamment sexuels et reproductifs par les adolescents, les tabous liés au sexe et à la culture, les violences et abus sexuels, les mariages forcés et précoces, les normes sociales inégalitaires, etc. (PNLGMA, 2015).

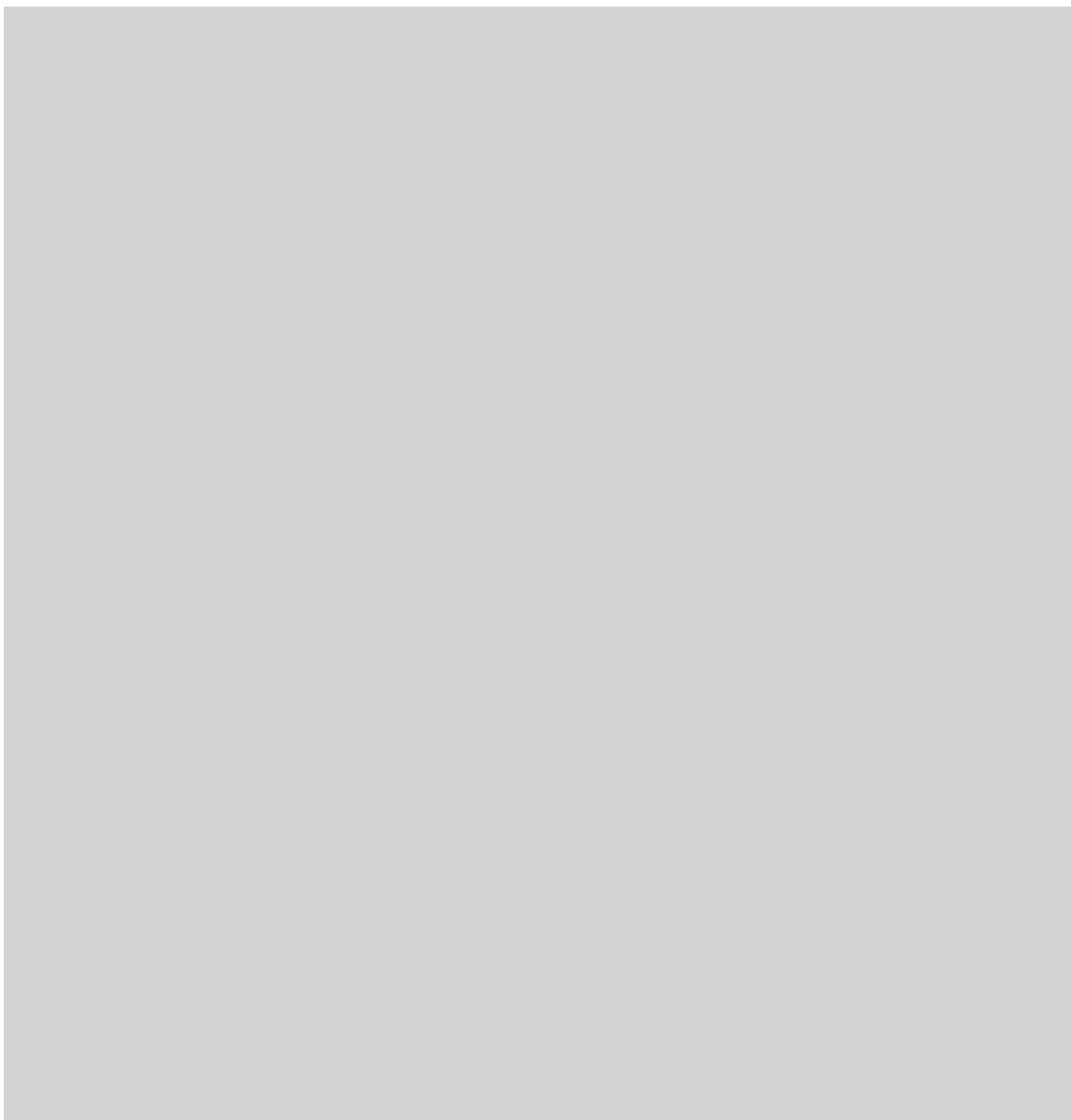
Ainsi, les grossesses des adolescentes sont aussi les résultats des violations de nombreux droits des filles, comme les droits d'accès à l'éducation, les droits aux informations sanitaires, à l'intégrité physique et morale, les droits sexuels et reproductifs, les droits économiques, etc. Ces violations des droits des adolescentes constituent des Violences Basées sur le Genre qui, à l'instar des grossesses précoces, ont de nombreuses conséquences négatives sur la santé et le bien-être de la jeune fille et de la femme.

Le présent rapport constitué de cinq chapitres est structuré en deux parties. La première partie est intitulée : Cadre conceptuel, théorique et méthodologique de l'étude. Elle comporte deux chapitres : le premier chapitre concerne le cadre conceptuel et théorique et le second chapitre décrit le cadre méthodologique de l'étude. La deuxième partie du rapport porte essentiellement sur les résultats de l'étude de base. Elle est organisée autour de trois chapitres : Le premier chapitre porte sur les facteurs explicatifs des grossesses des adolescentes en lien avec les VBG, le second présente les conséquences des VBG sur la SDSR et le troisième chapitre aborde la cartographie des réponses institutionnelles de prévention et de lutte contre les grossesses des adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR.

⁹Panday, S., M. Makiwane, C. Ranchod, and T. Letsoalo. 2009. Teenage Pregnancy in South Africa - With a Specific Focus on School-Going Learners. Child, Youth, Family and Social Development, Human Sciences Research Council. Pretoria: Department of Basic Education.

PREMIERE PARTIE

CADRE CONCEPTUEL, THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE



CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE

L'objectif de ce chapitre consiste à établir le cadre conceptuel et théorique de l'étude. Il s'agit ainsi de définir les concepts clés tout en posant les liens théoriques qu'ils entretiennent les uns avec les autres : les Grossesses d'Adolescentes (GA), les Violences Basées sur le Genre (VBG) et la Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR).

I.1 – DEFINITION DES CONCEPTS CLES

- **Adolescence**

Il y a plusieurs définitions de l'adolescence. L'adolescence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013) comme « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans »¹⁰. L'UNICEF (2011) propose une définition plus approfondie en distinguant deux périodes majeures de l'adolescence : La première adolescence s'étend de l'âge de 10 à 14 ans. C'est à cet âge que les changements physiques commencent généralement, avec une poussée de croissance rapidement suivie du développement des organes génitaux puis des caractères sexuels secondaires. Ces changements externes sont souvent flagrants et peuvent constituer une source d'anxiété comme une excitation ou une fierté pour l'individu dont le corps subit la transformation. La seconde adolescence est plus tardive. Elle va approximativement de 15 à 19 ans. En général, à cette période, les changements physiques majeurs sont intervenus, même si le corps continue de se développer. Le cerveau continue son développement et sa réorganisation, et la capacité d'analyse et de réflexion augmente fortement. L'opinion des enfants du même âge a toujours tendance à compter au début, puis sa portée diminue au

fur et à mesure que l'identité et les opinions de l'adolescent lui-même se clarifient et se confirment. Le sociologue François de Singly cité par Olivier Galland (2008) définit, quant à lui, l'adolescence en faisant intervenir deux notions clés : l'autonomie et l'indépendance. Selon lui, l'adolescence est bien cet âge de l'autonomie sans indépendance (ce qui la différencie de l'enfance combinant absence d'autonomie et absence d'indépendance). Néanmoins, une autre définition à dimension sociologique indique que l'adolescence s'associe à une période de formation des rôles sociaux au cours de laquelle apparaît la conscience de la sexualité et le désir de l'expérimenter (Dehne et Riedner, 2001 ; Tantchou Yakam, 2009).

Dans le cadre de ce projet, les adolescents désignent les jeunes garçons et jeunes filles dont l'âge est compris entre 10 et 19 ans. A défaut de connaître l'âge, l'adolescence sera identifiée chez les garçons par le changement de voix, l'apparition de la barbe, etc. Chez les filles, l'adolescence sera identifiée par l'apparition des seins, l'apparition des premières règles, etc.

¹⁰OMS, "Santé de l'adolescent", http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/2013

¹⁰OMS, « Adolescents: risques sanitaires et solutions » <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> document consulté le 31 Juillet 2018 (mis à jour le 5 février 2018).

- **Grossesse d'adolescente**

Selon l'OMS (2014), la grossesse chez les adolescentes est une grossesse survenue avant l'âge de 19 ans. La grossesse à l'adolescence est un sujet qui a suscité et qui suscite encore des préoccupations dans les milieux de la recherche et de l'action. Ces préoccupations concernent notamment les risques de santé pour la mère et pour l'enfant à naître, mais s'étendent aussi à l'entourage de la jeune mère et aux conditions dans lesquelles se vivra la maternité. Les questions juridiques sont aussi abordées. La grossesse de l'adolescente porte préjudice à ses droits¹¹, à sa santé¹² et à la santé de ses enfants¹³ (OMS/UNFPA, 2007 ; Goulet et al., 2001; Pinzon et Jones, 2012; Finnegan, 2013).

La grossesse chez l'adolescente entraîne des conséquences sur le plan de l'éducation : arrêt des études, échec scolaire, abandon scolaire, faible rendement scolaire, etc. Sur le plan économique, la grossesse chez l'adolescente accroît la vulnérabilité des filles en les maintenant dans le cercle vicieux de la précarité, l'exercice d'emplois peu payants et requérant peu d'habiletés (Charbonneau, 2003, Corcoran, 1998; Goulet et al., 2001).

En outre, dans les sociétés d'Afrique subsaharienne, la survenue de grossesse chez les adolescentes non mariées est perçue comme un déshonneur. En effet, la norme sociale voudrait que les jeunes se marient avant de procréer. Or, les grossesses à l'adolescence et avant le mariage deviennent courantes. Les conséquences médicales, psychologiques, sociales et économiques des grossesses d'adolescentes pour la jeune mère et son enfant constituent un sujet qui préoccupe les décideurs des États, les acteurs des institutions internationales et les familles.

- **Patriarcat, pouvoir, domination, subordination**

La sociologue féministe matérialiste Christine Delphy (2015), envisage le patriarcat, le capitalisme et le racisme comme trois systèmes d'oppression et d'exploitation inter-reliés qu'il faut détruire. Elle soutient que le patriarcat structure la société en classes (classe féminine faible et dominée versus classe masculine forte et dominante) selon des constructions sociales.

S'attaquant aux différences entre catégories de sexes, elle cherche à montrer que la différence hiérarchique entre la catégorie des femmes et celle des hommes est socialement construite et que cette différence perpétue la domination des hommes sur les femmes. L'auteure montre également que les hommes constituent des « classes sociales » avec des intérêts divergents puisqu'ils possèdent des mécanismes pour tirer profit du travail des femmes et de leurs temps. Selon Delphy (2015), l'oppression du fait du patriarcat est pour la « classe des femmes » omniprésente et plus structurante que toute autre forme d'oppression.

¹¹Le droit de choisir le nombre d'enfants, le moment de les avoir et avec qui, le droit à la santé, le droit aux accouchements sains et sans danger, le droit à la vie, le droit au bien-être sexuel, le droit à la protection contre la discrimination basée sur la sexualité et le genre.

¹²Anémie, hypertension, travail obstrué, fistule obstétricale, risque plus élevé de contamination au VIH, risque de décès maternels, etc.

¹³Risque de naissance de faible poids, risque de malformation, risque de malnutrition, risque de mortalité néo-natale et infantile, risque de retard de développement, risque de décès au cours de la première année de vie, risque d'être atteints d'une maladie grave pendant l'enfance.

Oyewumi Oyeronke (2003) souligne la complexité des sociétés africaines où le sexe féminin se retrouve dans des intersections de pouvoir et de positions subalternes dont la simple analyse de genre n'arrive pas à saisir les enchevêtrements. D'où l'intérêt de voir, au-delà du sexisme, les rapports sociaux qui influencent les pouvoirs de décisions des femmes.

La combinaison du féminisme radical matérialiste et du féminisme postcolonial a permis de faire ressortir comment les femmes en tant que « groupe social » sont opprimées dans les sociétés patriarcales et comment ces oppressions peuvent varier en fonction de la société dans laquelle elles vivent puisque le patriarcat revêt plusieurs formes.

Dans le cadre de cette étude le concept de domination traduit mieux les formes de VBG dont sont généralement victimes les adolescentes au Togo.

- **Genre**

L'approche par le genre fait référence aux chances, aux opportunités, aux droits et devoirs qu'on accorde à un individu (homme ou femme) au sein d'une société. C'est une approche qui vise à réduire les inégalités sociales, économiques, politiques et culturelles entre les hommes et les femmes (Konaté, 2011). Cette approche permet de relever les injustices, les discriminations qui sont tolérées voir encouragées dans la société.

- **Violence Basée sur le Genre (VBG)**

Il existe plusieurs définitions de Violences Basées sur le Genre (VBG), et de ces définitions il se dégage que la VBG est relative à tout acte de violence dirigé contre une femme, un homme, un garçon ou une fille du fait des rapports sociaux inégalitaires (défavorisant un groupe) qui régissent la communauté ou la société de laquelle est issu l'individu.

« La Violence Basée sur le Genre (VBG) est tout acte exercé contre la personne

que ce soit de caractère physique, psychologique, sexuel et économique du fait qu'elle est une femme ou un homme. Un tel acte résulte en une privation de sa liberté et a de mauvaises conséquences. Cette violence peut être commise à la maison ou ailleurs ». (INS-Niger, 2011)

Les expressions de Violence Basée sur le Genre (VBG) et violences faites à l'égard des femmes sont souvent utilisées d'une manière interchangeable. Toutefois, les VBG englobe toutes les formes de violences y compris celles commises envers les hommes et les garçons, alors que les violences faites aux femmes concernent uniquement celles commises envers les femmes et les filles.

La Déclaration universelle des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes définit cette violence comme étant :

« ...tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (Résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies n° 104/48, du 20 décembre 1993).

Dans le cadre de cette étude, nous entendons par Violences Basées sur le Genre (VBG), les violences fondées sur la discrimination sexuelle, celles qui sont exercées à l'égard des femmes du fait même qu'il s'agit de femmes. Les VBG affectent les femmes de façon disproportionnée du fait de leur vulnérabilité.

Typologie des Violences Basées sur le Genre (VBG)

Il existe plusieurs typologies de Violences Basées sur le Genre.

- **Les violences sexuelles** : il s'agit des relations sexuelles, sans consentement et/ou sous la contrainte. Elles englobent le viol, le harcèlement sexuel, l'exploitation sexuelle, le trafic sexuel, la prostitution, l'inceste, les actes à connotation sexuelle exposant les femmes aux infections sexuellement transmissibles et au VIH/Sida, etc. ;
- **Les violences physiques** : elles renvoient à une souffrance corporelle infligée par l'auteur à la victime. Elle regroupe les coups, blessures, fractures, menace d'étranglement ou de mort, l'enfermement ou empêchement de sortir avec force, l'empêchement de rentrer chez soi avec brutalité, etc. ;
- **Les violences économiques** : elles se caractérisent par la privation de moyens ou de biens essentiels. Elle regroupe le refus de payer la pension alimentaire, le non accès à l'éducation, le non accès à la santé et le non accès à certaines ressources naturelles, etc. ;
- **Les violences psychologiques ou émotionnelles** : il s'agit d'une forme verbale ou non-verbale qui se caractérise par une souffrance psychologique infligée par l'auteur à la victime. Elle se rapporte aux humiliations, aux injures, aux dénigrements, aux attaques verbales, aux scènes de jalousie, aux menaces, au contrôle abusif des activités, aux tentatives d'isolement des proches et des amis et peuvent aller jusqu'à la séquestration, aux vols et abandons d'enfants, aux intimidations subies tant au travail qu'à la maison ;
- **Les violences culturelles** : elles sont liées aux normes et pratiques auxquelles restent soudées les membres des sociétés. Cette

forme de violences se caractérise par les souffrances corporelles, psychologiques et sexuelles. Elle réunit les Mutilations Génitales Féminines (MGF), les pratiques traditionnelles néfastes (lévirat, sororat, rites de veuvage, mariage précoce, mariage forcé, etc.) ;

Ces formes de violences peuvent avoir lieu au sein des familles ou dans les communautés. Dans le cadre de cette étude, tous ces types de VBG sont pris en compte.

√ Auteurs de violences

Les auteurs d'actes de violences sexuelles sont généralement des garçons et des hommes connus de leurs victimes adolescentes : maris, partenaires intimes, connaissances ou personnes en position d'autorité. Ce constat posé dans toutes les régions du monde, s'explique par le fait que ces auteurs sont généralement plus âgés que leurs victimes (Bott et al., 2012).

• Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR)

La grossesse chez l'adolescente est indissociablement liée aux questions des Droits de la personne (UNFPA, 2013. 5). Selon l'UNFPA (2014), la Santé Sexuelle et Reproductive est un état de bien-être physique, affectif, mental et social, concernant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Ainsi, une approche positive de la sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles, sources de plaisir, qui nécessitent de la confiance et de la communication entre partenaires dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Pour Agir PF (2015 : 60), les SDSR sont définis comme des droits sexuels englobant les droits de l'homme qui sont déjà reconnus dans les lois nationales, dans les documents internationaux sur les droits humains et les autres déclarations de consensus. Ils comprennent le droit de toutes les personnes, sans coercition, discrimination ni violence, à tout ce qui suit :

- Le standard le plus élevé que l'on puisse atteindre en matière de santé sexuelle, y compris d'accès aux services de soins en santé sexuelle et reproductive ;
- La recherche, l'accès et la transmission des informations relatives à la sexualité ;
- L'éducation sexuelle ;
- Le respect de l'intégrité corporelle ;
- Le choix du partenaire ;
- La décision d'avoir une vie sexuelle active ou non ;
- Les relations sexuelles consenties ;
- Le mariage consenti ;
- La décision ou non d'avoir des enfants, le moment de les avoir, et avec qui ;
- La jouissance d'une vie sexuelle satisfaisante, sans danger et agréable.
- Le droit de choisir les moyens de prévention
- Le droit de toute personne à la participation quel que soit son sexe et sa sexualité
- Le droit à la vie, la liberté et la sécurité
- Le droit à la confidentialité
- Le droit à la liberté de pensée, d'opinion, d'expression et d'association
- Le droit à la protection contre la discrimination basée sur la sexualité et le genre
- Le droit au bien-être sexuel.

I.2- LIENS THÉORIQUES ENTRE LES GA, LES VBG ET LA SDSR

L'élaboration du cadre théorique permet d'entrevoir des liens entre les VBG, la SDSR et les GA. Ainsi, trois types de liens ont pu être identifiés :

- Le lien entre les VBG et les GA ;
- Le lien entre la SDSR des adolescents et les GA ;
- Le lien entre les VBG et la SDSR des adolescents.

Dans le cadre de ce projet, les SDSR désignent les droits sexuels et reproductifs des adolescents. Au Togo, selon les documents de politiques nationales en matière de santé de la reproduction, la SDSR des adolescents comprend :

- Le droit à l'information, à l'éducation et au conseil sur la sexualité et la reproduction
- Le droit à la santé et aux progrès scientifiques y compris l'accès aux services de santé de qualité pour la prévention, le diagnostic et le traitement liés à la santé sexuelle et de la reproduction comme par exemple le droit aux accouchements sains et sans danger et les droits, toute au long de la vie, aux traitements des IST et à d'autres services liés à la santé sexuelle Le droit de choisir le nombre d'enfant, le moment de les avoir et avec qui

Ces différents liens permettent de faire un cadrage théorique de la présente recherche. Les liens qui existent entre les différents concepts clés tels que VBG, SDSR et GA sont illustrés dans le schéma ci-après :

VBG

- Violences et contraintes
- Violences économiques
- Violences physiques
- Violences psychologiques
- Violences culturelles

EFFETS DES VBG SUR LA SDSR

- Violation du droit à la santé
- Violation du droit au projet familial
- Violation du droit au bien-être sexuel
- Violation du droit au choix des moyens de prévention

SDSR

- Droit à l'information sur la SR
- Droit à la santé
- Droit au choix du projet familial ;
- Droit de choisir les moyens de prévention ;
- Droit à la vie, à la liberté et à la sécurité
- Droit à la protection contre la discrimination basée sur la sexualité et le genre
- Droit au bien-être sexuel.

La réduction des VBG limite la survenue des GA +

I Le recours aux VBG peut conduire à une GA

GA

La négligence des DSR peut conduire à une GA

I La négligence des DSR peut conduire à une GA

I.2.1 - Liens entre les VBG et les Grossesses des Adolescentes

Les liens entre les VBG et les GA ont pu être cernés à partir de l'hypothèse selon laquelle les grossesses d'adolescentes peuvent être induites par des VBG. Il s'agit ainsi d'analyser de quelles manières les VBG sexuelles, culturelles, économiques, physiques, psychologiques et émotionnelles sont susceptibles de favoriser des grossesses.

- **Liens entre les VBG Culturelles et Grossesses d'Adolescentes**

L'adolescente contrainte de se marier, par exemple, a rarement son mot à dire sur le moment de la conception des grossesses et de leur fréquence. C'est bien souvent le cas des mariages précoces ou forcés dont les déterminants sont liés à des facteurs socioculturels et religieux. Le mariage précoce est une union obligée car la fille mariée trop jeune est contrainte d'accepter l'union et finit par porter des grossesses à un âge, qui ne lui convient pas. Le mariage précoce est une « porte ouverte » sur l'activité sexuelle et le risque de grossesse (Festy, 2002 : 11). Ce phénomène s'explique par l'adhésion des parents aux normes culturelles valorisant le mariage précoce et par une moindre scolarisation des filles (Schoumaker et Tabutin, 1999, Leke, 1998). Ces mariages célébrés sans le consentement de la fille est une double violence exercée à son égard puisqu'il peut aboutir à une grossesse. Il convient donc de repenser la problématique de la grossesse chez l'adolescente dans toute sa complexité.

- **Liens entre les VBG économiques et les Grossesses des Adolescentes**

Dans les sociétés subsahariennes, les échanges sexuels recouvrent aussi une dimension financière (Nyanzi et al., 2001). Cependant, il convient de faire la différence entre les filles qui commencent une relation pour ensuite recevoir des cadeaux et celles qui s'engagent dans des relations pour des

raisons économiques (Tantchou Yakam, 2009). Et c'est là qu'intervient la pauvreté. Selon le Dictionnaire Larousse, la pauvreté est « *l'état ou la condition d'une personne qui manque de ressources, de moyens matériels pour mener une vie décente* ». Cette situation ne favorise pas l'adoption des pratiques de santé (saine alimentation, repos, exercice, contraception, etc.) chez les adolescents (Klerman, 1993). Selon Djidjou Todem (2003), les adolescentes ont des besoins différents et plus diversifiés que les adolescents : objets de toilette, habillement, vêtements intimes, etc. Ce besoin fort du désir matériel des adolescentes appartenant à un ménage pauvre les rend vulnérables à la survenue de grossesses non prévues (Kourouma, 2011).

Les adolescentes issues de ménage pauvres manquent de moyens financiers pour faire face aux frais de consultations, aux examens biomédicaux et à l'adoption de méthodes contraceptives modernes. De ce fait, elles semblent plus exposées aux grossesses non planifiées et non désirées (Rozée, 2006). La pauvreté apparaît ainsi comme une fenêtre ouverte sur les grossesses non prévues chez les adolescentes du fait qu'elle limite leur accès aux services de santé et de planification familiale (Bhushan, 1997 ; Westoff, 2006 ; Bajos et al., 2004).

Lorsqu'une grossesse survient chez une adolescente, sa vie et son avenir changent radicalement, et rarement pour le mieux. Elle peut se voir contrainte de mettre fin à son parcours scolaire, ses perspectives d'emploi s'amenuisent et sa vulnérabilité à la pauvreté, à l'exclusion et à la dépendance se multiplie (UNFPA, 2013 : 4).

Les grossesses chez l'adolescente sont une des conséquences d'un ensemble de facteurs contextuels imbriqués tels que la pauvreté généralisée, le mariage à un âge précoce, la rupture de parcours scolaire des filles et l'insuffisance des efforts déployés pour maintenir la scolarisation des filles (UNFPA, 2013 : 9).

- **Liens entre les VBG sexuelles et les Grossesses des Adolescentes**

Les violences sexuelles sont définies comme « *tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel, remarques ou avances sexuelles non souhaitées ou actes visant la sexualité d'une personne ou l'exploitation de cette sexualité en faisant usage de contrainte, commis par autrui quelles que soient ses relations avec la victime* » (Krug et al., 2002 : 149).

Les violences sexuelles à l'égard des adolescentes ont des conséquences sociales et physiques et des répercussions immédiates sur les droits, la santé et le développement social (Jejeebhoy et al., 2005 ; Garcia-Moreno et al., 2005). Les rapports sexuels forcés et les violences du partenaire intime accroissent la vulnérabilité des adolescentes à la grossesse. La jeunesse constitue un facteur de risque connu qui accroît la probabilité pour les femmes de subir des violences de la part d'un partenaire intime (World Health Organization, 2010 ; Krug et al., 2002). La première expérience sexuelle de nombreuses jeunes femmes survient sous la contrainte (Population Council, 2009). Les rapports sexuels sous la contrainte ont également lieu dans le cadre du mariage. Contrairement à la croyance populaire, les auteurs d'actes de violence sexuelle sont généralement des garçons et des hommes connus de leurs victimes adolescentes : maris, partenaires intimes, connaissances ou personnes en position d'autorité. Ce constat a été posé dans toutes les régions du monde (Bott et al., 2012).

La coercition sexuelle consiste à « *forcer ou tenter de forcer autrui par la violence, les menaces, l'insistance verbale, la supercherie, les attentes culturelles ou les conditions économiques de se livrer à un comportement sexuel particulier contre son gré* » (Heise et al., 1995). Plusieurs études de niveau national indiquent que de 15 % à 45 % des jeunes femmes ayant des relations sexuelles prémaritales signalent avoir cédé au moins une fois à la coercition sexuelle (EDST III, 2015; BAD, 2002).

L'adolescente dont le partenaire sexuel est beaucoup plus âgé risque davantage de subir des relations sexuelles sous la contrainte, de contracter une infection sexuellement transmissible et de tomber enceinte. Lorsque la différence d'âge est particulièrement grande, la différence de pouvoir dans la relation est très défavorable à l'adolescente. Dans ce cas, il est plus difficile pour elle de négocier l'emploi de moyens de contraception et en particulier de préservatifs pour éviter la grossesse et se protéger des infections sexuellement transmissibles. Les adolescentes célibataires sont aussi souvent exposées à une autre forme de coercition sexuelle qui accroît leur vulnérabilité à la grossesse : il s'agit des pressions incitant aux relations sexuelles de nature transactionnelle. Ces relations sexuelles caractérisées par l'échange en argent ou des cadeaux contre des rapports sexuels avec les adolescentes sont « *l'expression tangible de la différence de pouvoir et les filles auxquelles ils sont offerts ont très peu de possibilités de refuser* » (Presler-Marshall and Jones, 2012).

Les organismes de défense des droits de la personne condamnent les violences sexuelles à l'égard des femmes et des adolescentes sous toutes leurs formes, qu'elles soient commises en temps de paix ou de guerre, par des acteurs étatiques ou des particuliers, au sein du ménage, à l'école, au travail ou dans les établissements de soins de santé et qu'elles soient causes de grossesse ou non. Le droit de vivre à l'abri de la violence, des mauvais traitements et de la torture, ainsi que le droit à la vie, le droit à la santé et le droit à la non-discrimination imposent aux États le devoir de protéger les femmes et les adolescentes de la violence, quel qu'en soit l'auteur (Center for Reproductive Rights, 2009).

