

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



**EQUI
POP.
ORG**

Avec le soutien de



MINISTÈRE
DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES
ET DU DÉVELOPPEMENT
INTERNATIONAL



Remerciements

Equilibres & Populations tient à remercier l'ensemble des personnes qui ont été impliquées dans la réalisation de cette étude.

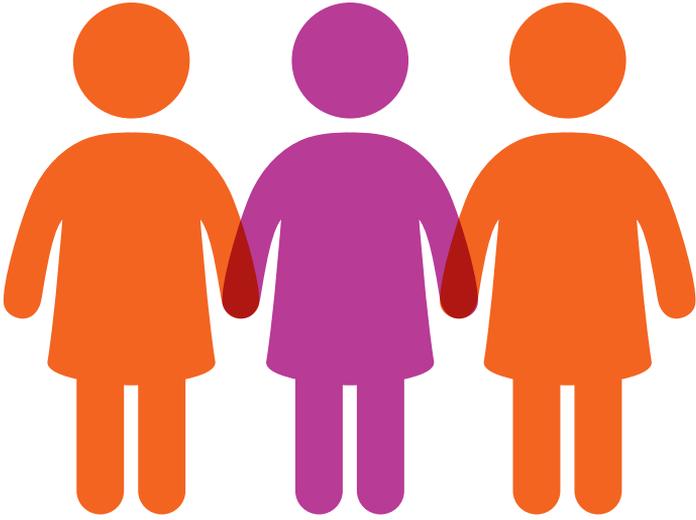
Nos remerciements s'adressent en particulier à Justin Koffi, représentant résident de l'UNFPA Togo, qui nous a accordé sa confiance et a permis la franche collaboration de toute son équipe.

Nous souhaitons aussi témoigner toute notre reconnaissance aux nombreuses personnes des ministères, des agences onusiennes et des ONG au Togo qui en acceptant d'être interviewées ou de participer à des séances de travail collectives ont nourri cette analyse de leur expertise et de leurs connaissances. La richesse de ce rapport tient avant tout à leurs contributions.

Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Togo

septembre 2014

Analyse des politiques
et des programmes :
opportunités et défis
pour l'UNFPA



Sommaire

6	Sigles & acronymes	36	2.5. Mobilisation communautaire
7	I. Introduction	36	2.5.1. L'importance des normes sociales
7	1.1. Justification du sujet	37	2.5.2. Thématiques et portes d'entrée à privilégier selon les acteurs
8	1.2. Cadre de l'étude et méthodologie	38	2.5.3. Implication et responsabilisation des hommes
8	1.2.1. Questions évaluatives et objectifs spécifiques	39	2.5.4. Déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre
10	1.2.2. Méthodologie et déroulement de l'étude	41	2.5.5. Mobilisation des leaders et détenteurs d'enjeux
12	1.3. Contexte national et enjeux spécifiques	44	III. Propositions d'action au niveau individuel, communautaire et institutionnel
12	1.3.1. Données socio-sanitaires sur les adolescentes togolaises	44	3.1. Remarques sur le positionnement de l'UNFPA
13	1.3.2. Environnement législatif	44	3.2. Dix propositions d'action à prioriser
15	1.3.3. Principales politiques et programmes	50	IV. Références
17	1.3.4. L'UNFPA, un acteur incontournable dans le domaine de la SDSP	51	V. Annexes
18	II. Stratégies, actions et outils actuellement mis en œuvre	51	1. Projet MUSKOKA / UNFPA Proposition de TDR pour l'analyse des éléments de SSR des adolescents dans les politiques et programmes pays
18	2.1. Données et études	53	2. Atelier - Rencontre H4+ : Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire - Muskoka 15-17 Novembre - Cotonou Benin
18	2.1.1. Principales données quantitatives et qualitatives	55	3. Atelier - Rencontre H4+ : Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire - Muskoka 15-17 Novembre - Cotonou Benin <i>Théorie du changement : Réduction des grossesses précoces</i>
19	2.1.2. Les études existantes		
20	2.2. Politiques et lois		
20	2.2.1. Les lois		
20	2.2.2. Les politiques		
21	2.3. Education à la sexualité		
21	2.3.1. Importance de l'information		
21	2.3.2. L'éducation sexuelle à l'école		
24	2.3.3. L'information des jeunes par les jeunes		
26	2.3.4. Les médias		
26	2.3.5. L'implication des familles		
28	2.3.6. En termes de contenu		
29	2.4. Offre de services		
29	2.4.1. Les centres de santé		
30	2.4.2. Les centres jeunes		

Sigles & acronymes

AFD	Agence Française de Développement
ASMENE	Association pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial
BNCE	Bureau National Catholique pour l'Enfance
CERA	Cabinet d'Expertise, de Recherches et d'Analyses
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
DSF	Division de la Santé Familiale
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JVS	Jourdain - Vie et Santé
JFSV	Jeune Fille en Situation de Vulnérabilité
MJSL	Ministère de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs
MEPSA	Ministère des Enseignements Primaire, Secondaire et de l'Alphabétisation
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF	Planification Familiale
PNEEG	Politique Nationale pour l'Equité et l'Egalité du Genre
PNDS	Politique Nationale de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSLNS-IST	Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles 2012-2015
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PSAS	Petite Sœur A Sœur
PSI	Population Services International
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDSP	Santé et Droits Sexuels et de la Procréation
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNSJA	Service National de Santé des Jeunes et Adolescents
SRAJ	Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes
SSAAJ	Standards de service de Santé Adaptés aux Adolescents et Jeunes
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Internationale des Etats Unis pour le Développement
VIES	Vision, Initiatives et Engagement pour la Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

1.1. Justification du sujet

Au cours des deux dernières décennies, la santé maternelle et infantile ainsi que les questions de maternité sans risque et de planification familiale ont fait l'objet d'un intérêt et d'efforts grandissants de la part des décideurs. La place de ces problématiques dans les politiques de développement, au niveau international comme au niveau national, s'est renforcée (CIPD, OMD 4 et 5, programmes d'accélération de réduction de la mortalité maternelle, initiative Muskoka, conférence de Ouagadougou sur la planification familiale). La réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle au niveau mondial observée depuis les années 2010 est un résultat visible de ces efforts conjoints.

Cette tendance positive est notamment due à des progrès importants en Asie et en Amérique du sud, l'Afrique sub-saharienne connaissant encore des indicateurs de santé sexuelle et de la procréation inquiétants. Par ailleurs, et notamment en Afrique sub-saharienne, la situation des adolescentes au regard des enjeux de la santé et des droits sexuels et de procréation (SDSP) reste très préoccupante, même si émerge une prise de conscience de la nécessité de mieux répondre à leurs besoins.

Au niveau mondial, 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et 2 millions de jeunes filles de moins de 15 ans accouchent chaque année, ce qui représente plus de 10 % des naissances. Les adolescentes représentent 15 % de la charge mondiale de morbidité maternelle et 13 % de la mortalité maternelle. En Afrique de l'Ouest et Centrale, 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. La féminisation de l'épidémie du sida en Afrique (aujourd'hui les personnes vivant avec le vih/sida sont en majorité des femmes) affecte particulièrement les jeunes ; 75 % des nouvelles infections à vih/sida contractées dans la tranche d'âge des 15-29 ans concernent les filles.

Paradoxalement, si les jeunes filles contribuent largement à la médiocrité des indicateurs des OMD 4, 5 et 6, on constate qu'elles sont sous-représentées dans la fréquentation des structures sanitaires et sont peu touchées par les programmes SR/PF, y compris ceux à destination des jeunes. Ceci est particulièrement vrai pour certaines catégories de jeunes filles qui vivent des situations de vulnérabilité et sont isolées socialement : non scolarisées ou déscolarisées précocement, mariées très jeunes, jeunes filles migrantes domestiques, jeunes vendeuses, travailleuses du sexe.

Afin que les OMD 4, 5 et 6 progressent, y compris en Afrique sub-saharienne, il est indispensable de prendre en compte et répondre aux besoins de toutes les adolescentes dès le plus jeune âge (10-14 ans) et lutter contre les pesanteurs socioculturelles et les inégalités de genre qui freinent la demande de soins et de conseils des adolescentes et jeunes femmes ou sont des obstacles pour qu'elles puissent faire respecter leur droits. C'est également une question de droits et de justice.

L'adolescence des filles au Burkina Faso - Une clé de voûte pour le changement social, Population Council 2010

« Les expériences vécues pendant l'adolescence affectent énormément les futures vies d'adultes des garçons et des filles. Cela suggère qu'il est possible, avec des interventions et des actions ciblées pendant la deuxième décennie de la vie, d'améliorer considérablement et durablement la santé et le statut socio-économique des futurs adultes. À l'adolescence, période de transition, les garçons et les filles connaissent d'importants changements biologiques, sociaux et psychologiques liés à la puberté, qui auront des conséquences dans leur vie. Parmi ces changements figurent les premières relations sexuelles, le mariage, la maternité et l'augmentation des responsabilités ménagères et familiales. Ces dix dernières années, les adolescents ont donc été de plus en plus souvent ciblés par les efforts politiques et les différents programmes. Les initiatives ont surtout visé à améliorer le taux de scolarisation et la qualité de l'enseignement, à rendre les services de santé plus accessibles aux jeunes, à éduquer ces derniers sur la santé sexuelle et de la procréation, et plus récemment, à répondre à leurs préoccupations économiques.

De toute évidence, s'investir pour les adolescentes est essentiel pour :

- faire appliquer la Convention relative aux droits de l'enfant ;
- défendre les droits des filles à se marier plus tard, une fois informées et consentantes ;
- préserver leur santé sexuelle et de la procréation et les aider à acquérir de bonnes habitudes de santé ;
- réaliser des investissements en capital humain, notamment en matière de santé pendant la petite enfance ;
- réduire les disparités entre les sexes en termes d'accès aux services de santé et ressources socio-économiques ;
- construire une base économique efficace pour les adolescentes, en particulier dans les régions pauvres, où beaucoup sont mal préparées pour démarrer leur vie économique ;
- augmenter l'écart d'âge entre les générations et rendre la croissance démographique moins rapide (Bruce and Chong 2006) ».

1.2. Cadre de l'étude et méthodologie

1.2.1. Questions évaluatives et objectifs spécifiques

L'UNFPA a fait du soutien aux jeunes et aux adolescent-e-s une de ses priorités. Les «Cinq clefs» de la stratégie de l'UNFPA pour ouvrir des perspectives aux jeunes sont les suivantes : intégrer les questions concernant les jeunes dans les stratégies de développement national et de réduction de la pauvreté, élargir l'accès à une éducation à la santé sexuelle et reproductive qui soit soucieuse d'égalité femmes-hommes et qui encourage la préparation à la vie active, promouvoir un ensemble minimal de services de santé et de produits destinés aux jeunes, encourager le leadership et la participation des jeunes et, promouvoir les interventions innovantes pour les « laisser pour compte » par exemple les filles mères, les groupes les plus vulnérables, les victimes de violences. Ces orientations sont clairement affichées et déclinées dans sa stratégie 2014-2017, qui est le cadre de référence pour développer les programmes et partenariats dans chaque pays

où intervient le Fonds. Par ailleurs, l'UNFPA a saisi l'occasion de l'initiative française à Muskoka (2011-2015) qui vise à accélérer l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 dans les pays dont les indicateurs restent faibles et dans laquelle il est impliqué avec 3 autres agences onusiennes (OMS, UNICEF et ONU FEMMES) pour renforcer ses moyens et pour faire avancer concrètement une plus grande et meilleure prise en compte des adolescentes dans les projets, politiques et programmes.

C'est ainsi, à l'initiative de l'UNFPA, qu'a été organisé en 2012 à Cotonou par les 4 agences onusiennes, un atelier sous régional H4 dont l'objectif était de faire émerger des propositions concrètes à intégrer dans les plans d'actions du Fond de Solidarité Prioritaire / Muskoka en Afrique de l'Ouest, afin de s'assurer que les adolescentes bénéficient de manière effective des programmes de santé sexuelle et reproductive. A l'issue de cette rencontre à laquelle ont activement pris part plusieurs délégations d'Afrique francophone, dont le Togo, des conclusions ont été collectivement formulées et des engagements ont été pris (cf. annexes).

Un consensus a notamment émergé sur le fait que les difficultés et les obstacles que les adolescentes rencontrent pour accéder à des conseils et soins de qualité, adaptés à leurs besoins, le lourd tribut qu'elles paient en termes de mortalité et morbidité maternelles (principalement à cause des grossesses précoces et/ou des conséquences des grossesses non désirées et des avortements à risque) ainsi que leur poids dans les nouvelles infections à VIH/sida, ne relèvent pas seulement de la faiblesse des systèmes de santé et d'un manque d'information et de connaissances. Cela relève aussi d'un environnement culturel et sociétal qui leur est très défavorable : tabous sur la sexualité, notamment chez les jeunes, valorisation/imposition du mariage précoce et des grossesses nombreuses, relations de pouvoirs inégalitaires entre les jeunes et les adultes, entre hommes (garçons) et femmes (filles). Ces normes sociales maintiennent les femmes et les filles en situation de vulnérabilité notamment face à la coercition sexuelle et plus largement, les empêchent de faire des choix libres et éclairés.

En conséquence, il a été admis que sans changement dans les rapports sociaux de sexe, sans modification des normes sociales en vigueur et du regard porté sur les jeunes filles adolescentes et sans le développement de stratégies d'intervention différenciées qui permettent de toucher effectivement les adolescentes dans toute leur diversité (scolarisées et non scolarisées, mariées et mères, résidant zone urbaine ou rurale, alphabétisées ou non alphabétisées), il sera impossible d'atteindre les objectifs des plans de développement des pays et des programmes en termes de réduction de la mortalité maternelle, de recul de l'âge au mariage et à la première grossesse, de maîtrise de la fécondité, et donc de réduction de la pauvreté.

Dans la continuité de ce travail, et pour appuyer l'opérationnalisation des engagements pris, la division technique de l'UNFPA a contractualisé avec Equilibres & Populations pour réaliser dans trois pays, dont le Togo, une analyse des plans nationaux et des différents programmes pour permettre de souligner les opportunités et les défis pour la poursuite et l'accélération des changements initiés en faveur des filles dans les pays « Initiative Muskoka » - en ligne avec les conclusions et les engagements pris lors de la conférence de novembre 2012 au Bénin.

Quelles sont les actions à fort impact à privilégier et à soutenir pour améliorer et adapter l'offre de soins et de services aux besoins spécifiques des adolescentes, et agir efficacement pour un changement social bénéficiant aux jeunes filles et à leur santé à long terme ? Quel rôle spécifique peut avoir l'UNFPA dans la prise en compte des programmes des autres intervenants et des spécificités nationales ? Ce sont ces questions qui guident l'analyse.

Cette étude vise plus spécifiquement les objectifs ci-dessous :

- Apprécier le degré de prise en compte des adolescentes dans les politiques et l'arsenal juridique national.
- Identifier les différents acteurs intervenant dans le domaine de la SRAJ, de la jeunesse mais aussi de l'éducation, des droits des femmes et des filles et de l'égalité femmes-hommes, et apprécier les actions au regard de la place et de la prise en compte des adolescentes dans leur contribution à la théorie du changement.
- Identifier les principales forces et faiblesses des programmes et des dispositifs existants au regard de la cible « adolescentes » et des éléments de la théorie du changement (données, lois, éducation sexuelle, service de santé, changement social et renforcement de l'empowerment des filles).
- A partir de l'existant et des opportunités, formuler des recommandations stratégiques et opérationnelles visant à nourrir le développement de nouvelles approches et la révision des programmes en cours et à venir.