- **Liens entre les VBG psychologiques et les GA**

Les trois niveaux d'interprétation de l'influence des facteurs psychologiques dans la survenue d'une grossesse à l'adolescence sont :

1. Le premier niveau voit dans la grossesse le **besoin de vérifier** l'intégrité corporelle et des organes de la reproduction.
2. Le second niveau indique que la grossesse (et plus encore le désir d'enfant) est une recherche d'un « objet » de **comblement des carences** de l'enfance.
3. Le troisième niveau considère la grossesse comme faisant partie des **prises de risque** de l'adolescence dont l'objectif est de mettre le corps en danger, au même titre que les tentatives de suicide, les troubles du comportement alimentaire ou les maladies sexuellement transmissibles (Faucher et al, 2002).

Le second niveau d'interprétation est mis en évidence dans plusieurs études. En effet, les violences physiques, les carences affectives et les négligences éducatives pendant la petite enfance apparaissent fortement corrélées avec la parentalité précoce (Hillis et al, 2004 ; Herrenkohl et al., 1998 ; Rainey et al., 1995, cités par Faucher et al., 2002). Dans leur étude rétrospective menée auprès de 9159 femmes majeures, Hillis et al. (2004) observent une relation forte et graduelle entre les **expériences hostiles durant** l'enfance (abus émotionnel, physique ou sexuel, exposition à la violence domestique, ou à un membre de la famille consommateur de drogue, malade mental ou criminel, ou avoir eu des parents séparés ou divorcés) et une grossesse à l'adolescence. On retrouve cette même idée dans le rapport d'Uzan (1998). Selon cet auteur, dans certains cas, la grossesse peut constituer une stratégie réactionnelle pour des adolescentes en manque d'affection et qui ont un projet d'enfant dans le but de fonder la famille qu'elles n'ont jamais eue, ceci dans le but d'avoir un enfant qui les aimera et pour qui elles auront de l'affection.

I.2.2 - Effets des VBG sur la SDSR

En dehors des liens entre les VBG et les GA, l'analyse de la problématique des grossesses d'adolescentes permet de cerner les liens entre les VBG et la SDSR. A ce propos,

l'UNFPA a publié un rapport qui aide à cerner la manière dont l'exercice des diverses formes de violences sur les adolescentes conduit à la violation de leurs droits à l'éducation et à la santé :

« ... l'adolescente enceinte qui, suite à des pressions ou à des contraintes, interrompt ses études, se voit nier son droit à l'éducation. La fille à qui il est interdit d'accéder aux moyens de contraception ou même à l'information sur ces moyens, se voit nier son droit à la santé. Du point de vue des droits de la personne, la grossesse chez l'adolescente, peu en importent les circonstances ou les raisons, a pour effet de porter atteinte à ses droits » (UNFPA, 2013 : 5).

I.2.3 - Liens entre la SDSR et les GA

Le respect des droits reconnus aux filles peut éliminer un grand nombre de facteurs qui contribuent à la grossesse chez l'adolescente et à atténuer l'impact d'un grand nombre des conséquences qui en découlent pour l'adolescente, son ménage et sa communauté. Relever ces défis au moyen de mesures qui protègent les droits de la personne est d'une importance clé pour rompre le cercle vicieux des violations des droits, de la pauvreté, de l'inégalité, de l'exclusion et de la grossesse chez l'adolescente. (UNFPA, 2013 : 10).

La grossesse prive l'adolescente de possibilités d'exercer ses droits à l'éducation, à la santé et à l'autonomie que garantissent les traités internationaux tels que la Convention relative aux droits de l'enfant. Et lorsqu'une fille est privée de ses droits fondamentaux, tels que le droit à l'éducation, elle est plus exposée aux risques de grossesse (UNFPA, 2013 : 9).

Au Togo, le lien entre les droits sexuels et reproductifs et les GA peut être appréhendé à travers les obstacles à l'exercice des droits de la personne et l'insuffisance de l'accès à l'éducation et aux services de santé reproductive. En effet, à mesure que les enfants atteignent la puberté et que beaucoup d'entre eux commencent à explorer leur sexualité, l'accès aux services et aux informations sur la santé sexuelle et reproductive devient crucial pour la jouissance de leurs droits, leur santé et leur bien-être (UNICEF, 2011 : 2).

Dans le Programme d'actions de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue en 1994, les Etats ont reconnu que les besoins en matière de santé reproductive des adolescents ont été largement ignorés. Le Programme d'action a établi que la réponse aux besoins de santé de la reproduction des adolescents devrait être basée sur une information qui les aide à atteindre le niveau de maturité nécessaire pour prendre des décisions responsables. Les informations et services devraient particulièrement être à portée des adolescents pour les aider à comprendre leur sexualité et les protéger des grossesses indésirables, des maladies sexuellement transmissibles et des risques ultérieurs de stérilité (CIPD, 1994).

L'identification de ces différents liens permet de rendre compte du fait qu'un ensemble de facteurs corrélatifs interfèrent pour augmenter l'ampleur des GA. En marge de ces analyses, le cadre théorique relève l'existence des limites des actions dans la prévention et la lutte contre les GA. A ce propos, l'UNFPA (2013 : 11) fait remarquer qu'en dépit du fait que nombre de pays ont pris des mesures visant à prévenir la grossesse chez l'adolescente et, dans certains cas, à fournir des appuis aux adolescentes enceintes, beaucoup de ces mesures instaurées à ce jour portent principalement sur des modifications du comportement de l'adolescente, sans tenir compte des déterminants et des facteurs sous-jacents tels que : l'inégalité des sexes, la pauvreté, la violence et la contrainte sexuelle, le mariage d'enfants, les pressions sociales,

le déni des possibilités d'éducation, d'emploi et les stéréotypes et les attitudes négatives à l'égard des adolescentes.

Outre la négligence des déterminants précédents dans la lutte, beaucoup de ces actions négligent également le rôle des garçons et des hommes. Un document édité par l'UNFPA (2013 :12) souligne qu'il convient de mettre en œuvre des actions plus globales. Cette organisation relève par ailleurs que les leçons à retenir des programmes efficaces montrent qu'il faut adopter un changement transformateur et qu'il faut renoncer aux interventions à focalisation étroite ciblant les filles ou la prévention des grossesses, pour adopter des approches plus globales qui accroissent le capital humain des filles.

Autrement dit, celles qui se concentrent sur l'aptitude de celles-ci à prendre des décisions dans les domaines clés de leur existence (notamment en matière de santé sexuelle et reproductive), et offrent de réelles possibilités aux filles de manière à ce que la maternité ne soit plus leur seule et unique option. Ce nouveau paradigme doit tenir compte des circonstances, des situations, des normes, des valeurs et des forces structurelles qui perpétuent la grossesse chez l'adolescente. En outre, cela tend à l'isoler et à la marginaliser lorsqu'elle se retrouve enceinte. La nécessité de déployer des efforts supplémentaires pour atteindre les filles de moins de 15 ans, dont les vulnérabilités et les besoins sont particulièrement grands, s'avère donc nécessaire.

Or, de nombreuses initiatives de prévention des grossesses, campagnes de publicité ou programme de distribution de préservatifs, manquent de pertinence à l'égard des filles qui n'ont aucun pouvoir de décision en la matière. Il convient donc de repenser la problématique de la grossesse chez l'adolescente. Au lieu de considérer cette dernière comme étant le problème et la modification de son comportement comme la solution, il convient de considérer la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, la discrimination, le manque

d'accès aux services comme des dimensions susceptibles d'expliquer des grossesses chez les adolescentes.

Les efforts de prévention de la grossesse chez l'adolescente se sont plus concentrés sur les filles de 15 à 19 ans. Or ce sont les filles de 14 ans et moins qui sont les plus vulnérables et les plus à risque de complications et de décès à la suite d'une grossesse. Ces adolescentes ont des besoins immenses et les pouvoirs publics, la société civile et la communauté internationale doivent consentir des efforts supplémentaires pour assurer leur protection, leur santé et leur sécurité au cours du processus qui les mène de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte.

Dans la quête de solutions à la problématique de la grossesse des adolescentes, la véritable mesure du succès ou de l'échec des initiatives des pouvoirs publics, des organismes de développement, de la société civile et des communautés nous est donnée par notre aptitude à répondre aux besoins de ce groupe de population négligé. La grossesse chez l'adolescente est indissociablement liée aux questions des droits de la personne. Des investissements dans le capital humain sont indispensables pour protéger ces droits; non seulement aident-ils les adolescentes à réaliser leur plein potentiel, mais ils relèvent également de la responsabilité des pouvoirs publics de protéger les droits de celles-ci et de se conformer aux traités et aux instruments ayant trait aux droits de la personne, tels que la Convention relative aux droits de l'enfant, ainsi qu'aux accords internationaux, notamment au Programme d'action de la Conférence internationale. Les questions de recherche qui seront traitées dans cette recherche prennent en compte ces différents aspects.

I.3 – QUESTIONS DE RECHERCHE

Trois principales questions seront traitées dans cette recherche :

1. Quels sont les facteurs explicatifs des grossesses des adolescentes ?

2. Quelles sont les conséquences des VBG sur la SDSR des adolescentes ?
3. Comment et dans quelles mesures les réponses des différents acteurs dans la prévention et la lutte contre les grossesses précoces des adolescentes intègrent-elles les violences basées sur le genre qui leur sont associées pour améliorer la jouissance de leurs droits sexuels et reproductifs ?

I.4 – OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

I.4.1 – Objectif général

Cette recherche vise à proposer un modèle intégré de réponses aux Violences Basées sur le Genre (VBG) et à la Santé et aux Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR) afin de réduire les Grossesses des Adolescentes au Togo.

I.4.2 – Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

1. Identifier les facteurs explicatifs des grossesses des adolescentes
2. Etablir les liens fonctionnels entre les VBG, la SDSR et les GA
3. Déterminer comment et dans quelles mesures les réponses multiformes pour prévenir et lutter contre les Grossesses d'Adolescentes intègrent la multiplicité des facteurs et les conséquences des VBG et de la SDSR qui leur sont associées.

I.5 –HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

Six hypothèses structurent la présente recherche :

H1. Les pratiques socioculturelles exercées sur les jeunes filles et leur pauvreté économique les prédisposent aux grossesses d'adolescentes ;

H2. La non connaissance des Droits Sexuels et Reproductifs des adolescentes ou leur non accès aux structures de santé reproductive les expose aux Grossesses d'Adolescentes ;

H3. Les rapports sexuels non consentis par les adolescentes violent leurs droits à la santé ;

H4. L'insuffisance de ressources financières (VBG économiques) constitue un obstacle à l'accès des adolescentes et adolescents aux méthodes de prévention

H5. Certaines pratiques culturelles exercées sur les adolescentes (mariage forcé, mariage précoce, etc.) violent leurs droits de choisir leur partenaire sexuel ;

H6. La plupart des réponses institutionnelles ne prennent pas en compte les liens entre les violences sexuelles et les Droits Sexuels et Reproductifs des adolescentes.

Le tableau ci-après résume les hypothèses de recherche en fonction des questions posées.

Tableau I.1 : Présentation des hypothèses en fonction des questions de recherche

Questions principales	Hypothèses
<p>1 – Quels sont les facteurs explicatifs des grossesses des adolescentes ?</p>	<p>H 1.1 : Les pratiques socioculturelles exercées sur les jeunes filles et leur pauvreté économique les prédisposent aux grossesses d’adolescentes</p>
	<p>H 1.2 : La non connaissance des Droits Sexuels et Reproductifs des adolescentes et leur non accès aux structures de santé reproductive les expose aux grossesses adolescentes</p>
<p>2 – Quelles sont les conséquences des VBG sur la SDR des adolescentes</p>	<p>H 2.1 : Les rapports sexuels non consentis par les adolescentes affectent leurs droits à la santé</p>
	<p>H.2.2 : L’insuffisance de ressources financières limite l’accès des adolescentes et adolescents aux moyens de prévention</p>
	<p>H.2.3 : Certaines pratiques culturelles exercées sur les adolescentes violent leurs droits de choisir leur partenaire sexuel, de réaliser le nombre d’enfants qu’elles désirent avoir et au moment où elles désirent les avoir</p>
<p>3 – Comment et dans quelles mesures les réponses des différents acteurs dans la prévention et la lutte contre les grossesses précoces des adolescentes intègrent-elles les violences basées sur le genre qui leurs sont associées pour améliorer la jouissance de leurs droits sexuels</p>	<p>H 3.1 : La plupart des réponses des acteurs intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction ne prennent pas en compte les liens entre les violences sexuelles et les Droits Sexuels et Reproductifs des adolescentes.</p>

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente la démarche méthodologique adoptée pour la réalisation de l'étude de base. Il comprend un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le volet quantitatif présente l'univers géographique de l'étude, l'échantillonnage, les outils de collecte et le plan d'analyse des données. Le volet qualitatif présente les cibles de la collecte, les outils de collecte et les techniques de collecte et d'analyse des données. Les données quantitatives ont été articulées avec les données qualitatives.

II.1 – METHODOLOGIE DU VOLET QUANTITATIF

II.1.1 – Localités de l'étude

La collecte des données quantitatives s'est déroulée dans sept localités : Lavié, Tové, Kpalimé (préfecture de Kloto), Akparé, et Yorokpodzi, Atakpamé (préfecture de l'Ogou) et Lomé

Tableau II.1 : Répartition de la population résidente en 2019 par localité.

Préfectures	Cantons	Localités	Hommes	Femmes	Total
Kloto	Lavié	Lavié	8893	8910	17803
	Tové	Tové	3537	3685	7222
Ogou	Akparé	Akparé	13111	12943	26054
	Woudou	Yorokpodji	6866	6887	13763
Total			32 408	32 424	64 842

Source : Estimation réalisée à partir des données du RGPH4 (2010)

Pour le volet quantitatif de l'étude, le recueil des données a été réalisé dans quatre localités : Lavié, Tové, Akparé et Yorokpodzi (Cf. Tableau II.1).

◊ Le tirage de l'échantillon

Dans chaque localité, un dénombrement des ménages a été fait. Le tableau II.2 donne le nombre de ménages tirés dans chaque

localité conformément à la procédure PPT (Probabilité Proportionnelle à la Taille). Au total, 300 ménages ont été enquêtés dans les quatre localités de l'étude. Dans chaque ménage tiré, on a procédé à l'établissement de la composition des ménages à partir du questionnaire ménage (cf. annexe 3).

Tableau II.2 : Nombre de ménages tirés dans chaque localité de l'étude

Localités	Nombre de ménages
Lavié	82
Tové	33
Akparé	121
Yorokpodji	64
Total	300

◇ La taille de l'échantillon

Après le remplissage du questionnaire ménage, les individus éligibles ont été identifiés selon le sexe et l'âge. Les quatre groupes suivants ont été alors retenus

- Les filles (10-19 ans)
- Les femmes (20 ans ou plus)
- Les garçons (15-19 ans)
- Les hommes (20 ans ou plus)

Notons que les adolescentes et les femmes étant plus concernées par les Grossesses

d'Adolescentes, les membres de l'équipe de recherche ont décidé que les 2/3 de l'échantillon soient de sexe féminin et le 1/3 de sexe masculin.

Le tableau II.3 récapitule l'échantillon enquêté selon la localité, le sexe et l'âge. Au total, 1003 individus ont été sélectionnés pour l'enquête quantitative. Ces 1003 individus, qui représentent environ 1/65e de la population totale de l'aire d'étude, suffisent pour garantir la robustesse des fréquences et des tableaux bi variés avec une marge d'erreur maximum de 5%.

Tableau II.3 : Répartition par sexe et âge de l'échantillon enquêté selon les localités

Préfectures	Localités	Garçons 15-19 ans	Hommes 20 ans ou+	Filles 10-19 ans	Femmes 20 ans ou+	Total
Kloto	Lavié	46	44	100	72	262
	Tové	20	21	58	39	138
Ogou	Akparé	84	80	195	103	462
	Yorokpodji	25	36	36	44	141
Total		175	181	389	258	1003

II.1.3 - Outils de collecte

◇ Les questionnaires

Deux types de questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données quantitatives : un questionnaire « Adolescentes et Femmes » et un questionnaire « Adolescents et Hommes »

√ *Le questionnaire « Adolescentes et Femmes »*

Ce questionnaire adressé au sexe féminin (cf. annexe 3) comporte quatre sections structurées comme suit :

- Caractéristiques socio démographiques et environnement familial
- Connaissances relatives à la sexualité, aux grossesses d'adolescentes et aux VBG

- Liens entre les VBG, la SDSR et les Grossesses d'Adolescentes.
- Leçons apprises de la première grossesse.

√ *Le questionnaire « Adolescents et Hommes »*

Ce questionnaire administré aux enquêtés de sexe masculin (cf. annexe 3) comporte en quatre sections structurées comme suit :

- Caractéristiques socio démographiques et environnement familial
- Connaissances relatives à la sexualité, aux grossesses d'adolescentes et aux VBG
- Liens entre les VBG, la SDSR et les Grossesses d'Adolescentes.
- Leçons apprises sur les violences

Ces questionnaires adressés aux « *Adolescentes et Femmes* » et aux « *Adolescents et Hommes* » ont été programmés sur des tablettes mises à la disposition des agents enquêteurs.

Collecte des données quantitatives

Déroulement de la collecte des données

La collecte de données quantitatives a couvert les 4 localités de l'échantillon : Lavié, Tové (préfecture de Kloto), Akparé, et Yorokpodzi (préfecture de l'Ogou). La collecte des données a duré deux semaines. Les chercheurs de l'équipe de recherche ont assuré la supervision de la collecte des données sur le terrain.

Au total 15 agents dont 12 enquêteurs et 3 contrôleurs ont été recrutés pour le recueil et l'enregistrement des données de l'enquête quantitative sous la supervision des chercheurs de l'URD impliqués dans tout le processus de la collecte. Les enquêteurs recrutés sont tous des spécialistes ayant un niveau minimum de Maîtrise en Sciences Sociales et une expérience pratique d'au moins 5 années dans le domaine de l'animation des entretiens. Ils maîtrisent également les langues parlées dans les localités de l'étude. Le personnel recruté pour la collecte de données quantitatives a suivi une formation de 7 jours suivi d'un pré-test avant d'être réparti en 3 équipes sur le terrain. Cette formation leur a permis de comprendre la philosophie qui sous-tend le projet et de maîtriser les outils de collecte de données. Suite à la formation, deux équipes ont été composées et réparties dans la préfecture de Kloto et dans la préfecture de l'Ogou.

◇ **Traitement et analyse des données quantitatives**

De retour de terrain, la totalité des données de la collecte a été transférée, des tablettes sur des ordinateurs, ensuite compilées et apurées. Signalons qu'un transfert provisoire a été réalisé à mi-parcours de la collecte par l'équipe des informaticiens lors de sa visite

de supervision et/ou de mise au point. Les données ainsi compilées ont été exploitées selon les analyses suivantes :

◇ **Analyse univariée**

- ✓ Réalisation des fréquences ;
- ✓ Réalisation des graphiques ;
- ✓ Elaboration de la liste des indicateurs.

◇ **Analyse bivariée**

- ✓ Croisement des variables de VBG et GA avec utilisation de tests statistiques d'appréciation des liens ;
- ✓ Croisement des variables de SDSR et GA avec utilisation de tests statistiques d'appréciation des liens ;
- ✓ Croisement des variables de (VBG et SDSR) et GA avec utilisation de tests statistiques d'appréciation des liens.

II.2 – METHODOLOGIE DU VOLET QUALITATIF

II.2.1 – Collecte de données qualitatives dans les localités de l'étude

Le recueil des données des données qualitatives a été réalisé pendant une durée totale de deux semaines dans les sept localités: Lavié, Tové, Akparé, Yorokpodzi, Kpalimé, Atakpamé et Lomé. Le personnel recruté pour la collecte de données qualitatives a suivi une formation de quatre jours à Lomé.

II.2.2 – Techniques de collecte des données

Pour l'enquête qualitative, trois techniques ont permis de collecter les données auprès des cibles identifiées : l'Entretien Individuel Approfondi (EIA), les discussions de groupes (Focus group) et les récits de vie.

II.2.3 – Canevas de collecte et nombre de répons du volet qualitatif

En vue de déterminer les facteurs explicatifs des grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR, les canevas d'entretien ont été structurés en fonction des principales thématiques.

Au niveau des cibles individuelles, 52 entretiens ont été réalisés dont 28 EIA, 4 récits de vie et 20 Focus Group. Au niveau des cibles institutionnelles, 20 EIA ont été conduits. Le tableau II.5 (Annexe) donne une récapitulation des cibles en fonction des techniques de collecte.

II.2.4 - Répondants du volet qualitatif de l'étude

La collecte qualitative a été faite auprès d'individus au sein des populations (où), d'acteurs d'administrations publiques, d'ONG ou d'institutions internationales.

Les répondants au niveau individuel sont : les jeunes filles (10-19 ans), les jeunes garçons (15-19 ans), les femmes (20 ans et plus), les hommes (20 ans et plus), les agents de santé communautaire, les patrons d'ateliers, les enseignants, les leaders communautaires et les leaders religieux.

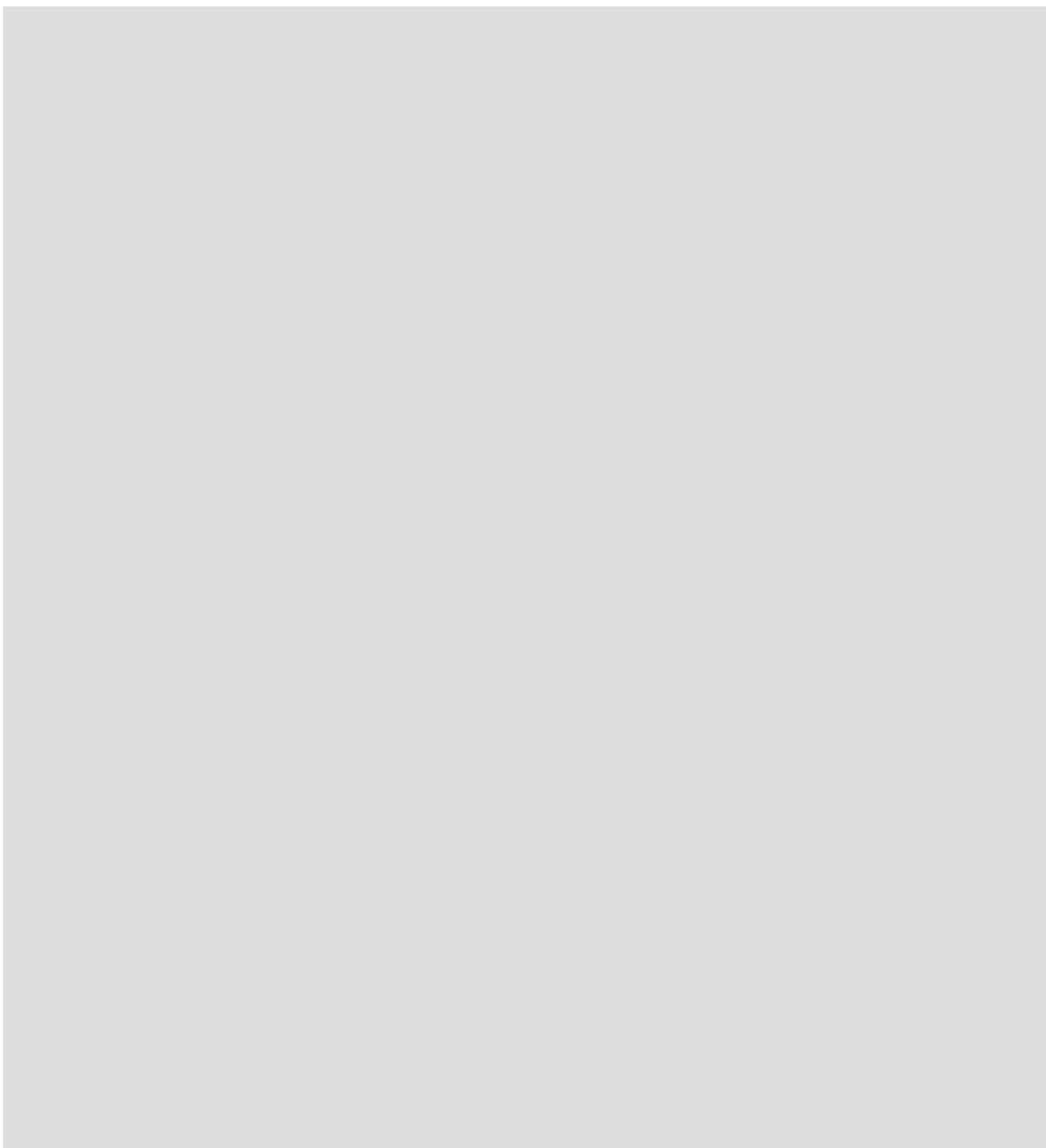
Les répondants au niveau institutionnel sont : les services techniques de l'Etat (Ministère de l'Education, Ministère de la Santé, Ministère de la Justice), les Organismes Internationaux (UNFPA, OMS, UNICEF, Plan Togo, etc.), les ONG nationales et locales (GRASE POPULATION, APMED, CNJ, GF2D, FAMME, SOS VITA, ASMENE, ATBEF Lomé, ATPDC, ATBEF Atakpamé, CREJe, ODIAE, ACDEP, WiLDAF).

II.2.5 - Transcription et analyse de contenu des données qualitatives

Les données ont été recueillies à l'aide de dictaphones. Les données une fois recueillies, ont été vérifiées et transcrites en français. Ensuite, elles ont été analysées par thématique et par cible touchée. Une analyse de contenu a été réalisée conformément au plan d'analyse établi.

DEUXIEME PARTIE

PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE



LES FACTEURS EXPLICATIFS DES GROSSESSES D'ADOLESCENTES EN LIEN AVEC LES VBG ET LA SDSR

L'analyse des données récoltées dans le cadre de cette étude révèle que plusieurs facteurs expliquent la survenue des GA ainsi que la prévalence des VBG au sein des communautés ciblées.

III.1 - FACTEURS EXPLICATIFS DES GROSSESSES DES ADOLESCENTES EN LIEN AVEC LES VBG

Selon la récente enquête démographique et de santé, le taux de fécondité chez les adolescentes togolaises est de 85 pour 1000 femmes. En milieu rural, le taux est deux fois celui du milieu urbain. Une proportion non négligeable de filles (2%) de 15 à 19 ans ont connu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans pendant que 9% de jeunes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ; (EDST III : 2014).

Des enquêtes réalisées par le Ministère des Enseignements Primaires et Secondaires du Togo ont révélé qu'entre 2009 et 2012, 5.343 cas de grossesses précoces ont été enregistrés dans les établissements scolaires du Togo.¹⁴ La région des Plateaux a enregistré le plus grand nombre de grossesses précoces (1947 cas), suivie de la région de la Kara (1004 cas) et en troisième position la région Centrale (994 cas). Les données collectées dans le cadre de la présente étude permettent de comprendre davantage cette situation dans la région des plateaux. Les sections qui suivent rendent compte des différents facteurs explicatifs des grossesses chez les

adolescentes.

III.1.1 - Lorsque les filles ne respectent plus/ pas leurs parents

Pour les participants à l'étude, majoritairement de sexe masculin, la survenue des grossesses précoces s'explique par le fait que les filles ne respectent pas les conseils de leurs parents.

En plus, elles seraient paresseuses et sont à la recherche du gain facile pour pourvoir à leurs besoins.