1. L'empowerment est le procédé qui permet aux individus et aux communautés de renforcer leur capacité à faire des choix et à les convertir en actions et en résultats. Les éléments-clés de ce procédé sont les mesures qui leur permettent de se construire des atouts individuels et collectifs, et d'améliorer l'efficacité et l'équité du contexte organisationnel et institutionnel, qui influe sur la manière d'utiliser ces atouts.

1.2.2. Méthodologie et déroulement de l'étude

Définition/validation des TDR de l'étude

Les termes de référence de l'analyse et la méthodologie suivie ont été discutés avec le bureau technique et le bureau sous régional UNFPA et validés par UNFPA Togo (cf. Annexe)

Equipe de consultant-es

Cinq personnes ont contribué. Aurélie Gal-Régnez (Equipop) : supervision générale et relation partenariale / Dominique Pobel (Equipop) : coordination, supervision des missions terrain, analyse des données / Rodrigue Ngouana (Equipop) : collecte de données et conduite de la mission terrain / Delphine Barry (consultante) : collecte de données, traitement des données et participation aux missions de terrain / Magali Doisy (Equipop) : collecte de données, traitement des données et participation aux missions de terrain.

Recueil des données et revue documentaire

En amont de la mission de terrain, une première cartographie des programmes à étudier, des actions en cours et des intervenants impliqués et à rencontrer a été établie. Deux missions de terrain conduites du 4 au 9 novembre et du 10 au 14 décembre ont permis de compléter la cartographie et d'affiner l'analyse en travaillant avec l'équipe de l'UNFPA et en rencontrant les intervenants et acteurs. Trois types de rencontres ont été tenus :

- **Réunions de travail avec l'équipe UNFPA** : une séance de travail en début de mission et une séance de débriefing / discussion des principales observations en fin de mission lors des deux missions.

- **Rencontres multi-acteurs** : trois rencontres multi-acteurs organisées par le bureau UNFPA ont été tenues ; la première avec les responsables santé du bureau UNICEF et l'UNFPA, la seconde avec les membres de diverses organisations de la société civile pour une restitution de l'aide-mémoire liée aux premières observations de la mission et la troisième a concerné spécifiquement l'OMS et l'UNFPA.
- **Entretiens avec les responsables et coordinateurs de programmes** : des rencontres ont été organisées avec des acteurs de différents projets pour apprécier l'opérationnalisation des programmes et identifier les bonnes pratiques sur la base de la grille d'intervention issue de l'atelier de Cotonou. Deux entretiens ont été conduits avec des représentants des ministères de lignes : division SSRAJ du ministère de la Santé, ministère de l'Éducation primaire, secondaire et de l'alphabétisation, ministère de la Jeunesse et des sports. 22 entretiens ont été conduits avec des membres d'ONG : Agir pour la PF, ASMENE, ATBEF, BNCE, BØRNEFonden, Cabinet CERA, FAMME, JVS, La Colombe, Plan Togo, Plateforme des ONG, PSAS, PSI et VIES.

Cette méthodologie a permis conjointement d'apprécier les actions en cours et de faire émerger collectivement des propositions de la part des acteurs que nous discutons plus bas.

Analyse des données et recommandations

Les principales politiques, programmes, projets qui sont pris en compte dans l'analyse et ont fait l'objet d'un traitement approfondi sont :

- **UNFPA** :
 - CPAP 2014-2018
 - Etude sur les infirmeries scolaires et centres de jeunes
- **Ministère de la Santé** :
 - Standards de service de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ) du Togo 2009 ;
 - Programme national de santé des jeunes et adolescents au Togo 1997 ;
 - Programme national en santé de la reproduction 2003 ;
 - Protocoles de santé de la reproduction Tome 1 et 2, 2009 ;
 - PTA avec UNFPA 2013
- **Ministère de l'Éducation primaire, secondaire et de l'alphabétisation** :
 - Plan Sectoriel de l'éducation
 - Livret d'activités pour les élèves : Éducation sanitaire à l'école pour la prévention du sida et des IST ;
 - PTA 2013 avec UNFPA
- **Ministère de la Promotion de la femme** :
 - Politique nationale pour l'équité et l'égalité de genre au Togo
- **Au niveau de la société civile, l'analyse s'est intéressée aux programmes et stratégies développées par les organisations suivantes** :

- ATBEF	- La Colombe
- BNCE	- Plan Togo
- BØRNEFonden	- PSAS
- Cabinet CERA	- VIES
- JVS	

L'analyse de ces projets et programmes a permis d'identifier des opportunités à saisir et des gaps à combler à différents niveaux : données et études, environnement législatif et politique, dispositif d'information et de communication, offre de services, travail avec les communautés. A partir de ce travail, l'étude propose dix recommandations d'actions que l'UNFPA pourrait soutenir ou mener dans les programmes en cours et à venir. Ces recommandations ainsi que l'ensemble de l'étude ont été soumis au bureau togolais de l'UNFPA pour commentaires et approfondissement. Le rapport final prend en compte ces éléments.

A ce stade, il est important de souligner les limites de cette étude. La principale est liée à la contrainte de temps – seulement deux missions de cinq jours ont pu être menées au Togo pour le recueil des données - même si elle a été compensée en partie par une revue documentaire préalable fouillée et des entretiens intensifs avec les acteurs nationaux. La deuxième limite relève de la complexité institutionnelle du champ d'investigation : beaucoup d'acteurs interviennent ou seraient légitimes pour intervenir en matière de santé et droits des adolescentes. Or les mécanismes de coordination peuvent paraître opaques et les rôles et responsabilités de chacun flous, ce qui rend difficile l'identification précise d'actions concertées. Par conséquent, l'analyse et les recommandations formulées ici ne sont pas définitives et sont à envisager comme des pistes de travail à approfondir.

1.3. Contexte national et enjeux spécifiques

1.3.1. Données socio-sanitaires sur les adolescentes togolaises

La population togolaise s'élève à 6 191 155 habitants (RGPH 2010), dont 51,4 % sont des femmes. Les jeunes et adolescent-e-s entre 10 et 19 ans représentent 21,2 % de la population togolaise (Enquête MICS 2010). Quant au taux de croissance démographique, il reste l'un des plus élevés en Afrique subsaharienne (2,8 %). L'indice synthétique de fécondité est estimé à 4,8 enfants par femme en âge de procréer.

Le taux d'alphabétisation des jeunes filles togolaises est plus élevé que dans le reste de la sous-région : 59,3 % chez les 15-24 ans (enquête MICS 2010). Cependant, des disparités sont à noter selon les régions du Togo. En effet, la région des Savanes compte seulement 30 % de jeunes filles alphabétisées. Au niveau national, une grande majorité de filles (86,5 %) et de garçons (90,6 %) en âge de fréquenter l'école primaire sont effectivement scolarisés. 72 % des filles ayant démarré le primaire terminent le cycle (contre 96 % des garçons). En revanche, seulement 40 % des filles accèdent au secondaire (contre 51 % de garçons), avec une forte variabilité entre zone urbaine et zone rurale ; les filles des zones urbaines ont deux fois plus de chances que les filles des zones rurales d'accéder au secondaire. Seules 28 % des filles des zones rurales fréquentent le secondaire (contre 42 % chez les garçons).