¹⁴Direction Régionale de l'Éducation des Savanes, 2013. « Phénomène de grossesses en milieu scolaire au Togo : cas des établissements scolaires de la région des Savanes »

Direction Régionale de l'Éducation - Région Centrale, 2011 « Enquête du Phénomène de grossesse en milieu scolaire au Togo : Cas des établissements scolaires de la Région Centrale », Décembre 2011

Direction Régionale de l'Éducation de la Région des Plateaux, 2013. Rapport : « Grossesse étude dans la région des Plateaux »

Direction Régionale de l'Éducation Rapport de la Région Maritime, 2013. « Enquête sur le harcèlement sexuels, les Grossesses précoces et les viols en milieu scolaire »

Dans l'Ogou comme dans le Kloto, il est reproché aux filles de désirer des biens (téléphone portable entre autres) que les parents biologiques n'ont pas la possibilité financière de leur offrir.

« ... Les adolescentes tombent enceintes parce qu'elles n'écoutent pas les conseils de leurs parents et sont le plus souvent à la recherche de gain facile... » (Focus Group Hommes_Tové).

« Si tu désobéis à tes parents et qu'il arrive que ces derniers te renient parce que tu ne les respectes pas et ils te renvoient de la maison familiale, tu seras dans la rue et les garçons peuvent abuser de toi et cela peut occasionner une grossesse. » (Focus Group Adolescentes_Yorokpodji).

L'obsession à avoir ces biens les prédispose à accepter des rapports sexuels avec des hommes en échange d'argent ou de biens. De tels rapports sexuels peuvent entraîner des grossesses.

Les informations obtenues mettent également en évidence les comportements exhibitionnistes des filles. Pour susciter les désirs des hommes, les filles adoptent des habitudes vestimentaires jugées indécentes par les parents.

La survenue d'une grossesse chez une adolescente non encore mariée est perçue comme une charge supplémentaire par les parents et surtout par les mères. Celles-ci craignent l'impossibilité pour leurs filles à se marier car il est difficile pour une fille mère de se trouver un mari. En plus, ces filles mères restent à la charge de leurs mères.

III.1.2 - Lorsque les parents ne parviennent pas/plus à assurer les besoins de leurs filles

Si certains hommes ont tendance à rejeter la responsabilité de la survenue des grossesses sur les filles accusées de ne pas obéir aux conseils de leurs parents, d'autres informateurs, notamment les femmes trouvent plutôt que les grossesses non voulues chez les adolescentes représentent

la conséquence d'une fuite de responsabilité des parents. On estime que la négligence des enfants par ces derniers rend surtout les filles fragiles et vulnérables face aux hommes et aux garçons. En lieu et place des ambitions démesurées des filles donc, on évoque plutôt des besoins fondamentaux (frais scolaires, nourriture, habillement, etc.) non assouvis. Dans les villages visités dans le cadre de cette étude comme dans tous les autres milieux ruraux du pays marqués par la pauvreté, des hommes profitent donc de cette situation des filles pour abuser d'elles sexuellement.

Derrière ce qui est considéré comme la fuite des responsabilités des hommes se cache en réalité également la pauvreté des parents qui constitue un facteur non négligeable dans la prévalence des grossesses des adolescentes. Les propos ci-dessous, tirés de la discussion de groupe avec les hommes à Lavié dans la préfecture de Kloto illustrent parfaitement la réalité de la situation sur le terrain :

« Le peu de revenu que tu as, tu vas payer des métyers mais il ne pleut pas, ce qui fait que ça ne réussit pas et donc tu restes toujours dans la souffrance. Tout ceci fait que tu ne peux pas gérer cinq enfants étant dans une pièce, tu n'es pas dans la fonction publique, tu es un cultivateur, les enfants vont à l'école, ils ont atteint l'âge de connaître la sexualité, les frais de scolarité sont réglés difficilement. Si ta fille a besoin de quelque chose et elle te demande une, deux fois et tu n'es pas arrivé à la satisfaire et qu'elle rencontre un garçon qui arrive à la satisfaire, alors elle s'accroche à ce dernier. Ce qui fait que nos filles sont des mineures mais elles tombent enceintes et elles se retrouvent à la maison » (focus group avec les hommes_Tové).

D'autre part, certains parents font des choix intentionnels de partenaires sexuels à leurs filles adolescentes de manière à pouvoir se désengager de leurs charges parentales. L'extrait d'entretien ci-dessous illustre les liens qui peuvent s'établir entre VBG Economiques et les Grossesses précoces :

« Certaines grossesses des adolescentes sont la conséquence directe des violences économiques qu'elles ont subies auprès de leurs parents. Celles-ci se justifient par le fait que certains parents n'arrivent pas à satisfaire aux besoins de leurs filles dans les domaines de l'habillement, de l'alimentation et dans plein d'autres domaines. Dans cette situation, la fille va chercher à satisfaire ses besoins auprès d'un garçon, qui pourrait éventuellement poser la condition de faire l'acte sexuel avec elle d'abord. Si elle accepte, cet acte sexuel pourrait la conduire à une grossesse » (focus group mixte avec les adolescents Akparé).

III.1.3 - Lorsque le consentement des filles aux relations sexuelles est banalisé

Malgré les avancées en termes de promotion des droits humains en général et des droits des femmes en particulier, la vie des filles dans les communautés continue d'être marquée par des actes de violence à caractère sexuel : le harcèlement sexuel, le trafic sexuel, le viol, l'inceste, etc. Selon les informations obtenues, le consentement, préalable indispensable aux relations sexuelles est souvent banalisé par certains garçons qui n'hésitent pas à s'organiser à deux, voire plus pour contraindre des filles qui leur tiennent tête à des parties de sexe non consentantes. Les témoignages recueillis dans les communautés indiquent que les conséquences de ce genre de relations sexuelles sont souvent insupportables pour les filles qui en sont victimes : perte de virginité, traumatisme, coups et blessures, honte et abandon scolaire ou d'apprentissage de métier, grossesses non désirées, etc. Dans la préfecture de l'Ogou comme dans celle de Kloto, ces situations existent et constituent des facteurs explicatifs de la survenue des grossesses non désirées chez certaines adolescentes.

« ...Un fait est survenu dans notre localité. Un jeune garçon âgé de 20 ans a violé une petite fille de 10 ans qui dormait dans la cour de la maison. Le jeune habite le même quartier que la fille. Le jeune garçon arrivé dans la maison l'a aperçue et la violée. Jusqu'à

l'arrivée des voisins, le garçon a pris la fuite. Cette petite a été amenée au CHR-Atakpamé et elle y a passé 2 jours dans le coma parce qu'elle saignait énormément. Après les soins, elle est revenue à la maison » (Entretien Individuel Approfondi Patronne d'Atelier_Yorokpodji).

Les auteurs de ces abus et violences (parents et membres de la famille, herboristes, conducteurs de taxi moto, féticheurs, enseignants, hommes, garçons, les gérants des bars, les boutiquiers, etc.) sur des filles restent impunis. Cela encourage d'autres garçons qui leur emboîtent les pas. Cette situation fait peser la menace de violences sexuelles sur toutes les jeunes les filles à travers les villages.

Notons que pour certains informateurs clés, certaines formes de violences sexuelles ne sont pas perçues comme des violences mais plutôt comme une manière tout à fait « normale » de faire la cour à une fille. On estime que les hommes timides, qui éprouvent de la peine à draguer une femme recourent à ces stratégies pour se marier. Une façon de faire qui va à l'encontre du droit moderne véhiculé par la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. A Lavié dans la préfecture de Kloto notamment, des témoignages de ce genre ont été recueillis auprès des responsables communautaires et leaders religieux. Dans ces circonstances, entreprendre une action de promotion des droits des filles à une sexualité responsable dans ces localités sans la prise en compte des hommes, serait une approche incomplète et vouée à l'échec :

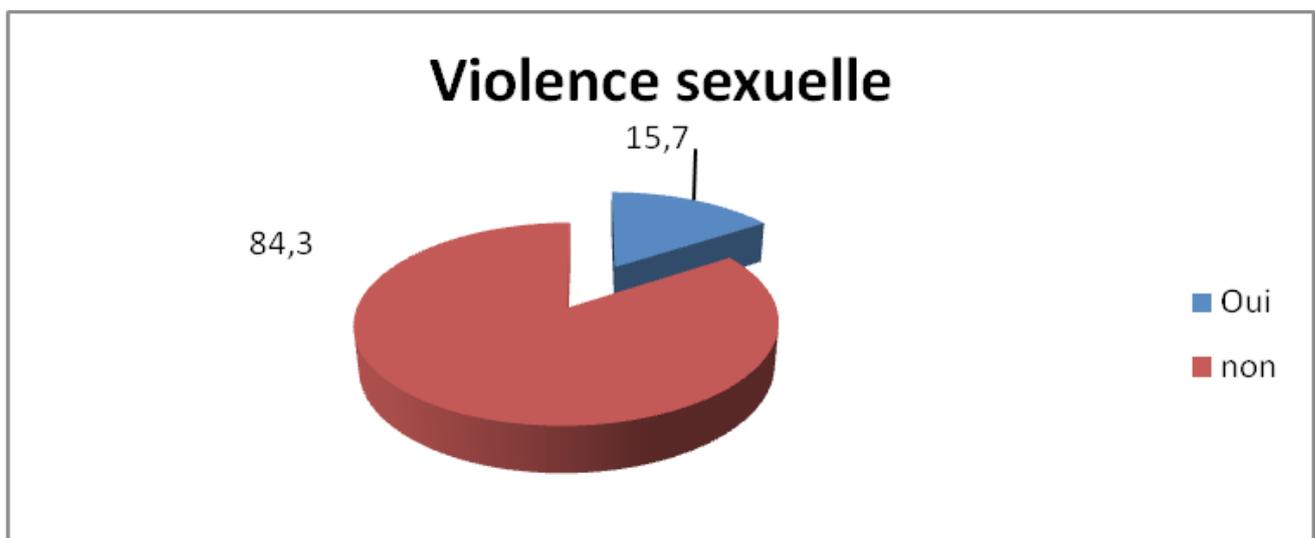
« Par exemple si je te fais la cour et que tu refuses, je chercherai tous les moyens pour t'avoir. Je peux te donner de l'argent pour me faire quelque chose je peux t'envoyer pour me faire un travail. Si tu reviens, nous deux on va s'asseoir dans la chambre pour en parler et nous comprendre. Pour certains cas, il peut arriver qu'on fasse l'amour en même temps, parce que je souffre depuis longtemps et ce jour-là tu as pu rentrer dans ma chambre, et je ferme la porte et donc quoiqu'il arrive tu vas accepter » (Focus Group Hommes_Tové).

De fait, il y a lieu de souligner ici dans quelle mesure « les constructions sociales de la masculinité et de la féminité » agissent dans les conduites sexuelles. Les désirs sexuels des hommes sont privilégiés parallèlement

aux femmes qui sont censées « se laisser faire » pour éviter une violence supplémentaire (Tantchou Yakam, 2009).

Le traitement des données quantitatives permet de faire ressortir le lien entre les VBG sexuelles et la survenue des grossesses d'adolescentes. Le graphique III.1 rend compte de la proportion des femmes (15,7%) qui ont eu au cours de leur adolescence une grossesse suite à une violence sexuelle :

Graphique III.1 : Proportion de femmes qui ont eu une grossesse découlant d'une violence sexuelle au cours de leur adolescence



III.1.4 – Le cas de certaines pratiques culturelles comme facteur explicatif des GA

L'analyse des données d'enquête révèle une autre forme de violence exercée sur les filles à Lavié et à Akparé et qui entraîne des grossesses précoces. Il s'agit de l'envoûtement

des filles par des garçons ou par les hommes lorsqu'elles refusent ou résistent aux avances de ces derniers. Certaines de ces pratiques consisteraient à faire consommer aux filles des substances susceptibles de leur faire accepter les relations sexuelles.

« Pour illustrer les violences culturelles, ce que certains garçons font aussi, c'est qu'ils vont discuter avec un boutiquier chez qui la fille a l'habitude de faire des achats. En complicité avec ce boutiquier, ils remettent un produit envoûté (Ex : savon, habits...) à ce dernier ; lorsque la fille va acheter dans la boutique, le boutiquier lui vend à vil prix ce produit envoûté. Et si la fille prend ce produit et l'utilise, c'est fini, elle va commencer par fréquenter le garçon. (Focus Group Adolescentes_Akparé).

« Les garçons envoûtent les petites filles et exercent sur elles des violences sexuelles et celles-ci tombent enceintes. C'est quelque chose qui relève de la spiritualité ; elles perdent conscience une fois envoûtée. C'est ce qui se passe à l'école de Lavié ici. [humm (souple)] nombreuses sont les filles qui ont été enceintes à cause de l'envoûtement » (Entretien Individuel Approfondi Agent de Santé_Lavié).

La question de « l'envoûtement » constitue un des facteurs explicatifs de la grossesse des adolescentes dans les communautés même s'il est difficile de le prouver scientifiquement. Il ressort des données récoltées que les filles victimes d'envoûtement s'engagent inconsciemment dans des relations sexuelles avec des garçons ou des hommes ayant fait des préparations mystiques sur elles. La fonction principale de l'envoûtement étant évidemment de déclencher chez la fille des « décisions sentimentales et sexuelles » qui ne sont pas toujours en harmonie avec celles qu'elle aurait dû prendre si la magie n'était pas mise à contribution. Le rituel d'envoûtement sert à infléchir la volonté de la jeune fille et la contraint à se soumettre à celle de l'homme responsable dudit rituel. Le recours aux forces occultes à des fins d'amour a été révélé par des entretiens qualitatifs, il est ici difficile d'en donner l'occurrence dans les villages mais elles constituent, de l'aveu des acteurs communautaires, des pratiques réelles qui facilitent des relations débouchant sur des cas de grossesses de jeunes et moins jeunes filles.

III.1.5 – Des violences émotionnelles et psychologiques comme facteur explicatif des GA

Les entretiens qualitatifs ont permis de comprendre que les violences émotionnelles et psychologiques exercées sur la jeune fille peuvent favoriser les relations sexuelles non protégées et non consenties et entraîner la survenue d'une grossesse. De manière spécifique, il a été relevé que lorsqu'une fille est courtisée par un garçon et que celle-ci s'y oppose, elle subit en conséquence des insultes et un harcèlement de la part de ce garçon. Par dépit, certaines filles acceptent les avances de ces garçons et lorsqu'ils font l'acte sexuel, la grossesse peut s'en suivre.

Le volet quantitatif de l'étude montre le lien entre les VBG émotionnelles et la survenue des grossesses d'adolescentes.

Le tableau II.4 rend compte du pourcentage d'enquêtées qui connaissent ou non les VBG Émotionnelles ou Psychologiques selon qu'elles aient eu ou non une grossesse au cours de l'adolescence. Il en ressort que 21,8% de ces femmes connaissent une VBG Émotionnelles ou Psychologiques et ont eu une grossesse au cours de leur adolescence tandis que 12,0 % n'en n'ont pas eue. Il existe une différence significative entre les deux proportions ($Z= 2,634...p = 0,008$). D'autre part, celles qui ne connaissent pas les VBG Émotionnelles ou Psychologiques et qui ont eu une GA (78,2%) ne se distinguent pas non plus de celles qui ne connaissent pas de VBG Émotionnelles ou Psychologiques et qui n'ont pas eu de GA (88,0%) comme le confirme le test Z ($Z=2,634...p=0,008$).

Le lien entre les Émotionnelles ou Psychologiques et les Grossesses des Adolescentes se révèle significatif (= **6,995 Sig. = 0,008***).

Tableau III.1 : Pourcentage d'enquêtées qui connaissent ou non les VBG Emotionnelles ou Psychologiques selon qu'elles aient eu ou non une grossesse au cours de l'adolescence

Violence Basées sur le Genre	Grossesses d'Adolescence					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Violences psychologiques ou émotionnelles						
Ne connaît pas	79	78,2	464	88,0	543	86,5
Connait	22	21,8	63	12,0	85	13,5
Total	101	100,0	527	100,0	628	100,0
=6,995 Sig. = 0,008*						

III.1.6 – L'effritement des mœurs dans la communauté comme facteur explicatif des GA

L'analyse des discours recueillis dans le cadre de cette étude révèle que les représentations sociales de la sexualité et de la maternité induit une corrélation avec le comportement sexuel et contraceptif des jeunes et des adolescents. De l'avis des participants à l'étude, le changement des valeurs associées au sexe, facilité entre autres par l'école, les médias, les réseaux sociaux et les pairs a largement contribué à façonner les jeunes et adolescents et entraîné chez eux un sentiment d'acteurs sociaux à même de mettre en valeur leurs appareils génitaux. Le contrôle social qu'il y avait sur la jeune fille et qui l'empêchait d'entretenir les relations sexuelles avant l'entrée en union n'existe plus.

Mais malheureusement, la plupart des acteurs institutionnels et les adultes ont déploré cette mise en valeur précoce qui s'accompagne, dans un grand nombre de cas, d'une non maîtrise de la sexualité. Il s'en suit des conséquences comme des maladies, les grossesses puis des avortements clandestins et dangereux, la vie de débauche etc. Contrairement au passé, la grossesse hors mariage ou la maternité sans engagement amoureux sont aujourd'hui banalisés, ce qui influence les représentations des grossesses chez les adolescents. Ce changement de représentation détermine dans les communautés le comportement

sexuel de plusieurs jeunes et moins jeunes parmi lesquels certains choisissent volontairement de contracter la grossesse dans le but de s'assurer de leur fertilité ou de leur capacité à assurer ultérieurement une vie féconde. La connaissance de ce type de violence maintient les jeunes filles dans la crainte de ce qu'il adviendrait si elles refusaient les avances d'un homme.

III.1.7 – Le statut social de la femme et la sous-scolarisation des filles comme facteur explicatif des GA

Les discussions approfondies avec les participants à l'étude ont révélé que dans les deux préfectures concernées par cette étude, l'idée la plus répandue et qui, malheureusement, est le fruit des préjugés et stéréotypes sexistes, veut que la femme soit au foyer. Comme telle, elle est réduite à ses rôles d'épouse au service du mari, de mère éducatrice (des enfants) et reproductrice. Dans les familles toujours fidèles à cette perception, la jeune fille doit être éduquée de manière à pouvoir jouer, plus tard, ce rôle au bénéfice de son mari. On lui apprend à être docile ; à toujours assister sa mère dans les travaux domestiques, à ne pas rivaliser avec le garçon dont la mission est de la protéger etc. Cette inscription de la jeune fille dans son rôle social apparaît comme une nécessité fondamentale dans les entretiens à travers les communautés des deux préfectures.

Jouer ce rôle ne nécessite donc pas l'éducation formelle. Ainsi donc, pendant longtemps la question de la scolarisation de la jeune fille se posait moins aux parents et aux familles que celle du garçon. Car l'école moderne, à l'opposé de l'éducation traditionnelle, ne prépare pas les filles à assumer ces rôles que la société leur a dévolus, à tort évidemment. Il est vrai que ces dernières années, avec les actions de sensibilisation tout azimut sur les droits à l'éducation des enfants en général et des filles en particulier, les lignes ont commencé à bouger et les filles sont de plus en plus envoyées à l'école selon divers témoignages recueillis dans la zone. L'accès n'est donc plus un problème. Mais elles sont encore les premières à être retirées de l'école dès que les difficultés de prise en charge des dépenses liées à la scolarisation se posent aux parents. Ayant eux-mêmes été moulés dans une logique de non scolarisation de la fille, ils n'éprouvent donc aucune gêne à les y retirer. Selon les informations recueillies donc, depuis une dizaine d'années, les filles sont plus nombreuses que les garçons au primaire mais au fur et à mesure que l'on évolue dans le cursus scolaire, le rapport s'inverse au bénéfice des garçons. Ceci se ressent même au niveau national où selon le Rapport d'Etat du Système Educatif National (RESEN), « lorsqu'on s'intéresse ensuite à la population qui a été scolarisée, si la proportion de filles semble dépasser légèrement celle des garçons au niveau du jardin d'enfants et du primaire, c'est en revanche la situation inverse qui s'observe au niveau du secondaire général (1er et 2nd cycle), de l'enseignement technique et professionnel (EFTP), et du supérieur. Les filles apparaissent en général sous-représentées dans les niveaux post-primaires. Alors qu'elles représentent près de la moitié de la population des 3-24 ans, elles comptent seulement pour 43,6% des individus ayant le niveau du 1er cycle du secondaire général ; 30,5% des individus ayant le niveau du 2nd cycle ; 46,5% des individus de l'EFTP, et 29,6% ayant le niveau du supérieur. Ces données suggèrent des chances de scolarisation moindre pour les filles à ces niveaux d'enseignement et qui se

creusent au fur et à mesure qu'on monte dans la pyramide éducative », (RESEN, 2013 :77).

Dans la conscience collective des familles rurales togolaises, la fille est un « être de l'ailleurs » et donc investir dans sa formation revient à faire un investissement au bénéfice d'une autre famille. C'est justement au nom de cette même logique que la femme est privée de certains droits successoraux (accès à la terre par exemple) dans beaucoup de communautés à tradition patriarcale à l'opposé des hommes.

III.1.8 – La forte prévalence du patriarcat : un facteur explicatif des GA

La forte prévalence du patriarcat dans les communautés ciblées par le projet est un facteur favorisant les violences basées sur le genre. Les discussions approfondies ont permis de comprendre que dans le Kloto comme dans l'Ogou, règne une forme d'organisation sociale et juridique fondée sur la détention de l'autorité par les hommes. Il s'agit d'un « système où le masculin incarne à la fois le supérieur et l'universel ». Dans de telles sociétés, la femme doit se réduire aux rôles qui lui sont traditionnellement dévolues. Dans ces conditions, les hommes se croient tout permis ; ce qui conduit à des cas de violence à l'égard des femmes.

III.1.9 – Le règne du silence : un facteur explicatif des GA

Généralement, il existe quatre principaux obstacles à la dénonciation de la violence : (i) l'ignorance des droits, (ii) l'inefficacité du système judiciaire, (iii) l'absence de mécanismes de protection et (iv) la stigmatisation des victimes ou des survivants. Le rapport EDST (2015) indique que plus de la moitié des femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles au Togo (54 %) pensent qu'il n'est pas nécessaire de traduire les auteurs de ces actes en justice tandis que 15 % d'entre elles avaient déclaré que c'est la peur qui les avait empêchées de déposer une plainte en justice et 14 % ont évoqué le respect des normes sociales.¹⁵

Lors de la collecte des données également, il est apparu que les normes sociales notamment empêchent la dénonciation des cas d'abus sur les jeunes filles et les femmes. Selon des responsables communautaires dans l'Ogou par exemple, souvent quand les cas de viols se produisent, généralement, les parents cachent l'information et le chef n'est au courant de rien. Des fois, c'est des tiers qui lui en parlent et dans ces conditions il lui est difficile d'intervenir. Cette tendance à ne pas dénoncer publiquement les auteurs des violences sexuelles nourrit des récidives et encourage d'autres individus à commettre des abus sur les femmes et filles.

III.1.10 – La forte prévalence des règlements à l'amiable : un facteur explicatif des GA

Dans les villages, la question du règlement à l'amiable des différends constitue une stratégie privilégiée des familles qui rechignent à traduire devant les juridictions modernes les auteurs des abus et violations.

L'exploitation des données des entretiens a révélé que si cette option est souvent privilégiée, c'est bien parce que pour un grand nombre de cas, les auteurs des violations sont soit des cousins, des oncles, des frères, des amis de la famille etc. Traduire de telles personnes devant la justice pour être jugées et condamnées à des peines de prison ou d'amende comme le prévoit la Loi revient à provoquer des conflits intrafamiliaux ou interfamiliaux, une situation qui met en péril les relations de bon voisinage qui ont toujours prévalu au sein des communautés. Généralement, les familles optent pour la préservation du c

¹⁵ INSEED, 2015, Troisième Enquête Démographique et de Santé (EDST-III 2013-2014).

III.2 - FACTEURS EXPLICATIFS DES GROSSESSES DES ADOLESCENTES EN LIEN AVEC LA SDRS

La présente section explore les liens entre la Santé et Droit Sexuels Reproductifs (SDSR) et les Grossesses d'Adolescentes (GA). Il aborde tour à tour la relation entre la connaissance de la SDRS et les GA et la relation entre l'accès des adolescents aux services de SR et les GA.

III.2.1 - Les connaissances des droits sexuels reproductifs et grossesse d'adolescente

La connaissance des Droits Sexuels et Reproductifs par les adolescents est nécessaire pour leur permettre d'y avoir accès et d'en jouir. Cette section présente les résultats du terrain relatifs à cette connaissance. Le tableau III.2 présente la répartition des femmes enquêtées ayant connu ou expérimenté la SDRS au cours de l'adolescence. Il en ressort qu'environ trois femmes sur dix (32,6%) savent que

les adolescentes ont des Droits Sexuels et Reproductifs. Ce qui voudra dire que les 2/3 des femmes ont besoin d'être informées sur les Droits Sexuels et Reproductifs.

Par ailleurs, on observe une différence significative ($Z=3,520$ $p=0,0007$) entre la proportion des enquêtées sachant leurs Droits Sexuels et Reproductifs et ayant eu une GA (31,4%) et celles qui ne connaissent pas leurs Droits Sexuels et Reproductifs et qui ont eu une GA (68,6%). C'est dire que la connaissance des Droits Sexuels et Reproductifs réduit le risque de survenue des GA.

En ce qui concerne les femmes connaissant les dispositions juridiques sanctionnant les VBG au Togo, 53% d'entre elles ont eu une GA. Ceci voudrait donc dire que la connaissance de ces dispositions a un effet mitigé sur la probabilité pour une adolescente d'avoir une grossesse.

Tableau III.2 : Répartition des enquêtées ayant connu ou expérimenté la SDRS au cours de l'adolescence et qui ont eu ou non une GA

SDSR	GA					
	A eu		N'a pas eu		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Droits Sexuels et Reproductifs						
Connait	32	31,4	179	32,8	211	32,6
Ne connait pas	70	68,6	366	67,2	436	67,4
Total	102	100,0	545	100,0	647	100,0
Dispositions juridiques sanctionnant les VBG au Togo						
Connait	54	52,9	257	47,2	311	48,1
Ne connait pas	48	47,1	288	52,8	336	51,9
Total	102	100,0	545	100,0	647	100,0

Pour celles qui connaissent les Droits Sexuels et Reproductifs, elles affirment qu'il est du devoir des parents de conseiller leurs enfants

surtout les filles afin qu'elles évitent les grossesses.

III.2.1 – L’insuffisance d’information sur la sexualité : un facteur explicatif des GA en lien avec la SDSR

L’analyse des données des entretiens et de la documentation existante révèle le constat d’une absence quasi-totale de dialogue entre parents et adolescents dans les communautés des deux préfectures couvertes par l’étude. D’un côté, on constate que les adolescent-e-s craignent la réaction des parents s’ils abordent avec eux le sujet. Ils éprouvent une certaine gêne à parler de sexualité avec les adultes comme l’ont déjà démontré Barker et Rich (1992). De l’autre, les parents également s’abstiennent de ces échanges avec les adolescent-e-s :

« ...Les parents doivent prendre en charge les problèmes liés à la santé de leurs adolescents. Ils doivent être capables de les conseiller afin qu’ils ne soient pas auteurs ou victimes de grossesse d’adolescente... » (Focus-Group, Femmes Tové)

« Le phénomène de grossesse d’adolescente prend vraiment de l’ampleur à Lavié. Nous nous sommes rendus compte de cela grâce aux sensibilisations réalisées par les membres des clubs de jeunes de l’ATBEF. L’absence de communication entre les parents et les adolescents constitue l’un des facteurs explicatifs des grossesses. Ne pas conseiller l’adolescent sur quoi faire ou ne pas faire peut le conduire ou non à l’adoption de comportements à risque...» (FGFT).

Toutefois, il s’avère que l’absence d’échange entre les adolescent-e-s et leurs parents sur les questions de sexualité constitue une cause de sous-information des jeunes sur la sexualité responsable et, in fine, une cause sous-jacente de grossesse précoce dans le pays y compris dans les localités ciblées (UNICEF, 2019 :87).

Finalement, la sexualité n’est abordée avec les adolescent-e-s que par les enseignants au travers des cours sur les appareils génitaux et leur fonctionnement et sur le VIH/sida. Mais là aussi, l’enseignement de la sexualité est

insuffisant car l’enseignant a un programme à respecter en un temps donné.

Sur les notions parcellaires obtenues à l’école, viennent se greffer celles émanant des actions de sensibilisation, des ONG. Par exemple, les actions de l’ATBEF à travers le projet « Promotion de l’éducation sexuelle complète », mis en œuvre en collaboration avec le ministère des Enseignements primaire, secondaire et de l’alphabétisation (MEPSA) et d’autres institutions, a pour objectif principal d’intégrer et de mettre en œuvre l’éducation sexuelle complète (ESC), spécifique à chaque sexe et basée sur les droits dans les programmes nationaux de formation au Togo. Les formations des acteurs ont porté sur les 7 composantes essentielles que sont (i) le genre, (ii) la santé sexuelle et de la reproduction, (iii) la citoyenneté sexuelle, (iv) le plaisir sexuel ou l’épanouissement sexuel, (v) la lutte contre la violence, (vi) la promotion de la diversité et (vii) les relations avec les autres et leurs sous composantes.

Malgré ces actions, ces adolescent-e-s ne bénéficient pas de la masse d’informations nécessaires devant leur permettre de comprendre et contenir leurs émotions, les enjeux et les mécanismes de la sexualité responsable. Il se trouve donc que l’école et les ONG offrent des informations parcellaires comme l’a déploré le rapport de l’UNFPA (2014) sur la santé et les droits sexuels de la procréation des adolescentes au Togo alors que la famille reste, pour une grande part, fermée à ces informations. En conséquence, même si une grande majorité d’adolescentes entend parler dans le pays des IST, du sida, des grossesses et de la contraception, leurs connaissances restent superficielles et incomplètes. Il en résulte des cas de grossesse en cascade des adolescentes. C’est ainsi qu’en 2010 le rapport MICS4 révélait que l’un des principaux risques liés à une activité sexuelle précoce est la grossesse.

Qu’elle provienne des travaux de recherche

des universitaires ou des commandites des ONG et des gouvernements, la littérature sur l'éducation sexuelle des adolescents en Afrique reste marquée par le constat de l'absence de dialogue entre parents et adolescents. Elle est aussi marquée par le constat de l'insuffisance des actions des ONG et des enseignants.

III.2.2 – Accès des adolescents aux services de santé de la reproduction et GA

L'accès aux services de SR par les adolescent(e)s veut dire qu'ils se rendent dans les Formations Sanitaires, qu'ils y soient bien accueillis, qu'ils disposent d'un espace pour le counseling et qu'ils aient la possibilité de choisir la méthode de PF qui leur convient.

Généralement, les centres de santé constituent les structures qui, à l'échelle nationale, offrent les services de santé, y compris de la santé sexuelle aux populations. Mais face au constat lié à l'hésitation des jeunes et adolescents à s'y rendre pour les besoins d'informations relatives à la sexualité par peur d'y rencontrer des parents et/ou connaissances, ou par crainte d'être grondés par les soignants, il a été mis en place des structures intermédiaires : les infirmeries scolaires, les centres ruraux d'activités socio-

éducatives, les centres conviviaux des jeunes etc.

La cartographie de ces structures révèle qu'il n'existe qu'un Centre Rural d'Activités Socio-Educatives (CRASE) dans le Kloto et une maison de jeunes dans l'Ogou. D'un point de vue quantitatif, ces deux structures sont insuffisantes pour couvrir les besoins au niveau des deux préfectures.

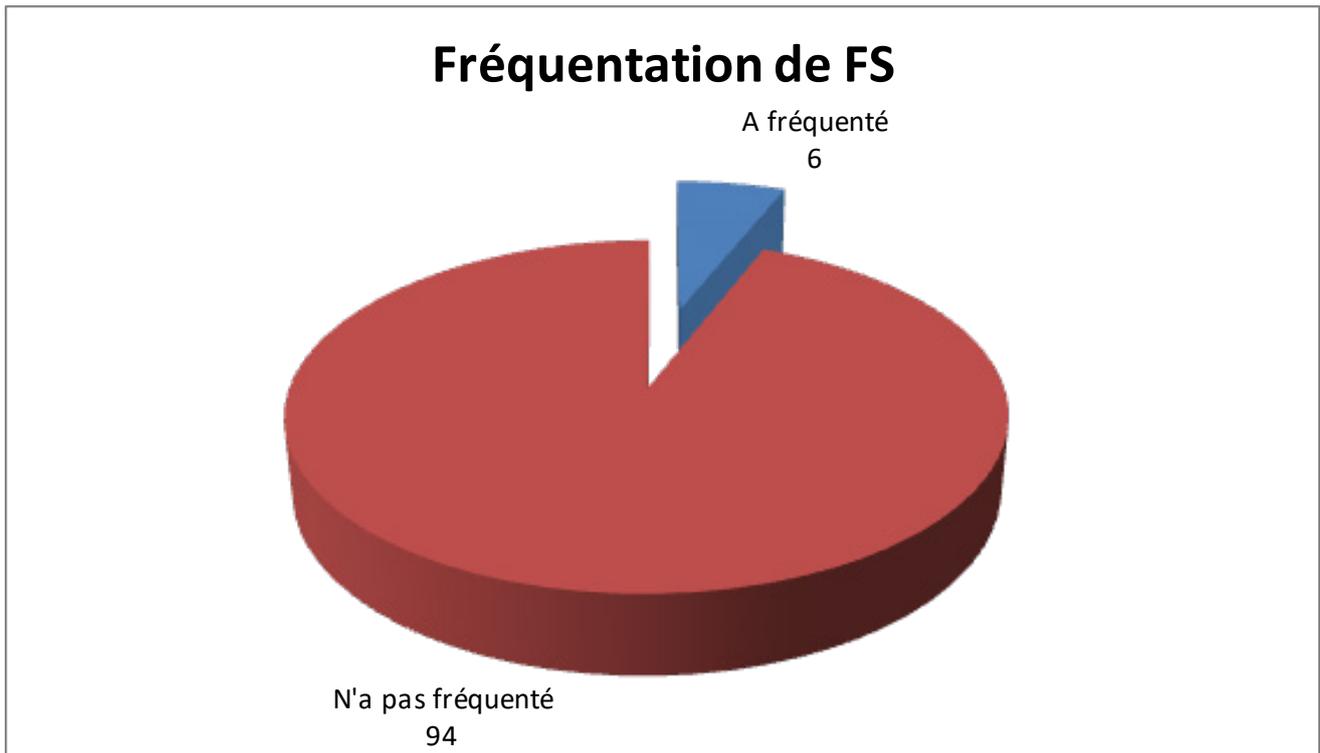
Du point de vue de la qualité des services offerts également, tout n'est pas parfait. De l'aveu de ceux qui y travaillent, ces centres, bien que fonctionnels ne disposent pas de toutes les ressources nécessaires à leur bon fonctionnement. Les déficits les plus criards portent principalement sur les équipements et les ressources humaines de qualité pour les besoins de leur intervention. Dans ces conditions les jeunes ne bénéficient pas de tous les services nécessaires à la prévention des cas de grossesse.

Il ressort des données que peu d'adolescents ont accès aux services de SR. En effet, 9 adolescentes sur 10 (94%) ne s'y rendent pas (Tableau III.3).

Tableau III.3 : Répartition des enquêtées ayant connu ou expérimenté la SDSR au cours de l'adolescence et qui ont eu ou non une GA

SDSR	GA					
	A eu		N'a pas eu		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Fréquentation de FS pour obtention de méthodes de PF						
A fréquenté	17	16,7	22	4,0	39	6,0
N'a pas fréquenté	85	83,3	523	96,0	608	94,0
Total	102	100,0	545	100,0	647	100,0

Graphique III.2 : Fréquentation de formations sanitaires par les adolescentes pour obtenir des méthodes de PF



Ce résultat se justifie par un certain nombre de facteurs notamment : la non accessibilité des adolescent(e)s géographique aux formations sanitaires, l'absence d'espace spécifique réservé aux adolescents dans les Formations Sanitaires, la peur des effets secondaires des méthodes contraceptives

√ *La non accessibilité géographique des adolescent(e)s aux formations sanitaires*

« Je ne pense pas que les adolescentes ont un accès aux services de SR/PF parce que ces services sont trop loin d'elles. C'est à Atakpamé qu'on les trouve et au moins à 6 kilomètres de Yorokpodzi. Cela fait que les adolescentes n'y vont pas » (Focus-Group, Hommes-Yorokpodzi).

√ *L'absence d'espace spécifique réservé aux adolescents dans les Formations Sanitaires*

« Les adolescentes ne vont pas dans les centres de santé pour bénéficier des services des PF parce qu'elles ont peur de rencontrer leurs parents ou une tierce personne les connaissant. Elles seraient plus nombreuses à s'y rendre si les formations sanitaires disposaient d'espaces spécifiquement adaptés aux adolescents » (Entretien Individuel Approfondis Agent de Santé Lavié)

√ *La peur des effets secondaires des méthodes contraceptives*

« Selon les propos de certaines adolescentes, les matières à base desquelles les produits de PF sont fabriqués leur sont inconnues. Alors elles s'en méfient et s'appuient sur l'idée que l'utilisation de ces méthodes va les prédisposer à la stérilité et donc à l'impossibilité de concevoir... » (Entretien Individuel Approfondis Adolescents Tové)

LES CONSEQUENCES DES VBG SUR LA SDSR

Dans ce chapitre, il s'agit, à partir des données émanant des enquêtes de terrain, d'appréhender les incidences (en termes de conséquences) des violences basées sur le genre (VBG) sur la Santé et les Droits Sexuels Reproductifs (SDSR). La revue de la littérature a révélé que les VBG entraînent, pour les victimes, de multiples conséquences. Celles-ci concernent différents domaines tels que la santé, l'éducation, l'économie, l'autonomie etc. Dans la littérature togolaise, le rapport d'étude sur les violences basées sur le genre au Togo montre que les conséquences sanitaires de la Violence Basée sur le Genre sont essentiellement de cinq (4) ordres :

- Les conséquences sur la santé des victimes
- Les conséquences psychologiques et comportementales ;
- Les conséquences physiques ;
- Les conséquences sexuelles et gynécologiques ;
- Les conséquences sur le droit à l'éducation ;
- Les conséquences sur le statut de la femme ;
- Les conséquences économiques

IV.1 CONSÉQUENCES DES VBG SUR LA SANTÉ DES VICTIMES

Les résultats de l'étude rendent compte de la relation entre les VBG et la SDSR car les violations sexistes constituent fondamentalement une violation de Droit Humain. Elles entravent à travers la violence physique exercée, les Droits à la santé des filles et femmes qui en font la douloureuse expérience. Les violences physiques et sexuelles entraînent des conséquences sur

la santé de la jeune fille qui en est victime et violent ainsi ses droits à la santé. Certains enquêtés ont indiqué que ces formes de VBG entraînent des conséquences sanitaires au niveau physique et qu'elles peuvent être sources de problèmes d'infécondité chez la jeune fille, de fistules obstétricales, d'IST etc... Des prestataires de services ont aussi souligné que ces problèmes constituent une violation du Droit à la santé, du Droit à la vie et du Droit de ces filles de choisir leur partenaire sexuel.

« ...Dernièrement, j'ai reçu en consultation une fille de 09 ans qui vient d'un village reculé. Cette fille vit avec sa tante maternelle. La tante en question et son mari logent dans une pièce. Pendant les vacances, un jeune homme du même village qui est en classe de 4ème est rentré chez-lui au village avec un téléphone évolué. Pendant la nuit, le jeune homme regardait un film sur le téléphone avec la fille. Et comme il faisait tard, la tante est partie se coucher dans la chambre avec son mari. Ils les avaient laissés seuls. Le lendemain, on a retrouvé la fille inconsciente. Elle a été victime de graves déchirures au niveau de son organe génital. Elle ne pouvait même pas se tenir debout. Et on l'avait amenée chez nous au CMS d'Akparé. Après que je l'ai examinée, je l'ai référée sur le CHR d'Atakpamé. Quand j'ai demandé les nouvelles de la fille après, on m'a dit que, arrivée à Atakpamé, on l'a opérée et on lui avait placé jusqu'à 06 poches de sang avant qu'elle ne se remette. La fille était en classe de CE1. Ces cas sont fréquents chez-nous ». (un agent de santé au cours d'un entretien individuel à Akparé).

« Les violences sexuelles peuvent entraîner chez l'adolescente des infections sexuellement transmissibles et ses droits à la santé peuvent en être violés. Si cette adolescente est mineure mais a été victime de viol, elle peut être contaminée par le sida ou par une autre infection comme la gonococcie. Si l'homme est beaucoup plus âgé que la fille, et s'il a eu des rapports sexuels avec elle, cela pourrait déformer son bassin ainsi que ses membres inférieurs de sorte qu'elle ne pourra plus bien marcher. » (Propos recueillis auprès d'une adolescente lors d'un focus group Tové).

Le rapport d'étude sur les violences basées sur le genre au Togo (2010) procède d'abord à une recension des maux affectant la santé qui caractérisent les VBG au Togo qu'il classe en trois catégories : court terme, moyen terme et long terme. Il s'agit pour le court terme, des infections sexuellement transmissibles, des douleurs psychologiques, du divorce, des cas de fistule, etc. A moyen et long terme, le rapport évoque le VIH, des décès de jeunes filles, des cicatrices, du traumatisme psychologique, des troubles dépressifs, de la rupture conjugale, de l'abandon d'enfants, des crises pubertaires chez les adolescentes victimes de violences répétées etc. Selon l'UNFPA (2013), le risque de décès maternel chez les mères de moins de 15 ans dans les pays à bas et à moyen de revenu est deux fois plus important que pour les mères plus âgées ; et ce groupe fait face aussi à des taux de fistule obstétricale considérablement plus élevés que les groupes d'âge supérieur. Quelque 70 000 adolescentes meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement dans les pays en développement. Par ailleurs, le rapport de l'analyse situationnelle de l'UNFPA (2013) a révélé que certaines filles n'ayant pas réussi à trouver une paternité pour leur grossesse choisissent carrément de se suicider. Chez les nouveau-nés cette fois de mères âgées de moins de 20 ans, les décès sont 50% plus nombreux que chez ceux dont les mères ont un âge compris entre 20 et 29 ans. Les taux de prématurité, d'insuffisance pondérale à la naissance et d'asphyxie sont plus élevés chez

les enfants d'adolescentes.¹⁶ Par conséquent, environ un million d'enfants, de par le monde, nés de mères adolescentes n'atteignent pas leur premier anniversaire.¹⁷ Le Togo contribue également à ce taux.

Les conséquences des VBG sur le droit à la santé sont de plusieurs ordres. Le rapport sur les violences basées sur le genre au Togo indique les conséquences mortelles ; physiques ; psychologiques et comportementales ; sexuelles et gynécologiques dont les infections sexuellement transmissibles, les grossesses non prévues et les avortements à risque. Selon l'ONU Femme,¹⁸ les conséquences de l'exposition à la violence sont d'une portée aussi vaste que celle de la violence elle-même, non seulement de par les problèmes de santé aigus et chroniques qui résultent de nombreux types de violence à l'égard des femmes et des filles, mais aussi du fait que la victimisation peut accroître le risque futur de morbidité pour les survivantes. Les données recueillies au plan international indiquent que les Violences Faites aux Femmes dont plusieurs peuvent être rangées dans la catégorie de violences basées sur le genre portent gravement atteinte à la santé physique à l'économie, à l'éducation etc.

¹⁶ « Le rapport du Secrétariat de la cent trentième session du Comité Exécutif de l'OMS sur les mariages précoces, grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes (1er décembre 2011) »

¹⁷ UNFPA, 2013. Etat de la population mondiale 2013 ; La mère-enfant : face aux défis de la grossesse chez l'adolescente.

¹⁸ Lire l'article « conséquences pour les individus et les communautés » sur <http://www.endvawnow.org/fr/articles>, site consulté le 20-11-2019.

IV.2 - LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTALES DES VBG

La présente étude a révélé que les séquelles, les traumatismes et les blessures intérieures provoqués par les VBG entraînent des conséquences sur un long terme chez la jeune adolescente. Les conséquences psychologiques peuvent la rendre plus craintive et affecter son cursus scolaire. Chez les adolescentes victimes de VBG, le rapport d'étude sur les VBG au Togo souligne que l'anxiété est la première des conséquences. Il ressort de cette analyse que ce sont les femmes et les filles qui vivent le plus intensément les troubles consécutifs aux violences basées sur le genre et cela davantage en milieu rural qu'en milieu urbain :

« Il y a une fille à Akparé qui est injuriée à chaque fois par sa maman qui a l'habitude de lui dire " tu as le vagin entre tes jambes et tu souffres ainsi ?" A cause de la violence psychologique liée à ces injures et humiliations verbales qu'elle subit chez ses parents, elle a été obligée de ramasser ses bagages pour se réfugier chez un garçon. (Focus Group Femmes_Akparé).

Chez les hommes victimes de violence basées sur le genre, l'insomnie est l'une des conséquences les plus citées par les participants à l'étude. Ce mal est plus vécu en milieu rural (56%) qu'en milieu urbains (48%). Le second trouble qui survient des suites des VBG est la perte de l'estime de soi vécue un peu plus par les hommes du milieu rural (49%) que les urbains (46%) alors que le sentiment de culpabilité, venu en troisième position est vécu de manière pratiquement égale dans les deux milieux rural (41%) et urbain (42%). Il en résulte donc que les hommes connaissent moins cette réalité dont plusieurs de ses variantes plongent leurs racines dans les pratiques culturelles séculaires.

IV.3 - LES CONSÉQUENCES PHYSIQUES DES VBG

Les cas de blessure, de fracture des membres, de brûlures etc. ont aussi été notés par l'étude de 2010 comme conséquences physiques des VBG sur les victimes. Les VBG aboutissant à ces conséquences sont manifestement plus prégnantes dans la région des Savanes avec près de 7% et relativement dans les mêmes proportions aussi bien en milieu urbain que rural. Mais de manière générale, les effets ou conséquences physiques que les victimes de VBG traînent sont les cicatrices (48%), le traumatisme (36%) l'amputation etc qui constituent une violation des droits à la santé.

IV.4 - LES CONSÉQUENCES SEXUELLES/ GYNÉCOLOGIQUES DES VBG SUR LES ADOLESCENTES

Les conséquences sexuelles et gynécologiques des VBG les plus répandues au Togo sont la perte de la virginité et la contamination des Infections Sexuellement Transmissibles (IST/VIH). Mais ces conséquences ne doivent pas occulter la survenue de la grossesse, les fausses couches etc.

Face à une grossesse non désirée, les adolescentes ont souvent recours aux avortements clandestins, pratiqués dans des conditions à risque :

- Dans la Région des Savanes : 8%, 13,5% et 10% de cas de grossesses chez les élèves étaient terminées par des avortements respectivement en 2010, 2011 et 2012.¹⁹

¹⁹ Direction Régionale de l'Éducation des Savanes, 2013. « Phénomène de grossesses en milieu scolaire au Togo : cas des établissements scolaires de la région des Savanes »

- Au niveau des Plateaux, les cas d'avortement représentent un peu plus de 11% des grossesses enregistrées dans les établissements scolaires, dont 2,17% à 24,8% de décès ;²⁰

Les fistules obstétricales sont aussi une conséquence des grossesses précoces, surtout chez des filles de moins de 15 ans. Le rapport d'analyse situationnelle note que les adolescentes qui ne sont pas parvenues à la maturité physique avant leur maternité sont particulièrement vulnérables (au moment de l'accouchement) à un travail prolongé, qui peut causer une fistule obstétricale, en particulier si elles n'ont pas accès à une césarienne pratiquée d'urgence. Pour le Togo, la prévalence de la fistule vésico-vaginale était estimée à 0,03%.

IV.5 – LES CONSÉQUENCES DES VBG SUR LE DROIT À L'ÉDUCATION

La revue documentaire a révélé que la prise de conscience du retard des filles en matière de scolarisation dans la sous-région ouest-africaine est à l'origine de nombreuses actions pour booster leur accès et leur maintien dans le système scolaire. La suppression des frais scolaires dans les écoles primaires publiques au Togo, au Sénégal etc. par exemple est l'une des mesures qui participent de ces efforts actuellement en cours. Résultat, l'effectif des filles commence à dépasser celui des garçons au cours primaire mais elles ont du mal à se maintenir dans le système et déjà, au deuxième cycle du secondaire, la tendance s'inverse totalement au bénéfice des garçons. Cela est dû en partie au fait que de nombreuses filles dans la région sont mariées étant enfants, souvent avant qu'elles ne soient physiquement et émotionnellement prêtes à devenir épouses et mères (Wodon, Q. et Al, 2017).²¹

Au Sénégal par exemple, une étude²² sur les grossesses en milieu scolaire réalisé en 2015 montre que 54,43% des filles tombées enceintes abandonnent leur scolarité ; 39,39% redoublent leurs classes tandis que 15,16 % parviennent à reprendre leurs études après

l'accouchement. Les filles qui parviennent à reprendre les études restent en moyenne deux années consécutives avant de pouvoir le faire. En réalité, pour les filles-mères, il est difficile d'allier la prise en charge de l'enfant et la poursuite des études en même temps. « Un nombre choquant de filles en Afrique deviennent mères avant d'être elles-mêmes adultes, y compris dans des situations de crise humanitaire », a déclaré Elin Martínez, chercheuse auprès de la division Droits des enfants de Human Rights Watch. « *Beaucoup de mères adolescentes ne retournent pas en classe parce que leurs écoles les excluent ou que leurs familles ne les laissent pas continuer leur scolarité.* »²³

Très souvent, la fille est obligée de rejoindre son mari. Là encore de nombreuses études ont montré le lien défavorable entre le mariage et l'école pour les jeunes filles. Le lien général entre grossesse précoce et éducation rejoint celui observé dans le cas des mariages d'enfants, les adolescentes sans instruction étant beaucoup plus susceptibles de devenir mères que celles qui poursuivent des études secondaires ou supérieures (ICRW et UNICEF, 2015)²⁴

²⁰ Direction Régionale de l'Éducation de la Région des Plateaux, 2013. Rapport : « Grossesse étude dans la région des Plateaux »

²¹ Wodon, Q. et Al; 2017. Éléments d'analyse pour la réunion de haut niveau d'Octobre 2017 pour mettre fin au mariage des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre, Série de notes sur l'éducation des filles et le mariage précoce en Afrique de l'Ouest et du Centre. Département de l'éducation. Washington, DC : Banque Mondiale.

²² République Sénégalaise, 2015 ; Etude sur les grossesses Précoces en milieu scolaire, Dakar.

²³ Lire l'article : Afrique : Des adolescentes enceintes et des jeunes mères privées d'éducation, sur

²⁴ ICRW et UNICEF 2015, Mariage d'enfants, grossesses précoces et formation de la famille en Afrique de l'ouest et du centre : schémas, tendance et facteur de changement.

Les violences basées sur le genre et notamment celles qui conduisent à la survenue d'une grossesse, suscitent souvent l'interruption de la scolarisation des filles (UNICEF, 2019 : 99). Les moqueries de l'entourage, la colère et la déception des parents, ainsi que la honte justifient l'arrêt de la scolarisation par les adolescentes (Rapport de l'analyse situationnelle pour l'élaboration d'un programme national de lutte contre les grossesses et mariages précoces au Togo, 2014).

Au Togo également, de nombreuses études établissent une corrélation négative entre les violences basées sur le genre (mariage, grossesse, harcèlement etc.) et la poursuite scolaire des filles :

« A Yorokpodji, nous avons une cérémonie qui s'appelle : oliboukou. Cette cérémonie culturelle se pratique chez les adolescentes âgées de 17 ans et dure 3 ans et 3 mois. Elle se déroule dans un couvent. On procède par l'enlèvement de la jeune fille. Les membres de la famille paternelle (père, oncle, et tante paternelle) sont en effet les seuls qui restent secrètement informés de l'enlèvement de la jeune fille. Une fois que la fille est arrêtée, les praticiens la tapent avec un balai mystique. Dès lors, elle ne réussit plus à s'enfuir et elle suit systématiquement les prêtres traditionnels chargés d'effectuer la cérémonie. Après la cérémonie, l'adolescente est obligée de se marier. L'objectif de la cérémonie est d'assurer la protection de l'enfant par les fétiches. C'est une cérémonie pénible et difficile à supporter. Or, si la fille a su qu'on peut venir à tout moment la taper avec un balai pour lui faire la cérémonie alors qu'elle désire poursuivre ses études, elle peut fuir pour se réfugier chez un garçon. On sait pourtant bien qu'un refuge chez un garçon qui désirait la fille depuis belles lurettes peut favoriser la survenue d'une grossesse. Par exemple, l'année passée, un témoin oculaire de l'enlèvement d'une fille de la classe de 1ère m'a raconté l'histoire de cette dernière. Elle était en classe lorsque les prêtres traditionnels sont arrivés la

taper avec le balai mystique. La dame qui me raconte l'histoire les aurait vu passer au moment où on amenait la pauvre fille sur le lieu de la cérémonie. C'est ainsi qu'elle a dû interrompre contre son gré ses études au lycée ». (propos d'une femme lors de la tenue d'un focus group avec les femmes de Yorokpodji).

Le rapport SCOFI de l'UNICEF indique par exemple que dans la région des plateaux, les filles sont confrontées à de nombreux problèmes, «...surtout le viol, les grossesses non désirées, les abandons scolaires. Il y a beaucoup de grossesses non désirées des jeunes élèves, les grossesses précoces. Ce qui fait que les enfants, les élèves qui devaient aller à l'école, l'abandonnent précocement et les auteurs restent impunis » (UNICEF, 2019 : 99).

Par ailleurs, le rapport de l'Analyse situationnelle pour l'élaboration d'un programme national de lutte contre les grossesses et mariages précoces au Togo regrette que pour beaucoup d'adolescentes qui deviennent mères dans le pays, la maternité met fin à leurs études formelles : « par exemple, au niveau de la région Maritime, 284 élèves soit 78,7% de celles qui sont tombées enceintes au cours de l'année scolaire 2010-2011 ont abandonné les classes. Les filles tombées enceintes dans les établissements préfèrent souvent abandonner les classes,²⁵ une forme d'autocensure, face aux moqueries des camarades et des voisins ». L'exclusion sociale, la honte, les moqueries des gens du village, la colère des parents etc. sont les motifs recensés par l'étude pour expliquer le décrochage des adolescentes élèves victimes de grossesse non désirées au Togo.