Cette déscolarisation à partir du secondaire peut s'expliquer par une entrée précoce dans la vie féconde. Au niveau national, le taux de fécondité des adolescentes est très élevé : 88 pour mille (99 en milieu rural, contre 76 en milieu urbain). 17 % des filles de 15 à 19 ans ont commencé leur vie féconde (13% ayant déjà eu une naissance vivante et 4% étant enceintes de leur premier enfant au moment de l'enquête MICS). Une proportion non négligeable (2 %) de filles de 15 à 19 ans ont connu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans (les taux les plus élevés sont observés en milieu rural et dans les milieux où l'instruction est faible). Par ailleurs, 17 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont connu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans. Ce pourcentage est deux fois plus élevé en milieu rural (24%) qu'en milieu urbain (11%). Il varie de 32 % chez les femmes sans instruction à 8 % chez les femmes de niveau secondaire et plus.

Le second facteur pouvant expliquer cette déscolarisation est l'importance des mariages précoces ; 7 % des femmes de 15-49 ans ont été mariées avant l'âge de 15 ans.

1.3.2. Environnement législatif

Le Togo a ratifié de nombreuses conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la procréation, notamment : la Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE) en 1990, la Convention pour l'Élimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) en 1983, le programme d'action du Caire (CIPD) en 1994, la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples en 1982 et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique en 2005.

Au niveau national, le gouvernement a promulgué et adopté plusieurs lois ou textes pour assurer l'application des conventions internationales. Plusieurs de ces textes sont de réelles avancées législatives et juridiques vers davantage d'égalité entre les hommes et les femmes, une reconnaissance des droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et de la procréation, de nuptialité et de régime matrimonial. Cependant, des progrès restent à faire en ce qui concerne la condamnation des violences faites aux femmes et aux filles. Il y a notamment un besoin de promulguer une loi portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes.

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 fondamental du droit à la santé de la reproduction, tout au long de la vie, en toute situation et en tout lieu sans discrimination due à l'âge, le sexe, la fortune, la religion, le statut matrimonial, la possibilité pour toute personne de mener une vie sexuelle en toute sécurité, d'être capable de procréer et libre de le faire au rythme de son choix. Elle implique, pour les femmes et les hommes, le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification de leur choix.

La loi 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. Quant à la monogamie, elle est devenue régime de droit commun bien que la polygamie reste possible dans certains cas. Cette interdiction des mariages des mineurs-es est réitérée aux articles 267 et 268 du Code de l'enfant de 2007. Ce dernier condamne tous les sévices à l'encontre des enfants, notamment les violences sexuelles perpétrées en milieu scolaire, conformément aux articles 376 et 377 ou du fait d'actes de prostitutions.

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 mutilation génitale pratiquée sur des mineures, comme cela est le cas dans certains pays de la sous-région.

Bien qu'une loi portant condamnation des violences faites aux femmes n'ait pas encore vu le jour, il faut noter que la loi N° 98-016 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines a été adoptée le 17 novembre 1998 et qu'il existe un avant-projet de révision du code pénal consacrant un certain nombre d'articles à la violence faite aux femmes. La loi condamne aussi tout acte de viol et prévoit des peines allant de 5 à 10 ans, qui peuvent atteindre 20 ans en cas de viol sur mineur-e de moins de 14 ans. Cependant, la loi ne condamne pas le viol dans le cadre du mariage. De plus, le Togo s'est également doté de la loi N°2010-018 du 31 décembre 2010 portant protection des personnes en matière du VIH et du sida au Togo. Le gouvernement a par ailleurs adhéré au Plan d'action francophone sur les violences faites aux femmes et aux filles, instauré par l'Organisation Internationale de la Francophonie.

Cependant, bien que le gouvernement défende l'égalité entre hommes et femmes dans les textes, cela ne se vérifie pas en pratique. De plus, une grande partie des lois ne prévoit pas de sanction appropriée en cas d'infraction et les différents textes législatifs ne sont que peu connus par la population. Bien que des actions de vulgarisation et de sensibilisation aient lieu, les messages sont parfois moralisateurs et n'atteignent donc pas le but escompté. Il faut tout de même noter qu'il existe des campagnes de sensibilisation sur des thèmes relatifs à la violence sous toutes ses formes à l'égard des femmes qui sont organisées chaque année par la DGPF et le WILDAF-Togo depuis 2000.

1.3.3. Principales politiques et programmes

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015

Ce document se décline en cinq programmes, dont quatre programmes « d'actions » visant respectivement : **1.** la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, **2.** la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, **3.** le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et **4.** la lutte contre les maladies non transmissibles. Le cinquième programme transversal vise le renforcement du système de santé dans un but de soutien des quatre programmes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

Le PNDS est un plan stratégique qui s'inscrit dans le cadre de la réforme du système de santé qui a débuté en mai 2010. L'opérationnalisation du PNDS se fait par le biais d'une planification dite descendante, c'est-à-dire évoluant du niveau central vers le niveau des districts sanitaires. Chaque niveau élabore son plan d'action annuel en se conformant au PNDS.

Le PNDS, qui aborde globalement la santé des jeunes et adolescent-e-s, ne fait pas état de la SRAJ, mais la problématique n'est pas pour autant absente du ministère de la Santé qui a créé le service national de la Santé des jeunes et adolescents (SNSJA), département appartenant à la division de la Santé de la famille. Il serait envisageable d'intégrer des activités en faveur des adolescentes dans l'ensemble des programmes d'actions du PNDS, principalement concernant celui de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, puisque les adolescentes contribuent pour beaucoup au fort taux de mortalité maternelle.

Le Programme national de santé des jeunes et adolescents au Togo 1997

Ce document, bien que datant de 1997 et ayant une durée de 10 ans, reste toujours d'actualité ; il n'a jusque là pas pu être mis en application dans son intégralité du fait d'un manque de ressources à la fois financières et humaines. Ce programme s'articule autour de quatre objectifs intermédiaires ayant pour finalité principale d'assurer une meilleure prise en charge psychologique et sanitaire des jeunes et adolescent-e-s. Ces objectifs étaient de **1.** rendre plus opérationnel le SNSJA par la mise en place des structures décentralisées, la dotation en personnel et en équipements adéquats au plus tard en l'an 2002 ; **2.** réduire la morbidité et la mortalité liées à la sexualité précoce, aux MST/sida, aux accidents de la voie publique, à l'utilisation des drogues, aux pratiques néfastes et aux autres comportements à risques chez les jeunes et les adolescents tout au long du programme ; **3.** amener les jeunes et les adolescents, la communauté, les leaders d'opinion, les autorités politiques et religieuses à adopter des comportements favorables à la promotion de la santé des jeunes et des adolescents ; **4.** renforcer les relations entre tous les intervenants (secteurs ministériels, ONG et associations impliquées dans le programme) en matière de santé des jeunes et des adolescents par la mise en place d'une structure formelle de coordination des activités, l'harmonisation des objectifs et la standardisation des outils tout au long du programme.

Alors qu'il s'agit d'un programme à destination des jeunes pour l'amélioration de leur santé, il faut noter que la catégorie des adolescentes n'est pas présente. En effet, tout au long du document, il n'est fait aucune mention de l'hétérogénéité des jeunes, alors même que les jeunes filles/adolescentes participent pour beaucoup aux taux de mortalité et morbidité.

L'intégralité de ce document nécessite une révision basée sur l'actualisation des données ainsi que l'intégration d'activités plus adaptées aux jeunes d'aujourd'hui.