²⁵ Direction Régionale de l'Éducation Rapport de la Région Maritime, 2013. « Enquête sur le harcèlement sexuels, les Grossesses précoces et les viols en milieu scolaire »

IV.6 - LES CONSÉQUENCES DES VBG SUR LE STATUT DE LA FEMME ET SON AUTONOMIE

Au Togo, le niveau de prévalence des VBG et leur nature laissent interrogateur quant à la capacité du pays à être au rendez-vous de 2030 pour l'atteinte des objectifs des ODD. En effet, le rapport SCOFI de l'UNICEF mentionne un certain nombre de pratiques traditionnelles relevant des VBG qui continuent de plomber les efforts en vue de parvenir à revaloriser la gente féminine dans le pays. Par exemple, les pratiques de l'échange notées dans la préfecture de l'Oti sud qui empêchent la fille de poursuivre ses études constituent une forme de violence basée sur le genre qui contribue à préparer la fille togolaise à jouer uniquement son rôle d'épouse au service de son mari, de mère au bénéfice des enfants et de reproductrice pour perpétuer le clan ou la communauté.

Dans le même registre, on peut également parler du phénomène de « POGPALA YAWA » rapporté par l'étude SCOFI. En effet, selon ce rapport, en pays Mossi (au Nord-Togo) et Tem (région centrale), il existe une pratique qui veut qu'une fille nouvellement mariée ne rejoigne pas son foyer seule. Elle doit se faire accompagner d'une fillette issue de sa propre parenté. Connue sous le nom de « POGPALA YAWA » dans la zone de Cinkassé, cette pratique continue de coûter la scolarisation à des fillettes qui sont ainsi obligées d'abandonner l'école et de suivre leurs aînées (UNICEF, 2019 : 82). Le rapt, l'enlèvement, le sororat, le mariage forcé, le phénomène d'enfants bouvier qui concerne de plus en plus de fillettes dans les savanes, l'envoi des filles en couvent ou le « trokosi » etc. sont aussi des pratiques recensées par le rapport et constituant dans le pays, des pratiques qui participent au maintien des jeunes filles dans le statut d'infériorité et de domination.

IV.7 - LES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES DES VBG

Les violences économiques des VBG se manifestent de plusieurs manières, dans tous les cas de figure, par la privation de l'autre de son autonomie économique. On comprend alors que les violences basées sur le genre dont les violences économiques sont une variante importante et ne sont pas de nature à promouvoir l'émancipation et l'autonomisation des femmes telles que défendues par les Objectifs de Développement Durables (ODD) pour parvenir à instaurer un monde plus juste et plus équitable.²⁶

« Il y a plein de filles à Lavié qui fréquentent [sont scolarisées] mais à qui les parents n'apportent aucun soutien financier. Les parents ne se soucient même pas si elles se sont nourries ou pas. Pour certains parents, c'est de la méchanceté et de l'irresponsabilité. Pour d'autres, c'est parce que les parents sont pauvres ou n'ont pas les moyens. Ce sont ces filles mêmes qui se débrouillent pour subvenir à leurs besoins. Tout ceci fait qu'elles s'engagent dans des relations avec des hommes et cela entraîne les grossesses précoces chez ces dernières ». (Entretien Individuel approfondi avec un homme à Lavié).

²⁶ Le point 5 « Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » et 8 « Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous » de ces ODD posent donc sans ambages la question de la nécessité de travailler à équilibrer les rapports sociaux entre les deux sexes pour un développement à visage plus humain.

Lorsque les VBG prennent la forme de violences physique, leurs implications économiques et financières se révèlent in fine importantes. Ainsi, l'étude sur les VBG de 2010 au Togo indique que 80% des femmes victimes de violence physique (66% dans Lomé Commune, 78% dans la région Maritime, 80% dans la région des Plateaux, 82% dans la région Centrale, 87% dans la région de la Kara et 92% dans la Région des Savanes) se sont faites soigner et 26% des femmes victimes de violence psychologique et morale l'ont fait contre 11% des femmes victimes de violence sexuelle. La prise en charge d'une femme victime d'une violence basée sur le genre, selon le rapport, peut aller de quelques centaines de francs à des dizaines de milliers de francs en coût direct et ceci dépend bien du type de violence et de l'option de soins retenus sachant que les soins dans les cliniques

privées coûtent plus chers que ceux dans les centres publics. (République Togolaise, 2010 : 64-65). Les implications économiques des violences basées sur le genre constituent des charges majeures. L'étude sur les VBG conduite en 2010 au Togo note que 80% des femmes victimes de violence physique ont dû se faire soigner. Les frais de ces soins peuvent coûter des dizaines de milliers de francs CFA.

Connaissant les différentes proportions des victimes selon qu'elles se sont faites soigner à la suite des violences basées sur le genre ou non et le type de soins pour lequel elles ont opté, le rapport a calculé les dépenses engagées pour les femmes victimes de violence (602 057)²⁷. Parmi celles-ci, 12% soit 72 247 ont eu recours aux divers soins. En tenant compte des proportions, selon les lieux de soin, on obtient le tableau que voici :

Tableau IV.1 : Coûts minimum et maximum liés à la prise en charge de 1000 victimes

Types de structures	Nombre de femmes	Coût de la prise en charge (F CFA)	
		Coût minimal	Coût maximal
Hôpital (Public)	49 128	98 256 000	491 280 000
Clinique (Privée)	8 957	44 785 000	179 140 000
ONG	7 947	3 973 500	15 894 000
Tradithérapeute	8 163	4 081 500	40 815 000
Automédication	25 070	5 014 000	25 070 000

Source : Etude sur les VBG (2010 :65).

On note ainsi que pour l'ensemble des femmes ayant reçu des soins, les dépenses directes engagées varient de 3, 973 millions à 98,256 millions (F Cfa) comme coût minimal et de 15, 894 millions à 491, 280 millions (F Cfa) comme coût maximal selon le type de structure. Il faut souligner que ces estimations se limitent aux violences institutionnalisées (20%) qui est la forme la moins observée. Ces estimations seront davantage plus élevées si on utilisait la proportion de la forme de VBG pour laquelle les femmes victimes se sont fait plus soigner c'est-à-dire la violence physique (41%). D'autres coûts liés aux démarches de

justice et de police ainsi que les coûts sociaux hébergement et aides diverses sont également à prendre en compte dans les dépenses liées aux conséquences des VBG.

²⁷ Cet effectif est obtenu sur la base de l'estimation de la population togolaise en 2010 (6 868 000) dont 51, 3% de femmes et prenant 20% comme proportion de femmes victimes de VBG issue de l'étude.

IV.8 - CONSÉQUENCES DES VBG SUR LE LIBRE CHOIX DU PARTENAIRE CONJUGAL

Certaines pratiques culturelles exercées sur les adolescentes comme les mariages forcés ou précoces, violent leur Droit à choisir librement leurs partenaires sexuels, à avoir le nombre voulu d'enfants, le moment de les avoir et avec qui les avoir.

« ...Parfois, le mariage précoce des adolescentes les entraîne aux grossesses. Cette pratique est récurrente dans les milieux musulmans. Dans mon quartier Zongo à Kpalimé, tu vois des adolescentes porter des voiles, et lorsque tu cherches à comprendre pourquoi, on te répond qu'on leur a fait «Améria». Ce qui veut dire qu'elles ont été mariées et cela a un lien avec la religion musulmane. Dans ces milieux, on pense que la fille n'a pas besoin de faire des études poussées, sa place est dans le foyer... » (Propos recueillis au cours d'un entretien individuel avec un enseignant à Tové).

Une forme de mariage forcé consiste aussi à placer des jeunes filles dans des couvents « vodou » sous la protection d'un maître initiatique pendant pour plusieurs années .²⁸ Les entretiens individuels et collectifs ont permis à certains informateurs de noter que les filles « placées » ainsi dans ces couvents « vodou » étaient finalement mariées contre leur volonté à des initiés vodou. De fait, cette pratique culturelle compromet la connaissance et l'accès de ces jeunes femmes aux Droits Sexuels et Reproductifs notamment celui de choisir librement et de manière consentante, leur partenaire conjugal.

« Une fille qu'on a envoûté par le biais de gris-gris pour la marier par exemple, ne peut pas décider du nombre d'enfants qu'elle veut, quand et avec qui elle le veut. Elle n'est pas arrivée au foyer de son propre gré. En conséquence, elle ne peut rien négocier avec son mari ou son gourou, ni rien lui imposer. (Focus group avec un homme à Yorokpodzi).

En somme, les Violences Basées sur le Genre peuvent être atténuées par la connaissance et le respect des Droits Sexuels et Reproductifs ce qui contribuerait à réduire l'ampleur des GA. A mesure que les enfants atteignent la puberté et que beaucoup d'entre eux commencent à explorer leur sexualité, l'accès aux services et aux informations sur la Santé Sexuelle et Reproductive devient crucial pour la jouissance de leurs droits, de leur santé et de leur bien-être. Ces informations et services devraient particulièrement être fournis aux adolescents pour les aider à comprendre leur sexualité et les protéger des grossesses non désirées, des maladies sexuellement transmissibles et des risques ultérieurs de stérilité. La fourniture de ces services, pour être efficace, devrait tenir compte de divers paramètres : l'inégalité des sexes, le niveau de pauvreté, le degré de violence sexuelle, la prégnance du mariage d'enfants, les pressions sociales, les possibilités d'éducation et d'emploi, les stéréotypes et attitudes négatives à l'égard des adolescentes. Les programmes de prévention des grossesses d'adolescentes devraient adopter un changement en dépassant la prise en compte des filles comme seules cibles et en se focalisant sur des approches plus globales qui accroissent le capital humain des filles. Ce paradigme devrait offrir de réelles possibilités aux filles de manière à ce que la maternité ne

²⁸ En réalité, lorsque la fille naît, ses parents lui confient à un fétiche dans un couvent pour implorer sa protection afin que ce dernier accorde du succès à leur fille. Cependant, à l'âge adulte, ce fétiche continue par être consulté même dans les prises de décisions concernant la vie intime de la fille notamment le choix du partenaire sexuel. Dans certains cas, les décisions des filles sont en contradiction avec les décisions des fétiches. Mais du fait qu'un pacte a été par les parents avec ce fétiche, certaines filles craignent d'être maudites et envoûtées par ce dernier et acceptent, contre leur gré, le partenaire conjugal indiqué par le fétiche.

soit plus leur seule et unique option en termes de projet de vie. Cette approche doit tenir compte des circonstances, des situations, des normes, des valeurs et des forces structurelles qui perpétuent la grossesse chez l'adolescente d'une part et qui isolent et marginalisent l'adolescente enceinte d'autre part.

Il convient de repenser la problématique de la grossesse chez l'adolescente. Au lieu de considérer celle-ci comme étant le problème et la modification de son comportement comme la solution, les acteurs au niveau étatique, les acteurs de la société civile, les communautés,

les familles et les institutions d'enseignement devraient considérer la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, la discrimination, le manque d'accès aux services et les points de vue négatifs sur les filles et les femmes comme le véritable défi, la poursuite de la justice sociale, du développement équitable et de l'autonomisation des filles comme la voie à suivre pour réduire le nombre de grossesses chez l'adolescente. De ce qui précède, l'on note que la SDR reste un élément essentiel dans la réduction des GA.

CARTOGRAPHIE DES REPONSES INSTITUTIONNELLES DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES VBG ET LA JOUISSANCE DES SDRS DES ADOLESCENTS POUR PREVENIR LES GA AU TOGO

Il est analysé dans les lignes ci-dessous, les réponses institutionnelles de prévention et de lutte contre les VBG. On désigne ici, par réponses institutionnelles de lutte, toutes les actions menées par les acteurs divers (acteurs étatiques, Ong nationaux, Organismes internationaux, leaders communautaires etc...) en vue de prévenir ou de lutter contre les grossesses précoces. La cartographie porte donc sur l'ensemble des réponses élaborées et développées par ces différents acteurs nationaux, locaux et internationaux dans le domaine de la réduction des grossesses des adolescentes au Togo.

En d'autres termes, cette cartographie analyse les dimensions telles que : (i) l'arsenal juridique de protection des enfants victimes de VBG, (ii) les réponses spécifiques développées par les organismes internationaux et (iii) les réponses spécifiques développées par les OSC, les acteurs étatiques et les Leaders communautaires et religieux dans les localités de l'intervention (Akparé, Yorokpodzi pour la préfecture de l'Ogou et Lavié et Tové pour la préfecture de Kloto).

V.1 - CADRE JURIDIQUE ET POLITIQUE DE PROTECTION DES ADOLESCENTS CONTRE LES VBG

V.1.1 - Cadre juridique

Sur le plan international, divers instruments juridiques délimitent les dispositions requises en matière de droits en santé sexuelle et reproductive.

- La déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH)
- Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)
- La convention relative à la discrimination raciale
- La convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF)
- La convention relative aux droits des enfants

Sur le plan régional, des conventions régionales africaines ont été élaborées notamment :

- La charte africaine des droits de l'homme et des peuples
- Le protocole de la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique et
- La charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant.

Au niveau sous régional, des instruments juridiques dans les pays de la CEDEAO ont été également élaborés

En tant que pays membre de la CEDEAO, le Togo est concerné par les dispositifs juridiques qui y sont actés. Face à l'ineffectivité des droits des femmes dans les pays membres, la Communauté des États de l'Afrique de l'Ouest a adopté en mai 2015, un acte additionnel sur l'égalité des droits entre hommes et femmes pour le développement durable dans la région. Cet acte complète les différents instruments

juridiques de promotion du genre et de protection des femmes. Plus spécifiquement, l'article 7 de l'acte exhorte les États à garantir par des mesures légales que l'homme et la femme puissent, chacun en ce qui le concerne, consentir librement au mariage, que la majorité nuptiale soit fixée à 18 ans.

Les dispositions juridiques au Togo

Au niveau national, plusieurs textes constituant des avancées en matière juridiques ont été adoptés et promulgués pour internaliser les conventions internationales.

La Constitution : elle prévoit des dispositions relativement aux droits des enfants. Il s'agit de l'obligation faite à l'État d'assurer la protection du mariage et de la famille et du devoir pour les parents soutenus par l'État de pourvoir à l'entretien et à l'éducation de leurs enfants (article 31). Par ailleurs l'État reconnaît le droit à l'éducation des enfants et s'engage à créer les conditions favorables à cette fin. L'école est obligatoire pour les enfants des deux sexes jusqu'à l'âge de 15 ans. L'État assure progressivement la gratuité de l'enseignement public. L'État protège la jeunesse contre toute forme d'exploitation ou de manipulation (art 35).

La loi N°2007-005 du 10 janvier 2007 relative à la Santé sexuelle et à la reproduction consacre l'égalité des sexes en matière de santé de la reproduction et le caractère universel du droit à la santé de la reproduction, sans discrimination d'âge, de sexe, de fortune, de religion, du statut matrimonial. La possibilité est laissée à toute personne de mener une vie sexuelle en toute sécurité, de choisir de procréer en toute liberté et à son rythme.

La loi N° 2014-019 portant modification de l'ordonnance n°80-16 du 31 Janvier 1980 concernant le Code des personnes et de la famille énonce en son article 43 que « L'homme et la femme avant dix-huit (18) ans ne peuvent contracter mariage. Néanmoins, le président du tribunal ou le juge aux affaires

matrimoniales du lieu de la célébration du mariage peut accorder des dispenses d'âge pour des motifs sérieux. Cette dispense d'âge ne peut, en aucun cas, être accordée pour un homme et une femme ayant moins de seize (16) ans », prohibant ainsi les mariages précoces.

La loi N°98-016 du 17 novembre 1998 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines prévoit des sanctions pouvant aller jusqu'à 10 ans de réclusion en cas de mort de la victime d'excision. Cependant, aucune sanction particulière ne sera appliquée en cas de MGF pratiquée sur des mineures.²⁹

La loi N° 2015-10 du 24 novembre 2015 portant nouveau Code Pénal au Togo prévoit et sanctionne différentes catégories d'infractions contre les mineurs, notamment les infractions à caractère sexuel qui portent atteinte aux droits sexuels et reproductifs. Ainsi, la plupart des infractions sexuelles sont criminalisées et la sanction s'alourdit lorsque les victimes sont des personnes particulièrement vulnérables et mineures. Ainsi, lorsqu'un viol est commis sur une personne vulnérable notamment un mineur, l'auteur est puni d'une peine de vingt (20) à trente (30) ans de réclusion criminelle (article 215).

²⁹ Equipo.org, Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Togo, Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA, Septembre 2014

Cette loi prend également en considération les cas de mutilations génitales féminines (article 217-220) dont les peines d'emprisonnement peuvent aller de vingt (20) à trente (30) ans de réclusion et d'une amende de vingt- millions (20.000.000) à cinquante millions (50.000.000) si l'acte entraîne la mort de la victime.

L'inceste, la pédophilie et l'abandon de famille sont par ailleurs des infractions contre les enfants qui peuvent affecter leur bien-être mental et sexuel.

Sous le chapitre consacré aux violences faites aux femmes également, sont prévues et sanctionnées, les violences faites sur une femme enceinte et les violences liées à toutes formes de mariage forcé. Ainsi une personne adulte ou un enfant qui est soumis à un mariage forcé sans son consentement peut dénoncer les auteurs et complices du fait à la justice.

Le Code de l'enfant de 2007 : Le Code de l'enfant, à travers ses dispositions, prévoit des droits protégeant l'enfant dans différents domaines pouvant concourir à son plein épanouissement. Ainsi, ce code prévoit les droits de l'enfant à la santé à travers les articles 240 et suivants. Il dispose par ailleurs en son article 353 que : « *L'Etat protège l'enfant contre toute forme de violence y compris les sévices sexuels, les atteintes ou brutalités physiques ou mentales, l'abandon ou la négligence, les mauvais traitements perpétrés par ses parents ou par toute autre personne ayant autorité sur lui ou sa garde* ».

V.1.2 - Cadre politique

Le cadre politique relatif à la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles se décline à plusieurs niveaux.

◊ Les cadres politiques *internationaux*

Plusieurs conférences internationales sur les droits humains organisées par les Nations Unies ont abouti à l'adoption des programmes d'actions qui prennent en compte la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles.

◦ La Déclaration et le Programme d'action de Vienne 1993

Résultat de la Conférence mondiale sur les droits de l'homme de 1993, le programme d'action reconnaît l'importance pour les femmes de jouir tout au long de leur vie du meilleur niveau de santé physique et mental possible. En se basant sur le principe de l'égalité entre l'homme et la femme, la Conférence réaffirme le droit de la femme à des soins de santé accessibles et suffisants et aux différents produits de services de planification familiale, ainsi qu'à l'égalité d'accès à l'éducation à tous les niveaux.

◦ Le Programme d'action de la CIPD

Adopté en Septembre 1994 à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, ce programme vise à garantir un développement mondial inclusif, équitable et durable. Ce programme a permis d'orienter les politiques, de faire progresser l'égalité et l'autonomisation des femmes, la santé et l'espérance de vie mondiales, ainsi que l'éducation des filles. Selon le principe 8 de ce programme, tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre. Les Etats devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction, qui comprend la planification familiale et la santé en matière de sexualité. La santé de la reproduction suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Avec l'appui de la communauté internationale, les pays devront protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et faire en sorte que le nombre de grossesses d'adolescentes diminue considérablement.

- **Le programme d'action de Beijing 1995**

Les femmes ont le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. La jouissance de ce droit est d'une importance cruciale pour leur vie et leur bien-être et pour leur aptitude à participer à toutes les activités publiques et privées. La santé est un état de total bien-être physique, psychologique et social et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.

- **Le Programme 2030 pour le développement durable**

La santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles font partie des objectifs de développement durable. L'ODD 3 en matière de santé et l'ODD 5 en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes et filles comprennent des cibles liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. La cible 3.7, sous l'objectif 3 du Programme, exige l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment en matière de planification familiale, d'information et d'éducation, et en faveur de l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux. La cible 5.6, sous l'objectif 5, exige de garantir l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits reproductifs de la manière convenue dans le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), le Programme d'action de Beijing et les documents finaux de leurs conférences d'évaluation.

◇ **Les cadres politiques africains**

- **Le cadre directeur continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction**

Adopté en 2006 par l'Union Africaine, le Cadre exhorte les États à intégrer la santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaire afin d'accélérer la réalisation dans le temps des Objectifs du Millénaire pour le développement qui ont trait à la santé. Une feuille de route est prévue pour l'accélération de la réduction

de la morbidité et mortalité maternelle et du nouveau-né. Le cadre prévoit également une stratégie pour améliorer la santé en matière de procréation.

- **Le plan d'action de Maputo 2016-2030**

Pour l'opérationnalisation du cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction. La révision du plan d'action prend en compte les six piliers de la position commune africaine sur l'Agenda de développement post-2015 et s'appuie sur les dix interventions stratégiques du Cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction, à savoir : l'augmentation des ressources pour les programmes de SDR, la traduction de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) et des engagements de Beijing + 20 en législation nationale, ainsi que les politiques de SDR. Le Plan d'action révisé envisage d'accélérer la réalisation de l'objectif de l'accès universel aux services de santé sexuelle et de reproduction en Afrique au-delà de 2015.

- **La campagne de l'Union Africaine pour mettre fin au mariage des enfants**

Lancée en 2014 pour une période de quatre ans, cette campagne avait pour objectif principal d'harmoniser la législation sur les mariages en fixant à 18 ans ou plus l'âge des garçons et des filles. Au niveau national, une législation et des politiques adéquates qui interdisent, préviennent, sanctionnent, et permettant des recours en cas de mariage d'enfants, doivent être adoptés et mis en œuvre. La campagne fut prolongée pour une nouvelle période 2019-2023, dans le but de mettre fin à cette pratique.

◇ **Les documents de politique ouest africains**

- **Le partenariat de Ouagadougou**

En 2011, il y a eu le partenariat de Ouagadougou qui vise à faciliter la disponibilité et l'accessibilité de la Planification Familiale

(PF) en Afrique de l'Ouest francophone. Ce partenariat regroupe neuf pays d'Afrique francophone et leurs partenaires techniques et financiers. Un plaidoyer pour une meilleure accessibilité des dispositifs de contraception auprès des jeunes est revendiqué par les acteurs de ce partenariat.

- **La feuille de route de la CEDEAO sur la prévention et la réponse au mariage des enfants**

En 2019, la Communauté Régionale a adopté une feuille de route sur le mariage des enfants. Les axes stratégiques prévus dans cette feuille de route visent le renforcement des cadres juridiques, politiques et institutionnels, l'inclusion et la participation des enfants et des jeunes, l'implication et engagement des chefs traditionnels et religieux, le changement de comportement social, communication et médias, l'éducation, services de soutien, innovations et mesures incitatives, la coordination, suivi et évaluation.

◇ **Les documents politiques nationaux**

- **La Politique Nationale de Santé (PNS)**

La vision de la PNS est d'assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessibles et équitables, afin de satisfaire le droit à la santé de tous et en particulier les plus vulnérables.

- **La Politique Nationale de Développement Sanitaire (PNDS 2017-2022)**

La Politique Nationale de Développement Sanitaire est un cadre commun de planification et de mise en œuvre de la nouvelle Politique Nationale de Santé. Le PNDS se décline en cinq programmes visant respectivement : 1. Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents 2. Renforcement

de la lutte contre les maladies transmissibles, 3. Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique, 4. Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé, 5. Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.

- **Le repositionnement de la planification familiale au Togo**

Dans le souci de réduire la mortalité maternelle et néonatale et renforcer la planification familiale, le Togo a élaboré ce plan consécutif à son engagement de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant dans la droite ligne de la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA).

Il s'articule autour de quatre axes prioritaires :

1. Augmenter la demande des populations en matière de planification familiale
2. Améliorer l'accessibilité et l'offre des services de planification familiale ;
3. Créer un environnement habilitant ;
4. Améliorer la coordination du programme de planification

- **Le Programme National de Lutte contre les Grossesses et Mariages chez les Adolescents (PNLGMA, 2015-2019) en milieu scolaire et extrascolaire au Togo**

Ce programme se fixe pour objectif de contribuer à la réduction significative des grossesses et des mariages chez les adolescents pour la période 2015-2019. Le programme est élaboré suite aux constats de taux de grossesses élevés chez les adolescentes.

◦ **Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale (PANB-PF, 2017-2022) du Togo**

Elaboré sous l'impulsion du Ministère de la Santé et de la protection sociale avec la contribution de plusieurs acteurs dont les organisations de la société civile, le plan d'action se donne pour objectifs d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Par ailleurs le programme envisage comme stratégie d'amélioration de la santé des populations, l'augmentation du taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union de 24,4% en 2017 à 35,5% en 2022 au niveau national. Le plan a cinq objectifs spécifiques dont deux visent l'augmentation de la demande d'informations et de services de PF des femmes, des jeunes et des adolescents en favorisant un environnement propice à la planification familiale grâce à un engagement fort de l'ensemble des acteurs sociaux du Togo. Le deuxième objectif concerne l'offre et l'accès aux services de PF de qualité en renforçant la capacité des prestataires publics, privés et communautaires, et en ciblant les jeunes dans les zones rurales et les zones enclavées.

V.2 - RÉPONSES INSTITUTIONNELLES DÉVELOPPÉES PAR LES ORGANISMES INTERNATIONAUX

Les Organismes Internationaux intervenant dans la prévention et la lutte contre les grossesses des adolescentes au Togo mènent des actions dans le domaine de la gouvernance de la santé à travers l'élaboration des Normes, Directives, Politiques en matière de couverture sanitaire. Elles réalisent également des Plaidoyers et Collaborations/partenariats avec les Ministères (éducation et action sociale), signent des Accords bilatéraux avec les ONG et les OSC et mettent en place un dispositif avec l'installation des Points focaux régionaux pour la sensibilisation sur la grossesse en milieu scolaire. Elles élaborent enfin un cadre stratégique sur les VBG, financent l'achat de contraceptifs pour les adolescents et fournissent un appui technique aux acteurs offrant les services

sur le terrain. En témoignent les propos suivants recueillis auprès des personnes ressources interviewées au sein d'institutions internationales :

« Nous fournissons des directives techniques (disponibilité des politiques, stratégies solides, outils et normes techniques), l'assistance techniques de qualité, renforcement des capacités des prestataires de soins, la coordination, le plaidoyer, la redevabilité quant aux résultats, la production et gestion des connaissances, la surveillance sanitaire, le suivi des progrès, la détermination des domaines de recherche en santé, la disponibilité des données fiables pour la prise de décision et je dirai que c'est dans ce cas que votre étude nous intéresse) » (Entretien Individuel Approfondi, personne-ressource de l'OMS).

« L'UNFPA se bat au côté du gouvernement togolais pour que les phénomènes de grossesses des adolescentes et les violences basées sur le genre soient complètement bannis. En 2014, l'UNFPA a appuyé le gouvernement représenté par le ministère de la santé, le ministère de l'éducation et le ministère de l'action sociale dans l'élaboration d'un programme quinquennal (2015- 2019) pour favoriser un cadre multisectoriel de lutte contre les grossesses et les mariages précoces [...] En plus, l'UNFPA aide les formations sanitaires à créer des environnements favorables pour l'offre des services conviviaux aux jeunes et aux adolescents. Par ailleurs, l'UNFPA appuie aussi le « E-centre convivial », un centre en ligne qui donne des informations aux jeunes et aux adolescents. Ce centre permet aux jeunes d'avoir accès aux informations en ligne 24h/24 sur des questions de Santé de Reproduction.»(Entretien Individuel Approfondi, Personne ressource de l'UNFPA).

V.3 - RÉPONSES INSTITUTIONNELLES DÉVELOPPÉES PAR LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE (OSC) DANS LES LOCALITÉS DE L'INTERVENTION

Les réponses institutionnelles apportées par les OSC portent majoritairement sur des activités de prévention des VBG. Cette rubrique présente ces réponses au niveau de la préfecture de l'Ogou et celles de la préfecture de Kloto.

V.3.1 - Analyse des réponses institutionnelles développées par les Organisations de la Société Civile (OSC) dans la préfecture de l'OGO

Dans la préfecture de l'Ogou, plusieurs Organisations de la Société Civile interviennent dans la lutte contre les Violences Basées sur le Genre et la jouissance des Droits Sexuels et Reproductifs des adolescents. On peut citer entre autres les ONG et les associations telles que : SOS VITA, CREJe, ATPDC, ATBEF Ogou.

- **L'ONG SOS VITA** (Association pour la Protection et la Promotion de la Vie)

L'ONG SOS VITA développe des réponses de prévention des Violences Basées sur le Genre notamment les VBG sexuelles dans le but de susciter chez les adolescentes un éveil de conscience par rapport à leur vulnérabilité en ce qui concerne les grossesses précoces et de leurs conséquences. Elle adopte également des stratégies telles que :

- les activités de sensibilisation (dans les salles de classe, au niveau du mât, les sensibilisations de masse et de proximité à travers la radio, la télévision, les réseaux sociaux, les sketches, la réalisation de chansons messages, la constitution des clubs scolaires et extrascolaires etc...);
- l'appui et l'accompagnement des clubs de jeunes constitués (réalisation des plans d'action de leurs activités et désignation d'un encadrant de chaque club constitué);
- la paire-éducation.
- les causeries éducatives et le counseling ;

- le renforcement des capacités des adolescentes et des communautés ;
- les activités de dénonciation au sein des communautés et à travers la ligne verte.

La région des plateaux est la zone de couverture des actions de SOS VITA avec des focalisations sur les préfectures de l'Est-Mono, Ogou, Kloto et Akébou. Ces réponses sont développées grâce à différents partenaires : ONG Plan International Togo, Fonds Mondial de Lutte contre le sida et la Tuberculose. Ministère de la Santé, Ministère de l'Action sociale ; Ministère de la Justice.

- **L'ONG CREJe** (Cercle de Réflexion pour l'Emergence des Jeunes)

L'ONG CREJe pour sa part, développe des réponses allant dans le sens de la prise en compte, à la fois, des VBG et de la SDSR. Ses réponses portent spécifiquement sur des actions de prise en charge médicale des cas de VBG sexuelles et des IST/VIH/sida (notamment des actions visant à garantir une santé sexuelle et de la reproduction des adolescents) ; puis sur des actions de lutte contre les VBG à travers les actions de formation, de sensibilisation et de dénonciation, (actions ayant pour but ultime, la préservation et la défense des Droits humains fondamentaux en l'occurrence les Droits de l'enfant et de l'adolescent).

En vue d'atteindre ses objectifs, l'ONG CREJe fait recours aux stratégies suivantes :

- une stratégie préventive avec réalisation des actions de sensibilisation sur les VBG à l'endroit des adolescentes ;
- les actions de dénonciations des cas de VBG sexuelles auprès des autorités judiciaires ;
- le suivi des actions de dénonciation jusqu'à la punition des auteurs des VBG sexuelles surtout le viol ;
- l'offre de méthodes de PF à stratégie avancée aux adolescents lors des sensibilisations dans les établissements scolaires et centres d'apprentissages ;

- l'organisation hebdomadaire de causeries éducatives sur l'hygiène et la santé sexuelle et reproductive ;
- la formation des jeunes sur leurs Droits sexuels ;
- l'organisation des émissions radiophoniques.
- la médiation.

Cette organisation intervient principalement dans la région des plateaux et couvre plus précisément les préfectures de l'Est Mono, Ogou, Anié, Haho et Amou. Ses différents partenaires techniques et financiers sont entre autres : UNFPA ; Fonds Mondial ; Corps de la Paix ; SOS Villages d'Enfants ; Ministère de l'Action Sociale, ONG Odjoubo (Atakpame) ; APFD (Association de Promotion féminine pour le Développement sise à Atakpamé), Campagne des Femmes (CFD).

- **L'ONG ATPDC** (Association Togolaise pour la Promotion et le Développement Communautaire)

L'ATPDC figure également parmi les associations qui élaborent des réponses en vue de réduire les VBG dont sont victimes les adolescentes dans la préfecture de l'Ogou. Ses réponses portent sur des actions de prévention et de dénonciation pour lutter contre les VBG et des actions visant à garantir les Droits sexuels et Reproductifs des adolescents. Elle procède également à la production de statistiques sur les cas de grossesses non désirées.

Ces réponses touchant le district sanitaire de l'Ogou sont développées à travers les stratégies suivantes :

- Sensibilisations à l'endroit des adolescentes et de la population en général sur les méfaits des grossesses d'adolescentes dans les écoles, surtout dans les collèges et lycées à travers l'approche IEC (Information Education Sensibilisation) ;
- Counseling aux adolescents et

adolescentes sur leur vie sexuelle et reproductive ;

- Augmentation stratégique des frais de consultations pour les auteurs identifiés des VBG sexuelles (2000 F au lieu de 500F réguliers) ;
- Offre de services de PF aux adolescents dans la clinique fixe.
- **ATBEF** (Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial)

Les réponses de prévention et de lutte contre les VBG adoptées par l'ATBEF (région des Plateaux) consistent à :

- La promotion de la santé sexuelle et de la reproduction à l'endroit de la population en général et surtout à l'endroit des adolescents ;
- La sensibilisation des adolescents dans les établissements scolaires et dans les centres d'apprentissage ;
- La prévention des grossesses et surtout les grossesses précoces et non désirées.
- L'offre de services conviviaux aux jeunes et adolescents dans la clinique
- L'organisation des sensibilisations radiophoniques ;
- L'organisation des sensibilisations sur les thématiques de l'autonomisation de la jeune fille ;
- L'offre en stratégie mobile, c'est-à-dire on va vers la population, en quelque sorte « on transporte la clinique vers la population » ;
- Le dépistage des cas d'IST/VIH ;
- Le traitement de ces cas au besoin ;
- Le renforcement des capacités des acteurs communautaires et des OBC en vue de leur faciliter la réalisation des activités aux clubs de jeunes ;
- Le renforcement des capacités des adolescents sur le genre, les violences basées sur le genre, les comportements à adopter pour éviter ces violences, bref, la

prise en compte des sept composantes de l'Éducation Sexuelle Complète (ESC) ;

- ° Le renforcement des capacités des adolescents sur la stratégie de la paire éducation.
- ° Le service fixe d'offres avec la clinique fixe et le service mobile avec la clinique mobile.

Ces différentes réponses se développent dans la région des Plateaux mais avec des fixations sur les préfectures de l'Ogou, Est Mono et Moyen Mono en synergie avec des partenaires techniques étatiques tels que les Ministères de la planification, de l'Éducation, de la Sécurité, de la Justice et de l'Action sociale.

Par ailleurs, à Akparé, les femmes ont affirmé lors des entretiens de groupe que la Croix Rouge Togolaise développe également des réponses de prévention et de lutte contre les VBG et la jouissance des DSR des adolescents à travers le renforcement de leurs capacités sur la SDR, de manière à les outiller pour mener des activités de sensibilisations à l'endroit des adolescentes sur les thématiques des méfaits des grossesses précoces et l'utilisation des méthodes contraceptives.

« Au niveau d'Akparé, la Croix Rouge Togolaise nous forme pour sensibiliser les adolescents(e)s sur les grossesses précoces et l'adoption des méthodes de PF. Nous avons ainsi effectué des sensibilisations à l'endroit des adolescentes en vue de les encourager à adopter ces méthodes. Cependant, on remarque que toutes les filles n'aiment pas se rendre au centre de santé pour recevoir ces méthodes. La dernière fois, on a rassemblé les adolescentes apprenties pour leur faire le test de dépistage. Certaines de ses filles ont reçu des injections, mais d'autres non » (Focus Groupe Femmes, Akparé).

V.3.2 - Analyse des réponses institutionnelles développées par les Organisations de la Société Civile (OSC) dans la préfecture de KLOTO

Au niveau de la préfecture de Klotou, certains Organismes Non Gouvernementaux s'inscrivent dans la lutte contre les grossesses d'adolescentes. Il s'agit notamment de APMED, GRASE POPULATION et l'ATBEF Lomé

- **L'ONG APMED** (Action Protection Mère et Enfants pour le Développement)

Situé dans la ville de Kpalimé, à 12 km de Lavié et à environ 6 km de Tové l'ONG APMED œuvre dans l'éducation des adultes, l'alphabétisation, le droit foncier et l'accès de la femme à la terre. Elle aide les femmes à participer au développement local et à s'impliquer davantage dans la vie publique. L'ONG APMED accompagne les orphelins et les jeunes filles déscolarisées à réaliser leur projet professionnel. Les localités couvertes par ses actions sont : Agou, Danyi, Kpélé, et le Bas- Mono.

La réduction des grossesses d'adolescentes ne fait pas partie des principales thématiques sur lesquelles l'ONG APMED travaille. Cependant, elle aborde la question de façon transversale en réseautage avec les autres ONG de la préfecture. L'un des responsables de l'APMED confirme :

« L'ONG n'a pas encore eu de financement relatif aux grossesses d'adolescentes pour mener des activités autour de cette thématique. Nos domaines d'action sont: l'éducation des adultes, l'alphabétisation; le droit foncier et l'accès de la femme à la terre. Les sensibilisations en matière de VIH/sida, les grossesses précoces en milieu scolaire, les harcèlements sexuels sont des thèmes transversaux sur lesquels nous avons eu à travailler » (Entretien Individuel Approfondi, Personne ressource, APMED, Kpalimé).

A la lecture de cet extrait d'entretien, on peut identifier les thématiques autour desquelles APMED mène des actions. L'ONG APMED est connue et souvent sollicitée pour régler les litiges fonciers concernant les femmes. Ceci constitue sa principale force. Au rang des limites, on note une absence de partenaires pour financer les activités de l'ONG. Le seul partenaire cité est l'ONG Plan Togo.

- **L'ONG GRASE POPULATION** (Groupe de Recherche et d'Appui pour la Santé et l'Éducation de la Population)

L'ONG Groupe de Recherche et d'Appui pour la Santé et l'Éducation de la Population (GRASE POPULATION) se trouve à Kpélé-Adéta à 18 km de Lavié et à 32 km de Tové. Elle mène des activités dans plusieurs domaines notamment :

- le suivi des activités des Agents de Santé Communautaires en l'occurrence la distribution des préservatifs ;
- la santé sexuelle des jeunes scolarisés et extrascolaires ;
- l'implication des hommes dans la promotion de l'équité genre.

GRASE POPULATION accueille et conseille les adolescentes et adolescents qui sollicitent leurs services. Les localités bénéficiaires des activités d'intervention de GRASE POPULATION sont essentiellement : Kpélé-Adéta et Danyi.

La grossesse d'adolescente en lien avec les VBG et la SDR n'est pas une thématique centrale autour de laquelle GRASE POPULATION mène des interventions. Toutefois, en luttant contre la contamination au VIH/sida par la distribution des préservatifs et l'offre des conseils aux jeunes, on peut considérer que cette organisation contribue indirectement à la réduction du phénomène de grossesse d'adolescente.

Les principaux partenaires financiers énumérés par nos interlocuteurs sont : L'Unité de Gestion des Projets du Togo (UGP), le Conseil National de Lutte contre le Sida, le réseau « Men Engage Togo ».

- **L'ONG ASMENE** (Association pour la Santé de la Mère et de l'Enfant)

L'ONG ASMENE, mène des actions de prévention des grossesses d'adolescentes en milieu scolaire et extrascolaire et des actions de prise en charge des victimes de grossesses d'adolescentes. En ce qui concerne la prévention des grossesses chez les adolescentes, ASMENE passe par la paire éducation et la mise en place des « médiatrices communautaires³⁰ » pour relayer les messages de sensibilisations et le suivi des activités d'interventions dans le but de réduire les grossesses d'adolescentes et d'accompagner celles qui en sont victimes. Les localités dans lesquelles ASMENE mènent ses interventions sont : les préfectures de Danyi, Kpélé, Kloto, Amou, Ogou et Lomé-Commune.

Plusieurs partenaires travaillent en collaboration avec l'ONG ASMENE pour l'atteinte de ses objectifs : Espagnole SONRISAS DELALI, Aide, SOS VITA, WAO AFRIQUE, CREJe, Petite Sœur à Sœur, KEKELI, ACDEP (Action pour le Développement des Populations), Compassion International Togo, PNUD, Ministère de la Santé, Ministère de l'Action Sociale.

L'ONG ASMENE reste un acteur clé et une structure de référence dans la lutte contre les grossesses précoces et de prise en charge des victimes.

³⁰ Les médiatrices communautaires sont des femmes ayant passé leur adolescence sans avoir été victimes de grossesses précoces. Elles sont formées et présentées aux adolescents comme des modèles à suivre. En plus elles appuient l'ONG dans les activités de sensibilisations réalisées dans les écoles et dans les centres d'apprentissage.

- **L'ONG ATBEF** (L'Association togolaise pour le Bien-Etre Familial)

L'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF) mène des actions dans la Santé et Droits Sexuels et Reproductifs de la population en général, y compris les adolescents. Créée depuis 1975, l'ATBEF réalise plusieurs projets dans toutes les régions du Togo. Pour ce qui concerne la préfecture de Kloto dans la région des plateaux et plus précisément les localités de Lavié et de Tové, l'ATBEF a réalisé entre 2016 et 2019 un projet intitulé « Santé de reproduction des hommes et des garçons au Togo ». Ce projet a pour objectif de réduire de 30% la mortalité maternelle et infantile par l'amélioration de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à travers l'implication des hommes et des garçons dans la planification familiale au Togo.

Dans la mise en œuvre de ce projet, l'ATBEF a créé des Clubs de jeunes et des Ecoles de Maris. Ces Ecoles de Maris et Clubs de Jeunes ont véhiculé des messages relatifs à la masculinité positive, aux violences basées sur le genre et sur l'avantage des méthodes contraceptives. La mise en œuvre de ce projet a conduit à un changement de perception et de comportement vis-à-vis de leur santé sexuelle et reproductive et des violences sexistes et sexuelles entraînant la réduction des grossesses d'adolescentes à Lavié et à Tové. Il faut souligner que ce projet aurait eu indirectement quelques effets sur les grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG.

L'efficacité de ce projet repose sur la stratégie innovante de l'ATBEF qui a consisté à créer au sein des localités de l'étude des Clubs de Jeunes et des Ecoles de Maris. Pour mettre en place ces activités, les membres sont choisis dans la communauté avec des critères bien définis, pour relayer régulièrement les messages dans la communauté. La régularité des séances de sensibilisations a favorisé le changement de comportement des bénéficiaires.

L'ATBEF collabore avec plusieurs partenaires internationaux et nationaux notamment : l'IPPF, le CRDI, l'UNFPA, le Ministère de la Santé, le Ministère de la justice, le Ministère de l'éducation, le WiLDAF AO, le WiLDAF-Togo, le GF2D, la CROIX Rouge Togo, etc.

V.4 - ANALYSE DES RÉPONSES INSTITUTIONNELLES DÉVELOPPÉES PAR LES SERVICES TECHNIQUES DE L'ETAT DANS LES LOCALITÉS DE L'INTERVENTION

En dehors des organisations de la société civile, les services techniques de l'Etat tels que l'Education, la Santé et la Gendarmerie essayent d'apporter leur contribution à la réduction des VBG dans les localités de l'intervention. Cette rubrique présente les réponses de ces acteurs dans chacune des deux préfectures de l'étude.

V.4.1 -Analyse des réponses institutionnelles développées par les services techniques de l'Etat dans la préfecture de l'OGOU

Les services techniques de l'Etat (Education, santé, gendarmerie) collaborent avec les ONG et les autorités locales pour apporter des réponses aux violences sexuelles et sexistes. Ils sont généralement sollicités par les OSC pour apporter leur soutien dans la prise en charge des victimes de viols et dans la gestion des recours juridiques entamés lors des processus de dénonciations.

◇ Actions menées au niveau des institutions scolaires

Les établissements scolaires mènent également des actions de prévention et de lutte contre les grossesses d'adolescentes telles que les sensibilisations lors des cours de compétences de vie courante (CVC). Les chefs d'établissements moralisent les élèves sur l'importance de s'attacher à leurs études pour réussir leurs vies avant de s'intéresser aux activités sexuelles. En outre, ils sanctionnent les auteurs des violences physiques et sexuelles au sein de l'établissement scolaire.

Les responsables d'établissement scolaires

(notamment les proviseurs de Lycée d'Akparé et de l'EPP Adzreke-Yorokpodzi) n'hésitent pas à convoquer les parents d'élèves et ceux des auteurs des violences à des réunions extraordinaires afin de les sensibiliser à accorder un intérêt particulier pour l'encadrement de leurs enfants.

◊ *Actions menées par les acteurs du secteur de la santé*

Au-delà des acteurs de l'éducation, les acteurs du secteur de la santé constituent une autre catégorie d'acteurs essentiels dans la riposte en cas de prise en charge des VBG surtout les violences sexuelles. Les infirmiers et sages-femmes interviewés dans les localités de l'étude témoignent la récurrence des cas de violences sexuelles qu'elles essayent de prendre en charge dans la limite de leurs compétences et de leurs moyens. Pour des cas diagnostiqués comme assez graves et difficilement gérables au niveau de la localité, les assistants les réfèrent aux Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

V.4.2 - Analyse des réponses institutionnelles développées par les services techniques de l'Etat dans la préfecture de KLOTO

La préfecture de Klotou, à l'instar des autres préfectures bénéficie des actions des services techniques de l'Etat dans la lutte contre le phénomène de grossesses d'adolescentes et de réduction des VBG. Ces actions se situent aussi bien dans la prévention des grossesses précoces et des violences basées sur le genre que dans la prise en charge des victimes et de la sanction des auteurs.

◊ *Actions menées au niveau des institutions scolaires*

Les responsables des établissements scolaires interviewés ont confié que l'encadrement des élèves adolescents est souvent difficile parce qu'à cette période de la vie, très peu d'adolescents sont réceptifs aux conseils et aux avertissements promulgués par les parents et les enseignants. Certaines jeunes filles inscrites dans les établissements d'enseignement se retrouvent enceintes. Au

lycée de Tové par exemple, l'établissement enregistre en moyenne une dizaine de grossesses par an. Sur ces 10 cas de grossesses, 7 filles abandonnent leur scolarité et 3 la poursuivent jusqu'à l'accouchement. Selon ces responsables d'établissements, les grossesses d'adolescentes seraient liées aux comportements sexuels jugés « irresponsables » des jeunes, « à l'exposition quotidienne des élèves aux films pornographiques surtout avec l'utilisation des téléphones portables évolués, aux comportements irresponsables de certains parents, au phénomène d'envoutement qui se pratique dans la localité, etc. ». Pour lutter contre la survenue de grossesses chez les jeunes filles, différentes actions sont menées au sein des établissements scolaires :

- ***Sensibilisation par les OSC dans les établissements scolaires***

Les chefs d'établissement autorisent les organismes qui s'investissent dans la lutte contre le phénomène à mener des activités de sensibilisation à l'endroit du corps professoral et des élèves au sein de l'établissement scolaire. L'ONG Plan Togo a été citée comme une organisation menant des actions de lutte au sein du lycée de Tové. En 2018, deux sessions de formation ont été organisées à l'endroit des professeurs, du bureau des parents d'élèves et des élèves sur les notions de violence, de droits et de protection des adolescents contre les grossesses. En revanche, aucune structure n'a été citée au sein du lycée de Lavié.

- ***Sensibilisation des parents d'élèves sur l'importance de leur responsabilité et de l'attention à accorder à l'éducation de la fille***

Que ce soit dans les lycées de Lavié ou de Tové, les chefs d'établissement ont soutenu qu'ils mènent des actions de sensibilisation auprès des parents d'élèves sur l'accompagnement et la protection des élèves filles notamment dans le souci d'éviter les abandons scolaires liés aux grossesses. Les Assemblées Générales d'établissement sont aussi des occasions où le risque de survenue est rappelé.

- **Sensibilisation et sanction des élèves**

Les chefs d'établissements sensibilisent les élèves sur les attitudes et comportements à adopter pour éviter les grossesses précoces. L'une des recommandations des chefs d'établissement porte sur l'interdiction pour les élèves de suivre des films pornographiques ou tout support pornographique au sein de l'établissement. Lorsque ces règles sont transgressées, les téléphones portables et/ou supports sont saisis par l'administration.

- **Sensibilisations des élèves enceintes et de leurs parents sur la nécessité de la reprise des études après l'accouchement**

Lorsque la grossesse d'une adolescente est découverte, les responsables des établissements convoquent les parents de l'adolescente pour leur rappeler l'importance de l'éducation scolaire de la fille et les incitent à l'accompagner dans sa situation de sorte qu'elle puisse poursuivre ses études après sa maternité.

Actions menées par les acteurs du secteur de la santé Le secteur de la santé figure également dans la liste des services étatiques menant des actions de lutte contre les grossesses d'adolescentes. Les agents de santé affirment qu'ils donnent des conseils aux adolescents(es) qui sollicitent des services de SR/PF. Ils disent aussi qu'ils organisent des séances de « sensibilisations de masse » au sein des établissements scolaires :

« Nous allons souvent dans les écoles pour sensibiliser les élèves et donner des informations, des explications sur le plan sexuel. Quelques fois, c'est par le biais des causeries débats que nous véhiculons les messages relatifs aux risques des grossesses précoces mais aussi des informations pour pouvoir avoir une vie sexuelle épanouie sans craindre de tomber enceinte » (Prestataire de santé, Lavié)

De plus dans leurs activités de sensibilisations, les agents de santé véhiculent des messages relatifs à l'abstinence et à l'utilisation de

méthodes contraceptives pour éviter les grossesses non prévues, des infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida. Parfois, ils travaillent en collaboration avec des ONG comme ATER-SANTE et l'ATBEF à travers les clubs de jeunes et les écoles de maris dans la localité de Tové. L'agent de santé de Tové n'a pas manqué de le souligner lors de notre entretien :

« Les dispositions prises à notre niveau c'est la sensibilisation que nous organisons dans les écoles avec l'appui de certaines ONGs à l'instar d'ATER- SANTE. En parlant des pratiques à adopter pour éviter les grossesses en milieu scolaire, nous insistons sur l'abstinence c'est leur premier remède en tant qu'élève, nous parlons des méthodes de contraceptions également pour ceux qui ne pourrons pas pratiquer l'abstinence afin d'éviter les grossesses non désirées. Nous organisons aussi les sensibilisations de masse. Nous bénéficions de l'aide du club des jeunes de l'ATBEF ici à Tové- Ati. Nous travaillons en collaboration avec ce club des jeunes pour sensibiliser la population de Tové et les élèves à utiliser les services de planning familial. Nous leur fournissons des préservatifs pour les distribuer à ceux qui viennent à eux pour les leur demander » (Prestataire de santé, Tové)

Pour ce qui concerne les adolescentes victimes de grossesses non prévues, elles bénéficient d'un suivi sanitaire jusqu'à l'accouchement puis, cette étape passée, elles bénéficient avec leur accord d'une méthode de planification familiale.

V.5 - ANALYSE DES RÉPONSES INSTITUTIONNELLES DÉVELOPPÉES PAR LES LEADERS COMMUNAUTAIRES ET RELIGIEUX DANS LES LOCALITÉS DE L'INTERVENTION

V.5.1 - Analyse des réponses institutionnelles développées par les Leaders communautaires et religieux dans la préfecture de l'OGO

◇ Moralisation des jeunes et adolescents

Les leaders communautaires et leaders religieux ont indiqué qu'ils optent souvent pour la moralisation des jeunes en vue de prévenir les violences sexuelles dans la préfecture de l'Ogou. Cette moralisation a pour but de conscientiser les jeunes. Elle est basée sur les enseignements contenus dans les livres sacrés (Bible, Coran). Les leaders appuient leurs sensibilisations en citant les modèles de filles de la localité qui ont réussi leurs études et sont devenues des personnalités honorables dans la société.

« Dans un premier temps, nous avons la parole de Dieu. C'est elle qui nous enseigne dans sa totalité qu'une personne qui n'est pas mariée n'a pas accès aux rapports sexuels. Nous les éduquons sur les conséquences des rapports sexuels hors mariages et sur leurs avènements. Nous les enseignons aussi sur les étapes du mariage et sur leurs importances ». (Propos d'un leader religieux lors d'un focus group à Akparé_Ogou).

« Nous avons gongonné [alerté à l'aide d'un gong] dans tout le village d'Akparé pour sensibiliser tous les parents à s'occuper de leurs filles en les envoyant à l'école ou en apprentissage et à éviter les viols. On ne veut pas voir dans le village un enfant en âge d'être scolarisé à la maison. Nous avons utilisé le mégaphone pour parler à tous les parents dans toutes les contrées d'Akparé » (Propos d'un chef traditionnel lors d'un focus group à Akparé_Ogou).

◇ Recours des leaders communautaires à la gendarmerie en cas de viol

Lorsqu'un cas de viol survient malgré la moralisation des jeunes et des populations, les leaders communautaires disent recourir aux forces de l'ordre et de sécurité pour la gestion du cas comme l'attestent les propos d'un leader communautaire : « Lorsque surviennent les cas de viols, nous conduisons directement les auteurs à la gendarmerie et ils répondent à leurs mauvais actes » (Focus-group leaders communautaires et leader religieux, Akparé_Ogou).

V.5.2 - Analyse des réponses institutionnelles développées par les Leaders communautaires et religieux dans la préfecture de KLOT

▪ Appui aux activités de sensibilisations sur les risques de grossesses d'adolescentes

Les leaders Communautaires et leaders Religieux interviewés affirment qu'ils sont régulièrement sollicités pour venir en appui aux activités de sensibilisations à l'endroit de la population. On peut citer les activités relevant des « écoles de maris » et des « clubs de jeunes » organisées par l'ATBEF dans leurs localités.

Ces messages concernent essentiellement les violences basées sur le genre et les sanctions prévues par la loi envers les auteurs de violences basées sur le genre. Les informations encouragent également à adopter la masculinité positive et la planification familiale pour éviter les grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives, trop nombreuses. Ainsi par l'appui des activités des écoles de maris et des clubs de jeunes, les leaders Communautaires et leaders Religieux apportent leur soutien pour réduire les grossesses d'adolescentes dans leurs communautés.

- Sanction et purification suite à une violence sexuelle commise à même le sol, contre un poteau électrique ou contre un mur

Les leaders communautaires et les Leaders religieux veillent au respect des interdits notamment ceux relatifs à la sexualité dans leur localité. Par exemple, les grossesses consécutives à des rapports sexuels liés à des violences sexuelles commises à même le sol, contre un poteau électrique ou contre un mur, sont perçues comme la transgression d'une norme culturelle dans le canton de Lavié. Si les leaders communautaires et religieux sont informés, des cérémonies de réparation sont organisées pour purifier l'auteur, la victime et tout le village. Lors de cette cérémonie des sacrifices de chèvre, de coqs, de boissons, de beignets ainsi qu'une somme de 5 000 francs CFA sont offerts aux dieux. Une fois ces cérémonies réalisées, les individus concernés sont libérés de la colère des dieux et chacun d'entre eux pourra refaire sa vie.

A Tové, il a été spécifiquement relevé que les leaders communautaires et les leaders religieux usent de leur autorité pour amener les auteurs de l'envoûtement des filles à procéder au désenvoûtement de ces dernières :

« Chez nous à Tové ici, il y a eu des cas de violence où le garçon a envoûté la fille pour avoir des relations sexuelles avec cette dernière. Vu le problème que cela pose dans le futur pour la fille surtout lorsqu'elle reprend conscience, pour ses enfants et le couple, nous avons interdit cette pratique. Mais, certains continuent de s'en servir pour nuire aux filles. Toutefois, si on apprend que vous avez agi ainsi, on vous convoque sous l'arbre à palabre et on vous amène à annuler l'effet de l'envoûtement sous peine d'être sanctionné par la loi comme auteur de violence. Le constat aujourd'hui est que ces pratiques ont diminué dans notre localité. » (Focus group Leaders communautaires, Tové).