La Politique nationale pour l'équité et l'égalité de genre au Togo 2011

La PNEEG débute par un état des lieux sur les inégalités liées au genre au Togo. Ce retour sur la situation inégalitaire est assez complet et permet de comprendre que le statut des femmes demeure comparable à celui de mineur-e-s, du fait des valeurs traditionnelles, qui privilégient les hommes. Cet état des lieux revient sur les différences de traitement entre les hommes et les femmes, que ce soit à travers les taux de scolarisation ou les rapports aux soins. Cependant, le document ne traite pas de la condition des jeunes filles - en dehors des différences dans la scolarisation. Les jeunes filles n'apparaissent pas non plus dans les cinq orientations stratégiques proposées par la PNEEG. Il pourrait être envisagé d'intégrer deux autres orientations concernant l'accès à l'éducation et aux services sanitaires.

Le Programme d'éducation sexuelle complète

Ce programme est mis en œuvre par l'Association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF) et a pour principal objectif « 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 au Togo ». Ce projet a permis de former les acteurs aux questions de **1.** genre, **2.** santé sexuelle et de la reproduction, **3.** citoyenneté sexuelle, **4.** plaisir ou épanouissement sexuel, **5.** lutte contre la violence, **6.** promotion de la diversité et **7.** relations avec les autres.

Il a été mis en place en suivant les directives des différents programmes et politiques nationaux (Plan stratégique 2008-2012 pour la santé des adolescents et jeunes au Togo, Politique nationale de santé des adolescents et jeunes, Politique nationale de l'éducation, Plan sectoriel de l'éducation 2010-2020, Politique nationale de la jeunesse et du Plan d'action opérationnel, Politique des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes, politique nationale de la protection de l'enfant, Charte africaine de la jeunesse).

Ce programme possède des qualités non négligeables. Les jeunes, bien souvent mis à l'écart de l'organisation des activités les concernant, sont ici partie intégrante. Le programme a réussi à fédérer l'ensemble des acteurs, des professeurs des écoles, aux parents et aux jeunes, en passant par la communauté. Faute de ressources financières, il n'a pu être développé à l'échelle nationale bien qu'il ait démontré toute sa pertinence.

1.3.4. L'UNFPA, un acteur incontournable dans le domaine de la SDSP

L'évaluation finale de la mise en œuvre du CPAP 2008-2012/13 souligne le rôle et les impacts de l'action de l'UNFPA en matière d'amélioration de l'accès aux services de santé maternelle, aux soins des nouveau-nés, et à une PF de qualité. Le rapport d'évaluation final souligne également l'attention particulière qui est portée aux populations en situation de vulnérabilité, notamment les jeunes et les travailleurs du sexe.

Le nouveau CPAP 2014-2018, document cadre qui oriente les stratégies de l'UNFPA dans sa collaboration avec le gouvernement du Togo, est particulièrement favorable à la promotion des droits des adolescentes. Il prévoit en effet le développement de programmes holistiques en matière d'éducation sexuelle et de santé sexuelle et reproductive, à travers le soutien de programmes de renforcement de l'éducation sexuelle, des actions de mobilisation sociale et communautaire, notamment pour la prévention et la lutte contre les mariages précoces et le développement des capacités des centres de jeunes.

Dans le cadre de l'initiative Muskoka, et principalement dans la feuille de route 2013, plusieurs activités prévues montrent la préoccupation de poursuivre et de renforcer la promotion de la SRAJ à tous les niveaux et, dans une moindre mesure, de faire des adolescentes une cible prioritaire.

- Appuyer la partie nationale à élaborer et mettre en œuvre une stratégie d'intervention en SRAJ
- Appuyer l'offre des services intégrés SSR/PF de proximité en milieu rural, périurbain ciblant les jeunes et adolescents
- Renforcer les compétences des prestataires (personnel de santé niveau USP, District et OSC) en SRAJ
- Appuyer la coordination des interventions SSRAJ
- Diffuser l'étude sur les centres de jeunes et infirmeries scolaires et appuyer les infirmeries scolaires pour la prise en charge des adolescents (filles et garçons)
- Elaborer et diffuser un documentaire et des supports sur les grossesses précoces en milieu scolaire
- Conduire une étude sur les infirmeries scolaires et centres de jeunes : cette étude a été commandée par le ministère de la Santé en partenariat avec le bureau UNFPA Togo. Elle avait pour premier objectif de réaliser un état des lieux des centres de jeunes et des infirmeries scolaires en termes de disponibilité, de répartition géographique, de fonctionnalité (équipement, matériels, ressources humaines, approvisionnement en médicaments...) et d'utilisation de services par ces jeunes et adolescents bénéficiaires. Son second objectif était d'analyser la gestion des services, les besoins en formation et en renforcement des capacités de ces centres de jeunes et infirmeries scolaires.

II. Stratégies, actions et outils actuellement mis en œuvre

Lors de l'atelier H4+ « Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de solidarité prioritaire / Muskoka », organisé à Cotonou du 15 au 17 novembre 2012, les délégations présentes dont celle du Togo se sont engagées à changer leurs stratégies et approches programmatiques. Elles ont, en particulier, identifié cinq axes sur lesquels travailler. C'est à l'aune de ces différents axes - données et études, politiques et lois, éducation à la sexualité, offre de services et mobilisation communautaire - que nous allons analyser plus en détails les stratégies, actions et outils actuellement existants au Togo en soulignant les opportunités et les faiblesses qui leur sont liées afin de pouvoir, dans une dernière partie, formuler des recommandations d'action.

2.1. Données et études

2.1.1. Principales données quantitatives et qualitatives

Suite à une longue période d'instabilité et du fait d'un manque de ressources financières et humaines, le Togo n'a pas disposé de conditions favorables pour le maintien à jour de données institutionnelles. Depuis 2005, le pays se trouve dans une relative stabilité, ce qui a permis de relancer les processus d'aide à la population et notamment une mise à jour des données nationales. En 2010, une enquête MICS a été effectuée et permet d'avoir des données sur la situation des enfants et des femmes du Togo avec des indicateurs concernant la santé sexuelle de la reproduction, et notamment le taux de fécondité des adolescentes, le pourcentage des grossesses précoces à travers le pays, ou le pourcentage des mariages avant l'âge de quinze ans. Le dernier RGPH date lui aussi de 2010. Les résultats définitifs de ce recensement sont disponibles depuis 2012.

Il faut donc noter que le pays s'est lancé dans un processus de mise à jour des statistiques nationales et officielles. L'année 2014 devrait voir le lancement d'une nouvelle EDS ; la dernière, qui date déjà de 1998, ne correspond plus à la situation actuelle.

En général, les chiffres ne concernent que très peu les jeunes en dessous de l'âge de 15 ans ; or les jeunes filles sont en partie responsables des forts taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile (grossesse précoce due à un mariage ou une activité sexuelle précoces).

2.1.2. Les études existantes

Les études et analyses sont primordiales pour disposer d'un état des lieux concret et mettre en place des projets qui atteindront les bonnes personnes aux bons endroits.

Avec l'appui de l'UNFPA, le gouvernement a fait réaliser plusieurs études par un cabinet d'expertise et de recherches indépendant sur les violences faites aux filles, sur les grossesses précoces en milieu scolaire, sur les infirmeries scolaires et les centres de jeunes. Ces études s'avèrent révélatrices des situations de vulnérabilité dans lesquelles les jeunes filles et femmes se trouvent.

Etude sur les infirmeries scolaires et les centres de jeunes

« Pour mieux répondre aux besoins des jeunes et des adolescents en matière de santé sexuelle et de la reproduction (SSR), un état des lieux des centres de jeunes et des infirmeries scolaires a été réalisé en termes de disponibilité, de répartition géographique, de fonctionnalité (équipement, matériels, ressources humaines, approvisionnement en médicaments...) et d'utilisation de services par ces jeunes et adolescents bénéficiaires. En outre, l'état des lieux vise à analyser la gestion des services, les besoins en formation et en renforcement des capacités de ces centres de jeunes et infirmeries scolaires.