V.6 – LIMITES DES RÉPONSES INSTITUTIONNELLES DÉVELOPPÉES PAR LES OSC, LES SERVICES ÉTATIQUES ET LES LEADERS COMMUNAUTAIRES

A l'issue de l'analyse des réponses institutionnelles développées par les OSC, les acteurs étatiques et les leaders communautaires et religieux dans les localités de l'étude, des constats ont été faits et ils s'interprètent dans l'analyse comme des limites de ces réponses.

V.6.1 – Limites des réponses institutionnelles recueillies au niveau des Organismes Internationaux

◊ ***Non intégration de la recherche-action dans les plans d'action des ONG en matière de prévention et de lutte contre les VBG et les GA***

De manière générale, les Organismes Internationaux font remarquer que la culture de la recherche est peu développée auprès des acteurs des interventions (en l'occurrence les OSC) et regrettent que de nombreuses interventions soient menées sans qu'elles soient basées sur des données de recherche probantes. D'autres Organismes Internationaux regrettent de ne pas encore arriver à étendre leurs actions au-delà de la prévention c'est-à-dire faire de la prise en charge des cas de Grossesses d'adolescentes. On note également que la communication reste défailante parce que la cible « adolescente » n'est pas encore suffisamment informée. Aussi, malgré toutes les dispositions juridiques existantes au niveau national, régional et international en matière de prévention et de lutte contre les grossesses d'adolescentes, le cadre juridique demeure peu efficace (en raison de la faiblesse des mécanismes de répression, la corruption, les lois non encore existantes, les lois existantes mais non appliquées, etc.).

◇ **Le manque de concertation dans les plans d'action des ONG en matière de prévention et de lutte contre les VBG et les GA**

Le manque de concertation entre les acteurs intervenant dans la mise en œuvre des réponses affaiblit en outre l'efficacité des actions en créant une pluralité de messages de sensibilisation, lesquels se contredisent souvent.

En outre l'absence des thématiques sur VBG et la SDSR dans les curricula de formation scolaire fragilise également la lutte. Les pesanteurs socioculturelles constituent des freins à l'assistance juridique en cas de VBG Sexuelles à partir du moment où les mentalités n'ont pas encore totalement changé. Des plaintes sont souvent retirées par les familles au nom de la parentalité et de la préservation des liens familiaux et des relations de bons voisinages.

V.6.2 – Limites des réponses institutionnelles recueillies au niveau des acteurs de lutte contre les VBG dans les localités de l'intervention

◇ **Au niveau des réponses des acteurs institutionnels de la préfecture de l'Ogou**

Cette rubrique présente les limites des acteurs institutionnels de la préfecture de l'Ogou. Elle porte sur deux aspects principaux : l'aire de couverture géographique des interventions de ces structures et la faiblesse du mécanisme de développement des partenariats entre les OSC intervenant dans la problématique.

▪ **L'aire de couverture géographique des actions des OSC non étendue aux localités de l'intervention**

Il convient de retenir que l'ensemble des structures/institutions élaborant des réponses de prévention et de lutte contre les VBG et pour favoriser la jouissance des DSR des adolescents interviennent dans la préfecture

de l'Ogou, sans qu'aucune d'elles ne mène directement des actions dans les localités de l'étude à savoir Akparé et Yorokpodzi.

Les données quantitatives recueillies auprès des membres des communautés ont permis de cerner leurs connaissances des institutions/structures intervenant dans le domaine des VBG dans leurs localités. Comme le montre le tableau V.1, à Akparé, les communautés connaissent mieux le Commissariat/la Gendarmerie et la Justice (72,3%), suivi de la chefferie traditionnelle (45,4), des Formations Sanitaires (7,6%) et de l'ATBEF (7,1%).

A Yorokpodzi, il est ressorti selon les données du tableau V.2 que les communautés connaissent mieux la chefferie traditionnelle (74,1%), suivi du Commissariat/la Gendarmerie et la Justice (68,5%), et enfin de l'ONG Plan International Togo (13%).

On peut donc remarquer que les formations sanitaires ne sont pas citées à Yorokpodzi à cause de l'inexistence d'une unité de soins périphérique dans la localité. Finalement, les institutions de prévention et de lutte contre les VBG les mieux connues par les membres des communautés à Akparé et à Yorokpodzi sont le Commissariat/Gendarmerie/Justice et la chefferie traditionnelle :

Tableau V1 : Répartition par sexe des enquêtés d'Akparé ayant connaissance de l'existence d'institutions/structures qui interviennent dans le domaine des VBG

Institutions/Structures		SEXE					
		Masculin		Féminin		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
ATBEF	Non	98	90,7	123	94,6	221	92,9
	Oui	10	9,3	7	5,4	17	7,1
Chefferie traditionnelle	Non	56	51,9	74	56,9	130	54,6
	Oui	52	48,1	56	43,1	108	45,4
Commissariat / Gendarmerie / Justice	Non	34	31,5	32	24,6	66	27,7
	Oui	74	68,5	98	75,4	172	72,3
Plan Togo	Non	96	88,9	127	97,7	223	93,7
	Oui	12	11,1	3	2,3	15	6,3
Formation sanitaire	Non	99	91,7	121	93,1	220	92,4
		9	8,3	9	6,9	18	7,6
Total		108	100.0	130	100.0	238	100.0

Tableau V2 : Répartition par sexe des enquêtés de Yorokpodzi ayant connaissance de l'existence d'institutions/structures qui interviennent dans le domaine des VBG

Institutions/Structures		SEXE					
		Masculin		Féminin		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
ATBEF	Non	30	85,7	19	100,0	49	90,7
	Oui	5	14,3	0	0,0	5	9,3
Chefferie traditionnelle	Non	10	28,6	4	21,1	14	25,9
	Oui	25	71,4	15	78,9	40	74,1
Commissariat / Gendarmerie / Justice	Non	11	31,4	6	31,6	17	31,5
	Oui	24	68,6	13	68,4	37	68,5
Plan Togo	Non	30	85,7	17	89,5	47	87,0
	Oui	5	14,3	2	10,5	7	13,0
Total		108	100.0	130	100.0	238	100.0

On peut donc faire le constat que les OSC touchées par l'enquête institutionnelle qualitative ne sont pas connues par les membres des communautés de l'étude³¹. Ce constat paraît compréhensible dans la mesure où la majorité des réponses de prévention et de lutte contre les VBG développées par les ONG de la préfecture de l'Ogou ne touchent pas les localités de l'étude c'est-à-dire Akparé et Yorokpodzi. Les acteurs des structures/institutions expliquent l'absence de leurs interventions dans les localités de l'étude par le fait que les choix de leurs sites d'intervention sont le plus souvent orientés et guidés par les priorités des bailleurs de fonds.

Même au sein des institutions de lutte étatiques telles que la Gendarmerie, les formations sanitaires, ces dernières sont peu fréquentées. Bien qu'il existe un centre médicosocial à Akparé, seulement 7,6% l'ont cité comme institution de recours en cas de VBG. L'insuffisance de connaissance des Formations Sanitaires par les adolescentes dans les localités de l'étude peut s'expliquer par leur rare fréquentation de ces dernières d'une part et par leur éloignement géographique d'autre part³². Cette situation est consécutive aux mauvaises perceptions des méthodes de PF par les familles sans oublier les rumeurs qui leur sont associées :

« Les adolescentes ne se rendent pas au centre de santé parce que non seulement l'accueil n'est pas bon mais aussi il y a des parents qui ont interdit à leur fille l'utilisation des méthodes contraceptives. Lorsque les agents de santé étaient venus pour sensibiliser les apprentis, il y avait une maman qui est allée au lieu de la sensibilisation pour demander à sa fille de ne jamais accepter aucune méthode contraceptive. Et sa fille aussi lui a obéi puisque c'était une menace. » (Focus group femmes ; Akparé)

³¹ La méconnaissance de ces OSC de lutte et de prévention par les membres des communautés se révèle à suffisance par le volet quantitatif, ce qui renforce bien les résultats du volet qualitatif. En d'autres termes, le fait que les OSC n'interviennent pas dans ces localités de l'étude explique pourquoi elles ne sont pas bien connues des communautés.

³² La localité de Yorokpodzi ne dispose pas de formation sanitaire.

- **Faible partenariat entre les acteurs institutionnels de l'Ogou**

L'analyse des partenariats entre les acteurs institutionnels de lutte contre les VBG dans la préfecture de l'Ogou montre que ce partenariat est faible et peu fonctionnel. Ce dysfonctionnement s'explique par la faiblesse du cadre de concertation et l'existence des conflits de leadership au sein des OSC en ce qui concerne la mise en place des partenariats durables et efficaces.

- **Faiblesse du cadre de concertation des acteurs**

En ce qui concerne les partenariats, il est essentiellement ressorti que les ONG et les associations qui développent des réponses de prévention et de lutte contre les VBG dans la préfecture de l'Ogou collaborent avec six (6) principaux services techniques de l'Etat : les Ministères de la Santé, de la planification, de l'Education, de la Sécurité, de l'Action sociale et de la Justice.

Toutefois, ce cadre de collaboration n'est pas formalisé et n'est pas bien fonctionnel. Il nécessite, en conséquence, une redynamisation à travers la dotation de ressources techniques, humaines et financières. Cette nécessité de redynamisation du mécanisme de collaboration existant est relevée par une personne ressource de l'ONG SOS VITA en ces termes :

« Il existe certes un cadre de concertation au niveau préfectoral. Mais ce partenariat n'est pas formalisé. Il n'y a pas un cadre formalisé avec des mécanismes bien en place pour coordonner la prévention et la lutte contre les VBG. En effet, ce cadre manque de ressources financières pour jouer pleinement son rôle. Le fonctionnement de ce cadre repose essentiellement sur le Directeur Préfectoral de l'Action sociale de la préfecture, puisque c'est son domaine privilégié. Donc il existe déjà un embryon de concertation qui se crée. Il reste maintenant

à renforcer ce cadre qui a été mis en place à la suite d'un arrêté ministériel et c'est le Ministère de l'Action sociale qui tient le leadership » (Entretien institutionnel avec une personne ressource de l'ONG SOS VITA).

- **Conflits de leadership au sein des OSC œuvrant pour la réduction des VBG**

Dans la préfecture de l'Ogou, le développement des partenariats entre les structures/institutions de prévention et de lutte contre les VBG est fragilisé par les différents conflits d'intérêts et de leadership au sein des structures. Des tentatives de développement des partenariats ont échoué à cause de ces conflits de leadership et d'intérêt. Les problèmes d'organisation et de réseautage handicapent donc également les actions des ONG sur le terrain et expliquent la persistance de ces fléaux visés par le projet. Ce constat vaut pour l'ensemble des ONG du Togo sans distinction du domaine d'intervention. Comme le déplore le rapport de Cartographie Générale des Organisations de la Société Civile au TOGO du PROCEMA, il existe au sein des ONG du pays une concurrence entre faitières/réseaux et leurs membres, le faible respect des textes et règlements internes. Un responsable de structure livre son témoignage :

« Il se pose un conflit de leadership entre les OSC elles-mêmes lorsqu'il est question de réussir cette plateforme. Quand on se retrouve souvent, chacun veut porter le lead. Le terrain d'Atakpamé est un peu bizarre. Lorsque tu veux prendre le lead parce que tu veux voir les choses évoluer, on te taxe de celui qui veut se faire voir. On se demande : pourquoi c'est lui et pourquoi pas moi ? Tout ceci fait que parfois, je ne me présente plus à ces genres de réunions parce que je n'aime pas ces genres de conflits ». (Entretien institutionnel avec une personne ressource de l'ONG CREJe).

« Nous avons beaucoup contribué à ce que cette plateforme soit mise et avons travaillé avec UONGTO, FONGTO et FNR pour avoir une faïtière unique des OSC et aller vers le gouvernement pour un plaidoyer de manière à se faire entendre par l'Etat. Mais dites-vous que chaque responsable de faïtière tire le drap de son côté à telle enseigne que tout le temps que nous avons passé pour préparer l'argumentaire est resté un temps vain. Chaque faïtière désire en fait avoir plus d'avantages et qu'elle soit mieux représentée. Par exemple, pour mettre en place un bureau exécutif, sur 7 postes, une seule faïtière revendiquerait 3 postes. (Entretien institutionnel avec personne-ressource de l'ONG SOS VITA).

- **Des interventions des ONG limitées par l'insuffisance de financement**

Théoriquement, l'action conjuguée de toutes ces structures devrait permettre de régler les problèmes de santé sexuelle et reproductive et de violences basées sur le genre dans ces zones. Seulement, leurs interventions sont limitées par l'insuffisance de ressources, notamment financière, dont elles souffrent. Sur le terrain, les responsables de toutes les structures, tant étatiques que non étatiques rencontrés, ont tous déploré l'insuffisance de ressources pour étendre puis renforcer leurs actions au bénéfice de leur groupe cible. Selon les informations obtenues, notamment auprès des acteurs des ONG et Associations, des fois, si on met en œuvre un projet de deux ans, l'action ne commence à produire véritablement les effets que durant les derniers mois d'intervention. Sur un autre plan, si les actions de sensibilisation sur l'utilisation des produits contraceptifs ont suscité un engouement auprès de la population jeune, cet engouement s'estompe dès lors que l'ONG responsable des sensibilisations ne parvient pas à garantir sur le long terme dans la localité l'offre de ces produits. Or, la durée du projet et les limites budgétaires rendent également difficile la réalisation de toutes les actions nécessaires au renforcement adéquat du dispositif de pérennisation mis en place.

Conséquence, la quasi-totalité des acquis du projet disparaît aussitôt après la fin du financement.

- ◊ **Au niveau des acteurs étatiques de l'Ogou**

Les acteurs de l'éducation au niveau décentralisé (proviseurs de Lycée et directeurs d'école primaire et de CEG) font observer qu'ils sont insuffisamment consultés et impliqués dans la prise de décision importantes liées au secteur en général mais à la problématique des VBG en milieu scolaire en particulier.

Aussi, comme il a été dit plus haut, lorsque des cas VBG surviennent dans l'établissement scolaire, l'administration scolaire décide souvent de convoquer les parents dont les enfants sont auteurs de VBG à une réunion extraordinaire. Cependant, les directeurs et proviseurs font constater avec grand regret que certains de ces parents opposent une réticence à l'invitation qui leur est souvent adressée par la hiérarchie de l'école. Cette attitude n'est pas de nature à faciliter la recherche de solutions liées à la survenue des cas de VBG à l'école.

- ◊ **Au niveau des leaders communautaires et leaders religieux de l'Ogou**

A ce niveau, les principales limites portent d'une part, sur le recours insuffisant des populations aux Leaders communautaires et religieux lorsque surviennent des cas de VBG et la faible capacité de dénonciation des VBG sexuelles d'autre part.

En effet, la faible capacité de dénonciation des VBG sexuelles par les familles a été ressortie comme l'une des principales limites des réponses de lutte contre les VBG développées par les leaders communautaires et religieux. Les réponses de lutte développées par les acteurs communautaires et religieux sont souvent peu efficaces en raison de la faible capacité de dénonciation des VBG sexuelles par les populations, en l'occurrence les familles des victimes.

« Souvent quand les cas de viols surviennent, certains parents ne viennent pas les signaler au niveau de la chefferie. Dans ces conditions c'est difficile d'intervenir » (Focus-group Leader Communautaire, Akparé_Ogou ».

Quelques-unes des familles qui portent plainte à la gendarmerie ne font pas régulièrement recours aux Leaders communautaires et religieux lorsque surviennent les cas de VBG notamment les violences sexuelles. L'autorité de la chefferie traditionnelle est en ce sens peu considérée par certaines familles des victimes des VBG.

◊ **Au niveau des réponses des acteurs institutionnels de la préfecture de Kloto**

L'analyse des réponses institutionnelles aux grossesses des adolescentes dans la préfecture de Kloto montre que malgré les avancées constatées, des préoccupations subsistent par rapport à la réduction de l'ampleur du phénomène et par rapport à l'atteinte des objectifs du projet.

Limites au niveau des OSC

- L'absence de la thématique des grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR dans les champs d'actions des acteurs institutionnels des OSC.

Les institutions retenues dans la préfecture de Kloto pour le compte de cette étude ne mènent pas des activités sur la thématique des grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR. Cette thématique reste nouvelle pour elles. Toutefois, en ce qui concerne les grossesses précoces, les personnes ressources interrogées affirment y apporter quelques réponses de façon transversale. De ce fait, aucun rapport d'activités sur les grossesses des adolescentes n'a pu être reçu auprès de ces institutions.

- L'absence d'intervention des acteurs institutionnels dans les localités de l'étude

Il a été relevé de l'analyse des données recueillies sur le terrain que, hormis l'ATBEF qui a mené des actions dans les localités de l'étude via son projet d' « implication des hommes et des garçons à la planification familiale » et les institutions étatiques qui mènent des actions globalement sur toute l'étendue du territoire national, aucun autre acteur institutionnel interviewé n'intervient dans les localités de Tové et de Lavié. Ce résultat a été confirmé par ceux du volet quantitatif. Selon ces résultats, l'on note que les institutions étatiques (Justice, police, gendarmerie) implantées dans toutes les préfectures et les chefferies traditionnelles sont connues et citées en grand nombre par les enquêtés, respectivement (61% et 58%) pour Lavié puis (75% et 59,6%) pour Tové. Ces institutions sont suivies par l'ATBEF (28%) pour Lavié et 18% pour Tové. Les tableaux ci-dessous présentent de façon beaucoup plus détaillée ces résultats :

Tableau V3 : Répartition par sexe des enquêtés de **Lavié** ayant connaissance de l'existence d'institutions/structures qui interviennent dans le domaine des VBG

Institutions/Structures		SEXE					
		Masculin		Féminin		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
ATBEF	Non	28	65,1	54	76,1	82	71,9
	Oui	15	34,9	17	23,9	32	28,1
Chefferie traditionnelle	Non	18	41,9	30	42,3	48	42,1
	Oui	25	58,1	41	57,7	66	57,9
Commissariat / Gendarmerie / Justice	Non	17	39,5	28	39,4	45	39,5
	Oui	26	60,5	43	60,6	69	60,5
Plan Togo	Non	41	95,3	68	95,8	109	95,6
	Oui	2	4,7	3	4,2	5	4,4
GF2D	Non	39	90,7	68	95,8	107	93,9
	Oui	4	9,3	3	4,2	7	6,1
Formation sanitaire	Non	43	100,0	68	95,8	111	97,4
	Oui	0	0,0	3	4,2	3	2,6
Total		43	100,0	71	100,0	114	100,0

Tableau V4 : Répartition par sexe des enquêtés de **Tové** ayant connaissance de l'existence d'institutions/structures qui interviennent dans le domaine des VBG

Institutions/Structures		SEXE					
		Masculin		Féminin		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
ATBEF	Non	16	80,0	31	83,8	47	82,5
	Oui	4	20,0	6	16,2	10	17,5
Chefferie traditionnelle	Non	7	35,0	16	43,2	23	40,4
	Oui	13	65,0	21	56,8	34	59,6
Commissariat / Gendarmerie / Justice	Non	4	20,0	10	27,0	14	24,6
	Oui	16	80,0	27	73,0	43	75,4
Plan Togo	Non	19	95,0	35	94,6	54	94,7
	Oui	1	5,0	2	5,4	3	5,3
GF2D	Non	20	100,0	33	89,2	53	93,0
	Oui	0	0,0	4	10,8	4	7,0
Formation sanitaire	Non	20	100,0	36	97,3	56	98,2
	Oui	0	0,0	1	2,7	1	1,8
Total		20	100,0	37	100,0	57	100,0

- L'absence de pérennisation des actions interventions dans le domaine des grossesses d'adolescentes

Des propos recueillis sur le terrain montrent que très souvent, lorsqu'un programme ou projet prend fin, ses actions ne se poursuivent plus dans le temps alors que les besoins et défis communautaires restent énormes :

« ... Le constat est triste dans les milieux d'étude. Dès que la durée d'un projet est passée, il n'y a plus de poursuite des activités sur le terrain. Avant les membres des écoles de maris de Lavié Huimé et des clubs de jeunes de Lavié Apédomé menaient des activités de sensibilisation sur les méthodes contraceptives afin de permettre aux femmes et aux filles d'éviter les grossesses non désirées. Ces derniers mois on ne les voit plus. Il paraît que la durée prévue pour ce projet est terminée. C'est vraiment dommage parce que nous voyons toujours des petites filles enceintes dans la localité » (Focus group Leaders communautaire, Lavié)

Limite au niveau des Acteurs étatiques

- Les limites relevées au niveau du secteur de la santé

Il faut souligner que les réponses des agents de santé au phénomène de grossesse d'adolescente n'intègrent pas à la fois les VBG et la SDSR. De plus, ces réponses sont spontanées et ne sont pas souvent relayées auprès des adolescents. Par ailleurs, les centres de santé ne disposent pas d'espace réservé aux adolescents et les prestataires ne sont pas formés à l'offre de services conviviaux aux adolescents et aux jeunes. Tout ceci constitue des limites pour la qualité du service de Santé Reproductive offert aux adolescents. La prise en compte de ces limites au niveau des activités de l'intervention pourrait faciliter l'accès des adolescents au centre de santé et réduire par ricochet les grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR.

▪ **Un faible partenariat entre les différents acteurs de lutte contre le phénomène de grossesse d'adolescente**

La question de la faiblesse de partenariat entre les institutions de lutte contre les grossesses d'adolescentes a été soulignée lors des entretiens. Si la synergie d'actions entre les acteurs de l'éducation, les acteurs de la santé et les acteurs de la justice/chefferie reste une stratégie efficace de lutte contre les grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR, force est de constater dans les localités de l'étude que ce cadre de collaboration souffre à se maintenir faute de compréhension mutuelle. En témoignent les extraits d'entretien suivants :

« Nous nous rendons souvent dans les écoles pour sensibiliser nos jeunes frères et sœurs donner des informations sur le plan sexuel. Les difficultés auxquelles nous sommes confrontées se situent au niveau du corps des enseignants de certains établissements scolaires. Ils sont souvent embêtés quand nous venons parler de sexualité et surtout lorsque nous distribuons des préservatifs. Pour eux, cette manière de procéder incite les enfants au vagabondage sexuel. C'est tout comme si nous induisons les enfants en erreur en les emmenant à adopter des comportements sexuels irresponsables. Moi je leur dit que si on distribue les préservatifs aux élèves et que ces derniers les utilisent, alors estimez-vous heureux parce que si vous les empêchez de les prendre, ils finiront quand même par avoir des rapports sexuels et ils seront exposés aux risques de grossesses. » (EIA, prestataire de soins, Lavié).

« Nous ne sommes pas d'accord avec certaines stratégies de lutte contre les grossesses d'adolescentes. Par exemple, la distribution de préservatifs aux élèves mineurs n'arrange pas la situation mais la complique. Je m'explique : A un garçon de 12 ans on donne des préservatifs. Ce petit qui ne connaît rien sur les rapports sexuels, ne sera-t-il pas tenter de les utiliser ? Il va essayer ! C'est sûr ! Et si cela le conduit à être auteur de grossesse, cela deviendra une charge de plus pour ses parents. Avant le condom étaient surtout utilisé par les personnes adultes. Aujourd'hui, c'est nos enfants qui les traînent partout.» (Focus Group, Leaders communautaires, Lavié).

A la lecture de ces deux extraits d'entretien, on remarque qu'il y a une faiblesse dans la collaboration des acteurs de lutte contre le phénomène de grossesses d'adolescentes surtout pour ce qui concerne l'offre de méthode de PF aux élèves adolescents. Ce qui constitue une limite des réponses institutionnelles aux grossesses d'adolescentes dans la préfecture de Kloto.

En définitive, il convient d'une part, de travailler à l'instauration d'un partenariat fonctionnel entre les acteurs institutionnels situés dans la région des plateaux et de prendre des mesures incitatives pour permettre aux OSC d'intervenir plus directement dans les localités de l'étude.

CONCLUSION

Le présent rapport de l'étude de base rassemble des éléments permettant de mieux appréhender la survenue et l'ampleur des grossesses précoces chez les adolescentes au Togo. Il s'agit d'une analyse situationnelle pour pouvoir mieux agir sur ces situations qui compromettent le bien-être des familles et des adolescentes qui y sont confrontés. La prévention des grossesses précoces chez les jeunes est également un défi de développement pour le pays.

L'analyse proposée est fondée sur une articulation des liens entre le phénomène de GA, des VBG et la problématique de l'accès des adolescents aux services de SDR en vue de la mise en œuvre d'actions ciblées pour réduire l'ampleur de ce phénomène qui a des incidences sur l'épanouissement des adolescents.

Les principaux objectifs poursuivis consistent à: (i) identifier les facteurs explicatifs des grossesses des adolescentes (ii) établir les liens fonctionnels entre les VBG, la SDR et les GA (iii) déterminer comment et dans quelles mesures les réponses multiformes pour prévenir et lutter contre les Grossesses d'Adolescentes intègrent la multiplicité des facteurs et les conséquences des VBG et de la SDR qui leur sont associées et (iv) développer, tester et valider un modèle intégré de lutte et de prévention des Grossesses d'Adolescentes qui intègre les Violences Basées sur le Genre et contribue à la réalisation des Droits Sexuels et Reproductifs des adolescent(e)s.

Pour atteindre ces objectifs, l'équipe de recherche a recouru à l'articulation d'une méthodologie basée sur les approches

quantitative et qualitative. La dimension quantitative de l'étude repose sur un recueil de données conduit dans quatre localités de la région des Plateaux (Akparé et Yorokpodji dans la Préfecture de l'Ogou, puis, Lavié et Tové dans la Préfecture de Kloto). La collecte des données qualitatives de l'étude s'est déroulée dans sept localités (Lavié, Tové, Akparé, Yorokpodzi, Kpalimé, Atakpamé et Lomé Commune).

Aux termes de cette étude de base, les constats suivants sont faits :

Le premier constat majeur est lié aux connaissances et aux perceptions des populations de l'adolescence, de la grossesse d'adolescente, des VBG et de la SDR. Il ressort de l'analyse des données que la plupart des enquêtés n'ont pas une connaissance précise de la tranche d'âge et encore moins celle de la norme officielle qui indique la période de l'adolescence (10-19 ans) et 58,3% des enquêtés ne connaissent pas l'âge en deçà duquel est définie la Grossesse d'Adolescente. Aussi, la Grossesse d'Adolescente est différemment perçue par les parents et les adolescents. Si les parents la perçoivent comme une nouvelle charge et un phénomène lié au non-respect des valeurs transmises aux enfants, les adolescents pour leur part la perçoivent comme le résultat des pulsions sexuelles mal maîtrisées ressenties mutuellement par les filles et les garçons. Quant aux Violences Basées sur le Genre, l'on note qu'elles sont à la fois connues et exercées par les populations. Toutefois, toutes les catégories de VBG listées (dans la littérature et par les acteurs de développement) ne sont pas perçues par les populations comme de la violence. La banalisation de ces actes de violence et les

représentations sociales qui y sont associées expliquent leur persistance dans les localités. Pour ce qui concerne la SDSR, l'on note que la plupart des populations enquêtées ne connaissent pas leurs Droits Sexuels et Reproductifs. Cette méconnaissance de la SDSR a été le plus remarquée chez les femmes quel que soit leur âge. Ainsi, si chez les adolescentes (10-19 ans) une proportion de 69,4% ne connaît pas ses Droits Sexuels et Reproductifs, il en est statistiquement de même chez les femmes âgées de 35 ans ou plus (66,0%). La SDSR pour les populations est la jouissance par les adolescents de leur droit à l'éducation et leur accès aux méthodes contraceptives.