L'étude a été réalisée dans les six régions sanitaires du Togo et comporte un volet quantitatif et un volet qualitatif [...]. L'analyse des données a permis de noter qu'il existe un problème d'harmonisation du concept de « centre jeunes » et de révéler une disparité régionale dans leur répartition. Il a été recensé 18 Centres conviviaux des jeunes, 11 Centres d'initiation professionnelle (CIP), 4 Centres ruraux d'activités socio-éducatives (CRASE) et 2 maisons des jeunes. Une grande partie des centres de jeunes (13) est concentrée dans la région des Plateaux (37,14 %) avec une forte implication de la Croix Rouge ; 9 sont situés dans la région Maritime (25,71 %). La région des Savanes est la moins pourvue avec seulement 2 centres².

Les résultats de l'enquête démontrent qu'il est nécessaire de réformer les centres de jeunes afin d'obtenir une définition exacte pour l'en-

semble du territoire. Une meilleure répartition permettrait de toucher un plus grand nombre de jeunes.

Quant aux infirmeries scolaires, il n'en existe que 37 sur l'ensemble du territoire, principalement à Lomé. Bien que les 37 infirmeries soient fonctionnelles, selon les résultats de l'étude, un renforcement des infrastructures et un développement sur l'ensemble du territoire est nécessaire.

De cette enquête, il ressort une insuffisance du nombre d'infirmeries scolaires, d'équipements et de ressources humaines qualifiées. Pour pallier les faiblesses que l'étude fait ressortir, le SNSJA a pu renforcer en 2013, 13 infirmeries scolaires et universitaires existantes (équipement, intrants, formations des personnels, etc.). Le gouvernement togolais est conscient de la nécessité de renforcer et de créer de nouvelles infirmeries scolaires mais aussi des centres de jeunes. Les efforts dans ce domaine devraient se poursuivre dans les années à venir, à condition que des financements puissent être mis à disposition.

En ce qui concerne la fréquentation de ces structures, notons que l'étude ne propose pas de chiffres différenciés selon les sexes ce qui ne permet pas d'analyses sexo-spécifiques. Cela nous apparaît comme une forte limite de l'étude.

2. Résumé exécutif de l'enquête menée par le CERA

La diffusion des études est une étape primordiale. Pour qu'elles aient l'impact recherché, elles doivent être accessibles par le plus grand nombre. Il apparaît que certaines études ne sont pas connues de tous et lorsqu'elles le sont, les OSC n'ont pas accès aux résultats.

2.2. Politiques et lois

2.2.1. Les lois

Le Togo, bien que signataire de plusieurs traités internationaux dont la CIDE et la CEDEF, ne dispose pas d'un arsenal législatif suffisant pour protéger les victimes (féminines) de harcèlement sexuel et moral. Un important travail de plaidoyer de la part de la Plateforme des ONG, avec appui des agences onusiennes, est plus que nécessaire pour combler les manques législatifs en matière de protection des femmes et adolescentes/enfants.

De plus, en cas d'infractions à la loi, les sanctions ne s'appliquent pas toujours à l'ensemble de la population. C'est notamment le cas de la loi N°98-016³ qui stipule que « sont exemptés des sanctions ci-dessus, les parents ou alliés jusqu'au 4^e degré inclusivement des auteurs ou complices des agissements incriminés »⁴.

L'existence d'un projet de révision du code pénal est une réelle opportunité pour faire avancer la cause des femmes et des adolescentes. Selon l'avant-projet de révision, un certain nombre d'articles seront consacrés à la répression des violences faites aux femmes.

Suite à la publication de ce nouveau code, l'étape suivante devra consister à vulgariser les nouveaux textes et les diffuser auprès des populations. Cette vulgarisation et diffusion pourraient être appuyées par l'UNFPA. Afin de faciliter la diffusion et la compréhension par le plus grand nombre, le recours à une boîte à images lors de séances de sensibilisation peut s'avérer pertinente. Cette méthode permet d'atteindre les analphabètes, qui parviennent ainsi à comprendre une situation et ses conséquences.

3. Du 17 novembre 1998 portant répression des mutilations génitales féminine

4. Journal officiel du 21 novembre 1998

2.2.2. Les politiques

Le Programme national de santé des jeunes et adolescents au Togo date de 1997 et n'est donc plus en phase avec l'époque actuelle. Ce document n'a que rarement pu être mis en application dans la mesure où le pays ne disposait pas des ressources financières nécessaires.

La majorité des politiques et programmes du Gouvernement sont anciens et nécessitent une révision qui inclue les caractéristiques hétérogènes de la jeunesse et mette en place des programmes à destination des jeunes filles : le PNDS 2012-2015 n'inclut pas de programmes ayant pour thématique la SRAJ, la PNEEG ne prend pas en considération les jeunes filles ou encore les différences de traitement entre garçons et filles en dehors de la scolarisation.

2.3. Education à la sexualité

2.3.1. Importance de l'information

Même si une grande majorité d'adolescentes a entendu parler des IST, du sida, des grossesses et de la contraception, leurs connaissances restent superficielles et incomplètes. Au Togo, selon l'enquête MICS de 2010, 97,7 % des filles de 15-19 ans⁵ (97,7 % des garçons) ont entendu parler au moins une fois du sida mais elles ne sont plus que 32,6 % à avoir une connaissance approfondie du sida (42,5 % des garçons) et 61,1 % à savoir où faire un test de dépistage (62,8 % des garçons). Les jeunes togolais sont, en partie, bien informés en ce qui concerne le vih/sida. Cependant, l'un des principaux risques liés à une activité sexuelle précoce est la grossesse. Ainsi, selon les résultats de l'étude, pour l'année scolaire 2012-2013, il y aurait eu environ 2 800 cas de grossesse. Le pourcentage des jeunes filles de 15-19 ans ayant déjà eu une naissance s'élève à 9,1 % en milieu urbain et 16,6 % en milieu rural.

La diffusion d'une information précise, exacte et non moralisatrice donnée au moment et à l'âge voulu (avant la puberté et les premiers rapports sexuels) et adaptée à la situation de chacun-e encourage un comportement responsable et, contrairement aux idées reçues, retarde généralement le début de l'activité sexuelle⁶. Des enquêtes qualitatives réalisées auprès des adolescent-e-s en Afrique de l'Ouest révèlent qu'ils / elles sont par ailleurs demandeurs-euses de cette information⁷.

L'information sur les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation passe et peut passer par différents canaux, en particulier par l'école y compris primaire, l'éducation par les pairs, l'entourage et les médias (les structures socio-sanitaires sont traitées dans les parties suivantes).

2.3.2. L'éducation sexuelle à l'école

En raison du caractère tabou de la sexualité et notamment de celle des jeunes, l'éducation à la sexualité est très peu effective au sein des établissements scolaires.

Pourtant, l'école est en mesure d'assurer une information consolidée, validée et harmonisée à tous les enfants et adolescent-es d'une même classe d'âge. Des études montrent que l'éducation sexuelle dans le cadre scolaire est efficace. C'est pourquoi le ministère des Enseignements primaire, secondaire (MEPS) a mis en place des cours d'éducation en matière de vih/sida qui incluent des cours hebdomadaires d'une heure sur la santé et plus précisément sur le vih/sida. Dans cette optique, près de 80 % des établissements scolaires disposent de professeurs formés sur cette thématique, mais il s'agit principalement de la zone d'intervention de l'UNFPA, du fait que ce dernier finance la formation de près de 160 professeurs. De plus, un nombre conséquent d'enseignants ressentent une forme de honte à parler de ce sujet. Dans la plupart des esprits des enseignants et responsables du

5. Les données ne renseignent pas ces informations pour les 10 - 14

6. Kirby D. 2011. *The impact of sex education on the sexual behavior of young people*. Expert paper 2011/12. Population division of the united nation department of economic and social affair. New York: United Nation.

7. Biddlecom AE et al., *Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne : apprendre des adolescents pour prévenir le VIH / Sida et les grossesses non désirées*, New York : Guttmacher Institute 2008

MEPSA, dispenser ce type de cours serait une incitation pour les élèves à pratiquer une activité sexuelle. Ils sont donc peu favorables à la mise à disposition de préservatifs dans les établissements scolaires. Cependant, le MEPSA, en complément des efforts de l'UNFPA a initié un projet de cours d'éducation sexuelle complète, réalisés par l'ATBEF (voir encadré).

Education sexuelle complète

Le projet « Promotion de l'éducation sexuelle complète », initié par l'Association togolaise pour le bien être familial (ATBEF), en partenariat 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 de l'ESC, 1. le genre, 2. la santé sexuelle et de la reproduction, 3. la citoyenneté sexuelle, 4. le plaisir sexuel ou l'épanouissement sexuel, 5. la lutte contre la violence, 6. la promotion de la diversité et 7. les relations avec les autres et leurs 47 sous composantes.

« Les outils et matériels d'information élaborés pour l'enseignement de l'ESC dans les établissements et les prédications dans les églises et mosquées sont jugés adéquats par les acteurs qui en font usage. »⁸

Ce projet pilote réalisé dans les établissements est arrivé à son terme et l'absence de financement n'en permet pas la poursuite. Pourtant, selon l'évaluation finale, il a pu faire ses preuves dans la mesure où des changements de comportements ont pu être observés chez les adolescents togolais.

8. Rapport d'évaluation finale du PESC-ATBEF

Afin de faciliter l'accès aux services SR des adolescent-e-s et des jeunes, le MEPSA en partenariat avec le MS et l'UNFPA travaille à la réhabilitation des infirmeries scolaires. Un paquet minimum de services devant être fourni a été établi par le SNSJA avec l'appui de l'OMS.

Infirmierie scolaire - paquet minimum d'activités et de services

- Information sur la SRAJ

Prise en charge de la grossesse

- Information sur les CPN (TPI, vaccination, PTME, nutrition, AME)
- Distribution des MII
- Préparation de l'accouchement

IST/VIH/SIDA

- Information sur la prévention
- Distribution de condom
- Prise en charge psycho-sociale et nutritionnelle des PVVIH
- Promotion du dépistage volontaire du VIH

PF

- Distribution des produits contraceptifs (préservatifs/condoms, pilules, spermicides)
- Information sur la PF

INFORMATION SUR LES AUTRES PROBLEMES DE SANTE :

- Violences sexuelles, usage des substances nocives, MGF, trafic d'enfants et des adolescents, mariages précoces et forcés, existence des lois
- Référence aux USP pour les cas dépassant la compétence des ASC

PEC DES IST

- Dépistage du VIH en milieu scolaire
- Référence vers les structures de santé appropriées

Source : Standards de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ) du Togo (MS, 2009)

Selon cette définition, les infirmeries scolaires devraient préparer les jeunes filles pour l'accouchement ; or cela ne semble pas être le lieu idéal.

L'ensemble des établissements scolaires togolais ne bénéficie pas d'une telle structure, et sur les 37 ayant une infirmerie fonctionnelle, près de la moitié auraient besoin de personnels et équipement supplémentaire afin de répondre aux exigences du paquet minimum et pour le bien-être des élèves.

L'éducation sexuelle dans le secondaire est légitime notamment si elle commence dès le début du cycle 1 du secondaire (jeunes à partir de 12-13 ans, au moment de la puberté et avant les premières relations sexuelles). L'amélioration des contenus des cours et de la formation des enseignants et monitrices d'éducation à la vie familiale est nécessaire. Au-delà des aspects techniques et bio-médicaux, il est primordial de pouvoir aussi aborder les questions de droits en matière sexuelle et de la procréation des jeunes, les relations entre garçons et filles, les inégalités de genre et stéréotypes qui modèlent les rapports de pouvoirs dans la négociation (acceptation, refus) des relations sexuelles et amoureuses.

Le Togo rencontre un problème important de grossesses en milieu scolaire, ce qui contraint les jeunes filles concernées à quitter l'école avant la fin du secondaire. De plus, le nombre de mariages précoces, notamment en milieu rural, reste conséquent et a des effets néfastes sur la scolarité des jeunes. Avec 8,58 % des jeunes filles entre 12 et 19 ans qui sont soit mariées, veuves ou divorcées, l'introduction d'une éducation sexuelle dès le plus jeune âge trouve toute sa justification.

Le livret pédagogique « Décider de sa vie et construire sa famille : réfléchir ensemble pour améliorer la santé maternelle »⁹ élaboré à la suite d'une enquête pluridisciplinaire auprès d'enfants, d'adolescent-e-s et d'adultes du Burkina Faso, du Ghana, du Mali et du Sénégal et qui a bénéficié du soutien financier de l'UNFPA peut s'avérer un outil très pertinent pour les éducateurs, enseignants, maitresses d'éducation à la vie familiale afin d'aborder dès les premières années d'école primaire (7-10 ans) les questions de paternité et de maternité et de favoriser le dialogue garçon / fille sur la vie familiale. Cette première approche ouvrirait la porte à l'introduction de modules plus complets et plus approfondis en fin de cycle primaire avec un glissement des cours d'éducation sexuelle du secondaire vers la fin du primaire.

9. <http://www.cnrs.fr/inshs/recherche/docs-vie-labos/sante-maternelle.pdf>

Quant aux jeunes filles qui sont contraintes de quitter le milieu scolaire, le Togo dispose de quelques centres d'accueil et de reconversion qui leur permettent de se reconstruire et de recevoir des informations en matière de SRAJ. Il s'agit notamment de la structure Petite Sœur à Sœur ou encore du centre de réhabilitation du BNCE Togo.

Difficultés et contraintes spécifiques auxquelles les filles font face avant 12 ans

- Maturation sexuelle
- Consolidation des rôles liés au genre, y compris la violence à l'égard des femmes
- Changements au sein de la famille
- Responsabilité croissante vis-à-vis des tâches domestiques
- Participation moindre aux activités sociales : filles isolées/cachées
- Déscolarisation / sécurité des filles au sein de l'école
- Migration liée à l'emploi
- Représentations médiatiques des femmes
- Augmentation des besoins
- Pression de mariage : le mariage est perçu comme un moyen de gagner sa vie

*Atelier de conception et de mise en œuvre de programmes en direction des adolescentes - Bénin, Burkina Faso, Niger - Juin 2010, Ouagadougou, Burkina Faso*¹⁰ - *Equilibres & Populations, Population Council avec participation de représentants des bureaux UNFPA du Bénin, Burkina et Niger.*

10. http://www.popcouncil.org/pdfs/events/2010PGY_AdolWkshopBurkina_RapportAtelier.pdf

2.3.3. L'information des jeunes par les jeunes

L'éducation par les pairs se fonde sur le fait que nous changeons parce que nous y sommes poussés par l'opinion et les actions de personnes du même âge qui nous sont proches et en qui nous avons confiance. Les stratégies d'éducation par les pairs se sont particulièrement développées dans le cadre de la lutte et de la prévention du vih/sida. Des évaluations qualitatives¹¹ de programmes ont montré que les pairs-éducateurs-trices se sont avérés parfois plus efficaces que les adultes pour établir des normes et changer les attitudes relatives à la sexualité. Toutefois, ils n'obtiennent pas forcément de meilleurs résultats pour transmettre des informations concrètes sur la

11. http://www.unicef.org/french/lifeskills/index_12078.html

santé. Il est pourtant clairement démontré qu'une combinaison de cours en classe et d'éducation par les pairs est plus efficace que chacune de ces deux méthodes prises séparément. L'éducation par les pairs, l'enseignement et l'information dispensée par les adultes peuvent être considérées comme complémentaires.