Le second constat de taille est que les différents liens entre les VBG et les GA, la SDSR et les GA, et entre les VBG, entre la SDSR et les GA se confirment à bien d'égards dans les localités de l'étude. En effet, l'analyse des données recueillies a montré l'existence des Liens entre les VBG (violences économiques, Violences Culturelles, les violences émotionnelles/psychologiques, violences physiques) et les GA. L'analyse des données a également permis de montrer que la connaissance des Droits Sexuels et Reproductifs réduit le risque de survenue des GA. En effet, l'ampleur des GA se justifie par le faible accès des adolescent(e)s aux services de SR/PF, 9 adolescentes sur 10 soit 94% ne fréquentent pas les formations sanitaires pour obtenir les services de PF. Ce faible accès se justifie selon les informateurs par les difficultés géographiques d'accès aux formations sanitaires ; la non disposition d'espace réservé aux adolescents dans les formations sanitaires ; la crainte des effets secondaires des méthodes contraceptives ; les rumeurs selon lesquelles les méthodes contraceptives engendreraient l'infertilité et la stérilité.

A propos des conséquences des VBG sur la SDSR, les analyses ont montré que les violences sexistes constituent fondamentalement une

violation du Droit Humain et qu'elles sont à l'origine des violations de droits à la santé chez la fille essentiellement.

Au-delà de la violation des Droits Sexuels et Reproductifs des Adolescents, les VBG violent d'autres formes de Droits Humains tels que le Droit à l'Éducation et à la formation, le droit pour la fille de choisir librement son partenaire, le nombre d'enfants à avoir et le moment de les avoir et le droit pour la fille de jouir pleinement de sa sexualité. De plus les VBG provoquent des conséquences émotionnelles et psychologiques en l'occurrence les séquelles, des traumatismes et des blessures intérieures sur les filles qui en sont victimes, tout au long de sa vie. Il est donc évident, à la lumière de ces résultats, que les Grossesses d'Adolescentes sont le plus souvent causées par la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, la discrimination, le manque d'accès aux services de SDSR et les perceptions négatives sur les filles. De ce fait, la jouissance par les adolescents de leurs droits sexuels et reproductifs, la poursuite de la justice sociale, du développement équitable et de l'autonomisation des adolescentes constituent les défis à relever pour réduire le nombre de grossesses chez l'adolescente.

Enfin un troisième résultat important mis en évidence par cette étude, est la faible connaissance des organisations de la société civile de lutte contre les VBG par les enquêtés. Les structures les plus connues par ordre décroissant sont : le Commissariat/Gendarmerie/Justice, la chefferie traditionnelle, l'ATBEF et les formations sanitaires. Ceci se justifie par le fait que les ONG ne mènent pas suffisamment d'interventions dans les localités de l'étude.

Notons dans l'ensemble que la plupart des réponses institutionnelles de prévention et de lutte contre les GA au Togo sont limitées et n'intègrent pas à la fois les VBG et la SDSR. Quelles que soient les réponses développées et quels que soient les acteurs institutionnels, les stratégies préventives sont majoritairement adoptées et ces

dernières portent essentiellement sur les sensibilisations pour un changement des comportements et d'attitudes en matière de VBG.

Toutefois, compte tenu de ces résultats, et aussi importantes que soient les actions menées, un modèle d'actions intégrées est proposé dans le souci de réduire les GA à travers les actions concrètes prenant en compte les VBG et la SDSR. Aussi, faut-il ajouter que la collecte de données a révélé de nombreuses similitudes entre les localités de l'étude en ce qui concerne le phénomène

de GA en lien avec les VBG et la SDSR, mais aussi des spécificités, telles que les difficultés géographiques limitant l'accès aux formations sanitaires des adolescents dans la préfecture de l'Ogou et la perception des violences sexuelles comme un moyen d'exprimer ses sentiments au sexe opposé dans la préfecture de Kloto. Les activités d'intervention innovantes, constructives et durables devront donc être mises en œuvre en prenant en compte ces spécificités relatives aux différentes localités de l'étude.

BIBLIOGRAPHIE

Akakpo-Ahiany D.E.K.D (2019), « Déterminants socioéconomiques des grossesses précoces dans les collèges des régions maritime, plateaux, Kara et savanes au Togo », in Revue Dezan, N° 16, Juin 2019. UAC, pp.455-487.

Adjamagbo A. (1997), « Crise et Changements de comportement de fécondité et de Planification familiale en milieu rural ivoirien », Paris, IRD, 38 p.
[<http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/ACTES/adjamagbo.pdf>]
(Site consulté le 16 novembre 2018).

Adjamagbo A. (2001). « Attitudes des femmes à l'égard d'une planification des naissances en contexte africain d'agriculture de rente », in : Gendreau F. et Poupard M. (dir.), Transitions démographiques des pays du Sud, Paris, ESTEM, AUPELF/UAEF, pp. 346-370.

AgirPF (2015), Manuel de formation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, et l'offre de services adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes. Togo : EngenderHealth/Le Projet AgirPF, Lomé, 178 p.

Amnesty International (2012), Faire des droits sexuels et reproductifs une réalité-un cadre fondé sur les droits humains, Document ACT 35/006/2012, AILRC-FR

Amnesty International (2009), Donner la vie, risquer la mort. La mortalité maternelle au Burkina Faso (index : AFR 60/001/2009, 33 p.
Beijing Declaration and Beijing Platform for Action, Fourth World Conference on Women, 15 September (1995), A/CONF.177/20 (1995) and A/CONF.177/20/Add.1 (1995).

Benabdallah H., (2010) Les Violences de genre comme Facteur de déscolarisation des filles en Afrique Subsaharienne francophone, Paris, MAEE, 42 p.

Berrewaerts J. et **Noirhomme R. F.** (2006). « Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? », Service Communautaire de Promotion de la Santé : Bruxelles.

Boyé A.K., Hill K., Isaacs S., and Gordis D. (1991). "Marriage law and practice in the Sahel." Studies in Family Planning, 22(6), 343-349

Bozon, M. (1993). « L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapporte ses suites ». In : Population, 48 (5), 1317-1332.

CNCDH, (2017), Avis sur les violences de genre et les droits sexuels et reproductifs dans les outre-mer, Paris.

Conférence internationale sur la population et le développement, Programme d'action (1994), 41 p.

Debarbieux E. avec **Alessandrin A., Dagorn J.** et **Gaillard O.** (2018), Les violences sexistes à l'école. Une oppression viriliste, Observatoire Européen de la Violence à l'école, 131 p.

Dehne, K., Riedner, G., (2001). « Adolescence : A dynamic concept, Reproductive Health Matters », 9, 17, 11-15.

Devers M. et al. 2012, « Les violences de genre en milieu scolaire en Afrique Subsaharienne Francophone : comprendre leurs impacts sur la scolarisation des filles pour mieux Les combattre ».

Didjoumdiriba Billy A. (2014), La maternité adolescente au Togo : une interpellation pour l'Église et la société, Thèse de doctorat, Université de Strasbourg.

Festy P. (2002). « Analyse de la formation et de la dissolution des couples » Caselli G., Vallin J. et Wunsch G. (dir.), Démographie : analyse et synthèse II. Les déterminants de la fécondité, Graziella Caselli, Jacques Vallin et Guillaume Wunsch (dir.), Paris, INED, pp.11-50.

Galland O. (2008), « Une nouvelle adolescence » in Revue française de sociologie Vol.4, N°49, pp.819-826.

Genre en Action (2013), Vadémécum sur la recherche au sujet des violences de genre en milieu scolaire (VGMS) en Afrique : mesurer, comprendre, rendre visible. Elaboré par Hofmann E., Bordeaux, Genre en Action LAM/IEP, 30 p.

IPPF (2010), Les faits sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans le monde en développement, London, IPPF.

IPPF (2011), Guide des Jeunes sur les Droits Sexuels : une Déclaration de l'IPPF, London, IPPF.

Kourouma N., (2011), Relations entre le niveau de vie, la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Guinée, Th. Doc. en Démographie, Montréal, Université de Montréal, 305 P.

Susan A. Cohen: "Family Planning and Safe Motherhood: Dollars and Sense", Guttmacher Policy Review. Spring (2010), <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/13/2/gpr130212.html>

UNHCR (2001), Action contre la violence sexuelle et sexiste : stratégie actualisée, Division de la Protection Humanitaire. 28 p.

Leke, R. J.I. (1998). « La santé reproductive des adolescents en Afrique subsaharienne ». in : Kuate-Defo, B., Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun, Ediconseilmc, Canada, pp. 281-286.

UN Millennium Project. (2006). Public Choices, Private Decisions: Sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals. New York: Millennium Development Project.

UNFPA (2005), The Promise of Equality – Gender Equity, Reproductive Health and the Millennium Development Goals.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/swp05_eng.pdf

The European Parliament Forum on Population and Development (EPP), (2013), Santé et Droits Sexuels et Reproductifs : les fondamentaux, Bruxelles.

UNESCO (2013), Les Jeunes aujourd'hui. Il est temps d'agir. Pourquoi les adolescents et les jeunes d'Afrique Orientale et Australe ont besoin d'une éducation sexuelle complète et des services de santé de la reproduction ? Paris, UNESCO, 117 p.

UNFPA (2017), Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Mali, Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA, 80 p.

IPPF (2014), La santé et les droits sexuels et reproductifs : enjeu crucial pour le cadre de l'après-2015, Londres.

Kuate-Defo B. (2000). « L'évolution de la nuptialité des adolescentes au Cameroun et ses déterminants », *Population*, vol.55, N°6, pp. 941-973. 242

Kuate-Defo, B (1998b). « Tendances et déterminants des variations régionales du début de l'activité sexuelle à l'adolescence » in *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun*, Ediconseilmc, Canada, pp. 63-80

Kuate-Defo, B (1998c). « Tendances et déterminants des variations régionales du début de l'activité sexuelle prémaritale à l'adolescence ». in *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun*, Ediconseilmc, Canada, pp. 133-152

Kuate-Defo, B. (1998d), « Tendances et variations régionales de la primo-nuptialité à l'adolescence » in *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique, avec une attention particulière sur le Cameroun*, Ediconseil Inc, Canada, 43-61.

Kuate-Defo B., (2000). « Causes et déterminants de la mortalité avant l'âge de deux ans en Afrique subsaharienne : application des modèles à risque concurrents », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 26, N°1, pp.3-40.

UNFPA (2009), Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire, Document accompagnant le Manuel de terrain inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, New York. 92p.

UNESCO (2013), La violence basée sur le genre en milieu scolaire, (VBGMS). Document de travail UNGEI-UNESCO, 19 p.

UNICEF (2011), La situation des enfants dans le monde, L'adolescence, L'âge de tous les possibles, New York, 148 p.

UNICEF (2008), Exploitation et abus sexuels des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Evolution de la situation, progrès accomplis et défis à surmonter depuis le Congrès de Yokohama (2001) et la Conférence Arabo-Africaine de Rabat (2004), Rio de Janeiro, 76 p.

OMS (2012), Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits, Genève, 8 p.

OMS (2014), La santé pour les adolescents du monde-une deuxième chance pour la deuxième décennie, Genève. 20 p.

Roze V., (2006), L'application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes en Amérique latine : le cas des droits reproductifs et sexuels en Bolivie, Th. Doc. en Sociologie, Paris, Université de Paris III, 561 p.

Todem D.R., (2003), Facteurs associés à l'activité sexuelle prémaritale chez les adolescents du Cameroun : cas de Bandjoun, mémoire ès sciences, en Santé Communautaire, Montréal, Université de Montréal, 130 p.

UNFPA (2015), Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger, Rapport final, 197 p.

World Vision (2009), Trousse à outils pour la formation sur le genre, Deuxième Edition, Californie, 309p.

République Démocratique du Congo, Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant (2013), Manuel des procédures de collecte des données sur les violences Sexuelles Basées sur le Genre, Kinshassa, 83 p.

UNIFEM En collaboration avec le Département des Statistiques Appliquées de l'Université Nationale du Rwanda (2008), Enquête de référence sur les Violences sexuelles Basées sur le Genre au Rwanda, Rwanda.

Women for Women's Human Rights, Analysis of 56th Session of the UN Commission on Status of Women, New York, 2012 ; IWHC/DAWN/Amnesty International/RESURJ, Analysis of the 45th Session of the UN Commission on Population and Development, New York, 2012.

Lachance L. et **Brassard N.**, (2003). « Le défi de la conciliation travail-famille chez les femmes occupant un emploi atypique : perspectives théoriques et enjeux », in G. Fournier, B. Bourassa et K. Béji (dir.), La précarité du travail : une réalité aux multiples visages. Presses de l'Université Laval.

PNUD, (2002), Rapport mondial sur le développement humain, De Boeck et Larcier U.S.A. Schoumaker B., (1998). « Pauvreté et fécondité : un aperçu de la littérature des 25 dernières », in F. Gendreau (ed.), Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud. Paris: Estem, pp.99-116.

Schoumaker B. et **Tabutin D.**, (1999). « Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud ». Document de travail, No 2, Louvain-la-Neuve : Département des sciences de la population et du développement, 38 p.

ONU, CEDAW, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (1992), Troisième rapport périodique du Mexique sur la mise en œuvre de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, CEDAW/C/MEX/3, Nations Unies, CEDAW.

Organisation mondiale de la santé (2003), « Relevé épidémiologique hebdomadaire », N°50, 2003, 78, 425-432. in Schoumaker B., (2004a). « Pauvreté et fécondité en Afrique subsaharienne : une analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé », Population and Poverty in Africa (Éds.), UCHE ISIUGO-ABANIHE, NGWE E., Étude de population africaine, suppl. A, vol.19/2004, pp.13-45.
Consulté le 20 décembre 2003 de <http://www.who.int/wer>

Schoumaker B., (2004b). « Une approche personnes-périodes pour l'analyse des histoires génésiques », Population, vol.59, N°5, p.783-796.

Schoumaker B., (2001). Analyses multi-niveaux des déterminants de la fécondité, théories, méthodes et applications au Maroc rural, Thèse de doctorat en démographie de l'Université Catholique de Louvain, 322 p.

Schoumaker B., (2008). « Stalls in fertility transitions in sub-Saharan Africa: real or spurious? », Document de Travail No 30, Louvain-la-Neuve: Département des sciences de la population et du développement. 49 p.

Schoumaker B. et **D. Tabutin**, (2005). « La démographie du Monde Arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000 : Synthèse des changements et bilan statistique », Population, vol.60 N°4-5, p.611-724.

Schoumaker B., (1999). « Indicateurs de niveau de vie et mesure de la relation entre la pauvreté et la fécondité : L'exemple de l'Afrique du Sud », Population, vol.54, N°6. pp.964-991.

Tabutin D. et Schoumaker B., (2004). « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 : Synthèse des changements et bilan statistique », Population, vol.3-4, N°59, pp.512-622.

Tabutin D. (2000). « Indices au niveau individuel de fécondité, de mortalité des enfants et de nuptialité », Document de Travail N°9, Département des sciences de la population et du développement, Université catholique de Louvain, 24p. Disponible sur : [<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/sped/documents/WP9.pdf>], (Site4 consulté le 24 Août 2008).

Tabutin D., (2007). « Relation entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud et en Afrique subsaharienne : bilan et explications », in B. Ferry (dir.), AFD-CEPED, L'Afrique face à ses défis démographiques, un avenir incertain, Karthala, pp.253-288.

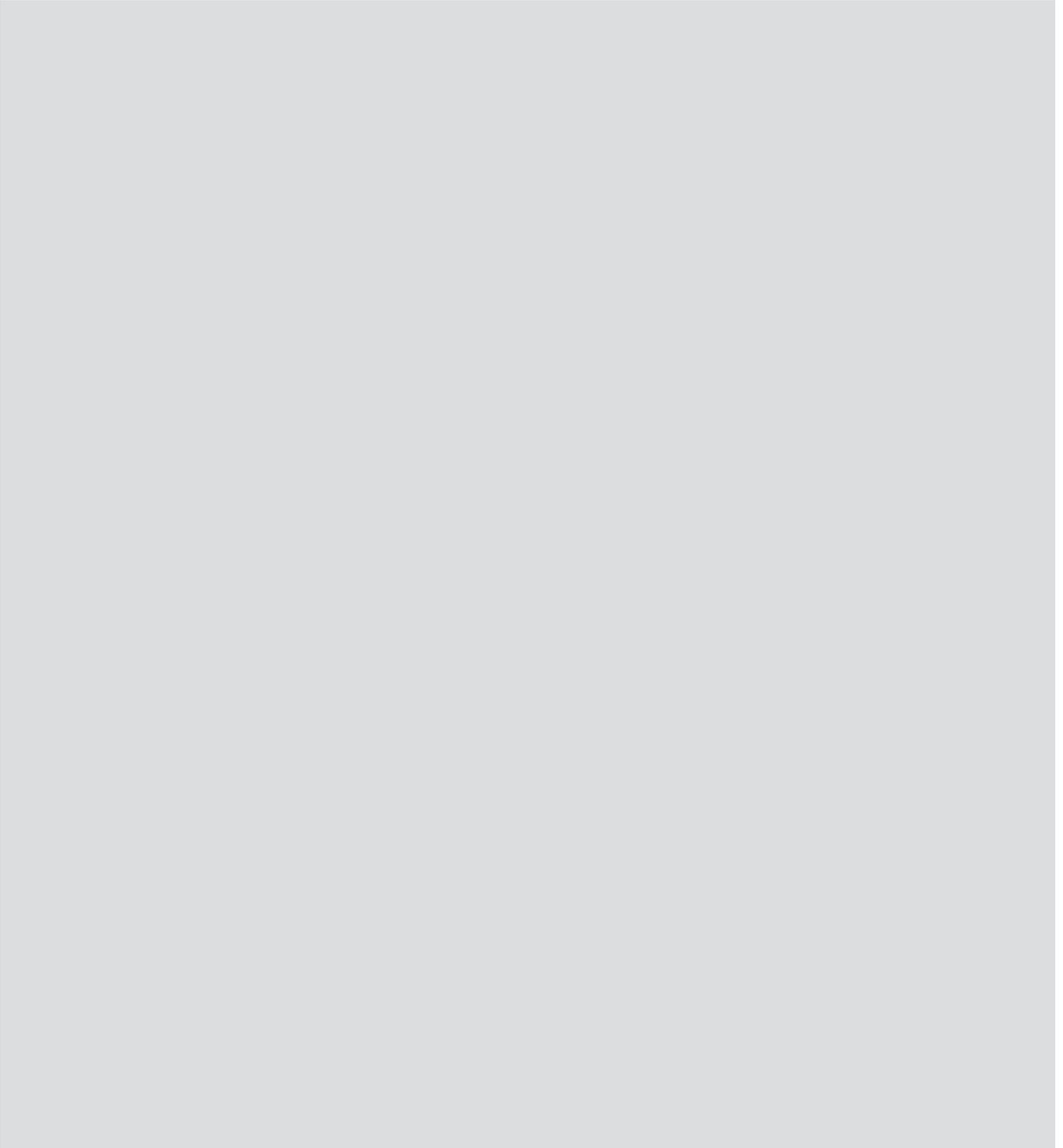
Tabutin D., (1995). « Transition et théories de mortalité », in H. Gérard et V. Piché (dir.), La sociologie des Populations, les Presses de l'Université de Montréal, 518 p.

Tabutin D., (2007). « Relation entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud et en Afrique subsaharienne : Bilan et explications », in L'Afrique face à ses défis démographiques, un avenir incertain, B. Ferry (dir.), AFD-CEPED, Karthala, pp.253-288.

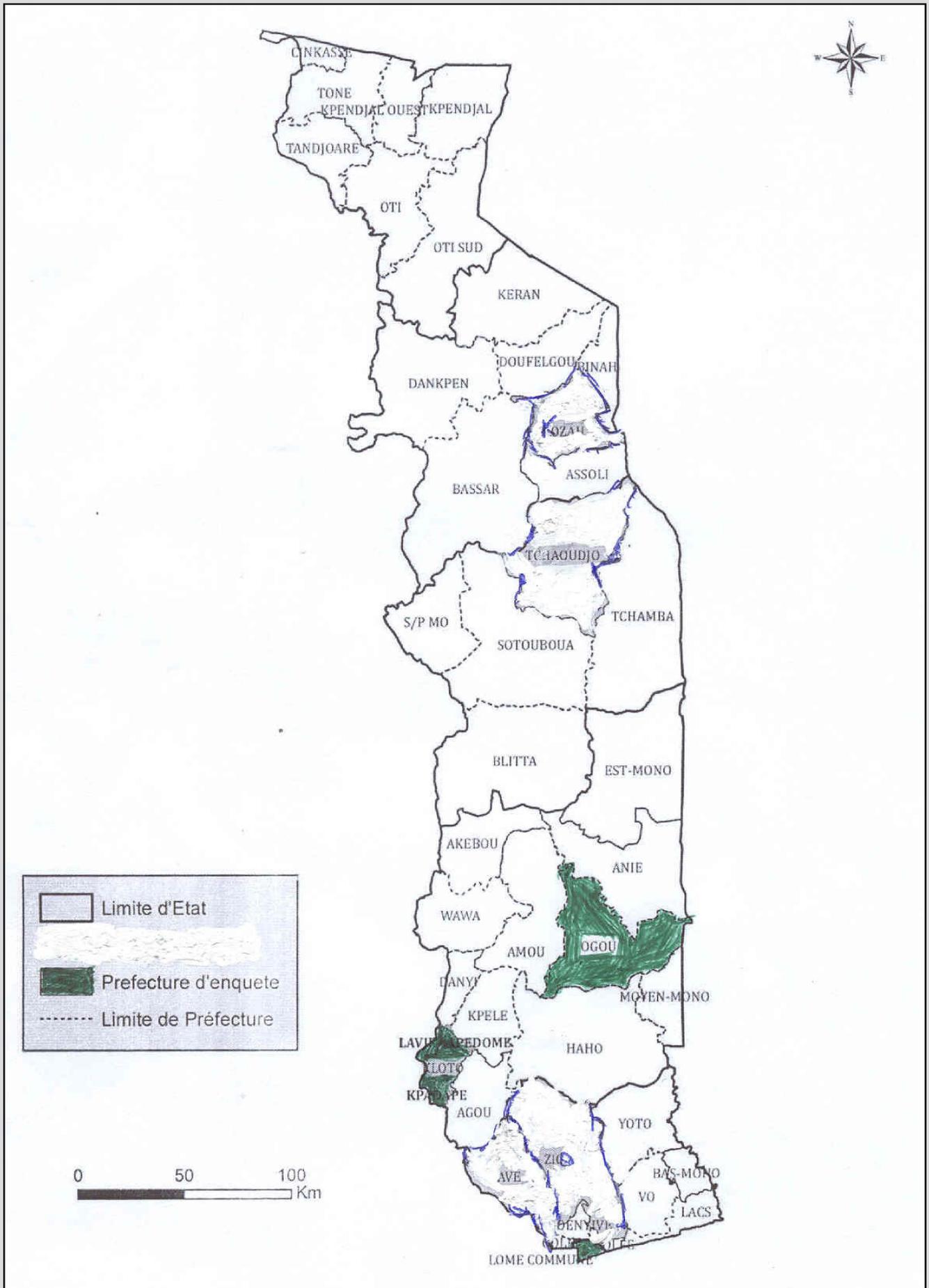
Taburin D., (1984). La collecte des données en démographie : méthodes, organisation et exploitation, Département de démographie, Université catholique de Louvain, Éditions : Ordina, 10, place St. Jacques, B-4000 Liège (Belgium). 259 p.

Tantchou Yakam J. C., (2009). « Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale », Natures Sciences Sociétés, 17 : 18-28.

ANNEXES



Carte 1 : Localités de l'étude



Annexe 2 : Choix des cibles et justification

Groupes cibles	Justifications
Jeunes filles (15-19 ans)	Elles sont des potentielles victimes et/ou des victimes de grossesses d'adolescentes. Elles peuvent donner des informations permettant de répondre aux deux premières questions principales de l'étude.
Jeunes garçons (15-19 ans)	Ils sont des potentiels auteurs et/ou des auteurs de grossesses d'adolescentes. Ils peuvent donner des informations permettant de répondre aux deux premières questions principales de l'étude. (par exemple les origines des violences chez les hommes).
Femmes (20 ans et plus)	<p>Elles sont des mères de famille. Elles sont des éducatrices d'adolescentes. Elles peuvent dire si l'éducation donnée à la fille adolescente est différente de celle donnée aux garçons.</p> <p>Par ailleurs, elles ont passé leur adolescence et peuvent avoir été victimes ou non de grossesses d'adolescentes. Elles peuvent donner des informations permettant de répondre aux deux premières questions principales de l'étude.</p>
Hommes (20 ans et plus)	Ils sont des pères de famille. Ils peuvent dire si l'éducation de la fille diffère de celle du garçon. De plus, ils sont des potentiels auteurs et/ou des auteurs de grossesses d'adolescentes. ils pourront donner des informations permettant de répondre aux deux premières questions principales de l'étude. (comme par exemple les origines des violences chez les hommes).
Prestataires de santé	Ils offrent des services de PF aux adolescentes et reçoivent en consultation des adolescentes victimes de grossesses. Ils peuvent donner des informations permettant de répondre aux deux premières questions principales de l'étude.
Patrons d'ateliers	<p>Ils sont des Éducateurs d'adolescents et d'adolescentes. Ils sont souvent confrontés à ce phénomène de grossesses d'adolescentes. De ce fait, ils peuvent donner des informations permettant de répondre aux deux premières questions principales de l'étude.</p> <p>Par ailleurs, ils peuvent informer sur la manière dont ils gèrent ces problèmes et quelles dispositions sont prises dans les ateliers de formation pour prévenir les grossesses d'adolescentes.</p>

Directeurs d'établissements scolaires	<p>Ils sont des Éducateurs d'adolescents et d'adolescentes. Ils sont souvent confrontés à ce phénomène de grossesses d'adolescentes. De ce fait, ils peuvent donner des informations permettant de répondre aux deux premières questions principales de l'étude.</p> <p>Par ailleurs, ils peuvent avoir des discours sur la manière dont ils gèrent ces problèmes et quelles dispositions sont prises dans les Établissements scolaires pour prévenir les grossesses d'adolescentes.</p>
Leaders communautaires	Pratiques culturelles contribuant aux grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR des adolescents.
Leaders religieux	Aspects religieux contribuant aux grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR des adolescents.
Récit de vie avec les jeunes filles victimes de GA	Elles sont des victimes de grossesses d'adolescentes. Elles peuvent donner des informations permettant de répondre aux questions de l'étude. Cette collecte auprès de cette cible permettant d'avoir des informations sur les causes du phénomène et son vécu par les adolescentes. Ces informations pourront permettre d'atteindre les objectifs du projet.
Institutions	Réponses des institutions au phénomène de grossesse d'adolescente. Ces réponses prennent-elles en compte les VBG et la SDSR des adolescents ? Si oui comment et si non Pourquoi?
Leaders communautaires et religieux	<ul style="list-style-type: none"> - Pratiques culturelles contribuant aux grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR des adolescents. - Aspects religieux contribuant aux grossesses d'adolescentes en lien avec les VBG et la SDSR des adolescents.