Au Togo, cette stratégie a su faire ses preuves et de nombreuses ONG y ont recours. Il s'agit en priorité de lutter contre les IST, le VIH/sida.

A partir de l'éducation par les pairs et dans sa continuité, le développement de stratégies d'auto-formation des jeunes basées sur la réalisation de leurs propres activités (caravane de sensibilisation par exemple) est aussi un vecteur à utiliser dans le cadre de l'éducation à la sexualité et aux droits.

Il existe au Togo, et dans l'ensemble de la sous-région, un réseau de pairs-éducateurs-trices mobilisable et activable.

L'éducation par les pairs est un canal pertinent si les pairs-éducateurs-trices ont reçu une formation complète et qu'ils-elles sont en capacité de transmettre des messages et informations non erronées, de connaître leurs limites et de savoir référencer ou orienter leurs interlocutrices vers des structures ou personnes référentes qui peuvent prendre le relais. Un des défis de l'éducation par les pairs est que les discours ne soient pas moralisateurs ou hyper-normatifs. Les pairs éducateurs-trices doivent être formé-es dans le sens de la déconstruction de certains stéréotypes, préjugés ou normes qui ne vont pas dans le sens des messages qu'ils doivent diffuser. L'éducation par les pairs repose en grande partie sur le bénévolat, qui a des limites. Le devenir des pairs-éducateurs-trices à la fin des projets est à questionner.

Les pairs-éducateurs(-trices) sont le plus souvent recruté-es parmi les scolaires du secondaire et sont en majorité des garçons. Ils interviennent naturellement auprès des jeunes de même profil qu'eux et ne parviennent pas toujours à intervenir auprès de certaines catégories de jeunes et notamment de jeunes filles qui ne fréquentent ni l'école, ni les centres jeunes.

Les activités des ONG bien implantées dans les communautés et ayant une expérience / expertise en matière de mobilisation communautaire pour un changement social, d'éducation pour un changement de comportement et intervenant dans les domaines de la jeunesse, de la santé maternelle et infantile, de l'empowerment des jeunes filles constituent des opportunités pour apporter une information en matière de SDSP à destination des adolescentes non scolarisées et / ou mariées.

ONG FAMME et le projet Corridor

Ce projet a duré 11,5 mois de septembre 2012 à août 2013, sur le trajet entre la frontière du Ghana et la frontière béninoise. Les cibles concernaient les professionnelles du sexe (PS) ainsi que les consommateurs de drogues. Quinze PS ont été formées aux activités de prévention et à diriger leurs pairs vers des centres de santé/soins.

Il s'agit d'un projet intéressant dans la mesure où il ne s'arrête pas aux limites d'une ville et permet de toucher un grand nombre de personnes tout le long du corridor.

L'expérience de l'ONG JVS en matière d'auto-formation des jeunes

Appuyée par BØRNEFonden, l'ONG JVS a conduit un projet qui consiste à l'autoformation des jeunes. Ces derniers mettent en place des clubs qui, par la suite, deviennent des associations en mesure de diffuser des informations auprès de leurs pairs et dans la mesure du possible, de faire du plaidoyer auprès des autorités locales et nationales.

2.3.4. Les médias

Les médias (radio, télévision, journaux) sont efficaces pour informer, influencer sur les normes sociales et amorcer des changements de comportement. Utiliser les médias comme moyen de diffuser des informations a l'avantage de permettre d'atteindre un grand nombre de personnes en même temps et toutes les composantes de la société; même si les messages et l'information peuvent être / doivent être adaptés à différentes cibles (selon le sexe, l'âge), ils peuvent être entendus par toutes et tous. Les adolescent-e-s apprécient les médias comme source d'information rapide mais en soulignent une limite : le manque d'interaction et souvent l'impossibilité de pouvoir poser des questions.

Bien que cette approche par les médias apparaisse comme une excellente idée pour les zones urbaines, cela n'est que peu efficace dans les zones rurales ou seulement peu de jeunes ont accès aux différents matériaux nécessaires. Seulement 45,8 % des jeunes filles entre 15 et 24 ans en milieu rural sont alphabétisées et donc en mesure de lire un article de journal (73,1 % en milieu urbain). L'EDS de 1998 ne permet pas de connaître les chiffres concernant l'accès aux différents médias ; or cette information est plus que nécessaire pour évaluer l'impact de la mise en place d'émissions de radio, de programmes télévisés ou d'articles de journaux dans les différentes régions.

Dans les zones rurales, où la grande majorité des populations ne sont pas exposées aux médias et où la tradition orale est fortement valorisée, la mise en scène théâtrale ou comique qui permet de retenir l'attention du public, de faire passer des messages et qui peut être suivie de débats et échanges, reste un canal pertinent. Elle est d'ailleurs utilisée par la plupart des acteurs intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et de la procréation.

Le théâtre, les sketches sont également un bon moyen pour les jeunes et adolescent-e-s de s'exprimer et d'exprimer leurs besoins en matière de SDSP et d'interpeller leurs aîné-es et les détenteurs d'enjeux et décideurs sur leur difficultés.

2.3.5. L'implication des familles

Les membres des familles ne sont pas la source préférée ou la plus souvent utilisée pour obtenir des informations sur la sexualité dans la mesure où adolescentes et adultes de la famille se sentent en porte-à-faux pour discuter de ces sujets.

Cependant le fait d'impliquer et de d'informer les familles peut contribuer à créer un environnement favorable à l'amélioration de la santé des adolescent-e-s. Les parents, tuteurs et entourage proche ont une influence majeure sur la vie des adolescents notamment des filles qui seront d'autant plus enclines à réagir positivement aux programmes et encouragées à se tourner vers les services de SRR, s'ils sont soutenus et acceptés par les familles

Les acteurs intervenant dans le domaine de la SRAJ l'ont bien compris et plusieurs structures mettent en œuvre des stratégies et développent des actions concrètes pour informer et mobiliser les parents, ainsi que pour favoriser le dialogue parents-enfants. L'utilisation des médias et l'utilisation de la voix des jeunes à travers des sketchs pour interpeller les parents sont des canaux largement exploités (centres jeunes, JVS) mais souvent trop ponctuellement.

Des organismes qui mettent en œuvre des programmes intégrés et holistiques qui visent aussi le changement de comportement et le changement social mettent en œuvre des stratégies volontaristes qui combinent plusieurs actions (cf. encadré BNCE).

Dans le cadre des programmes qui visent les adolescentes les plus jeunes ou en situation de vulnérabilité et qui intègrent des activités de renforcement des compétences de vie et de leur empowerment, l'implication des parents est souvent une condition préalable et nécessaire.

Programme maltraitance du BNCE

Le programme maltraitance consiste à lutter contre l'exploitation sexuelle des filles. Ce projet a pour objectif de retirer toutes les filles de moins de 18 ans du milieu portefaix. Les membres du personnel du centre écoutent la victime, cherchent à comprendre les raisons de son départ de sa famille, ils reprennent contact avec la famille et tentent de lui expliquer les épreuves traversées par leur enfant. Quand ils retirent la fille de l'environnement portefaix, ils l'emmènent dans un centre situé à 60km au Sud-Est de Lomé, afin qu'elle retrouve une estime de soi, pratique des activités socioéducatives, des activités ménagères. Ce processus qui dure de 3 à 6

mois permet aux jeunes filles bénéficiaires de reconsidérer leur situation dans la vie. Elles élaborent un projet de vie. Les responsables du centre impliquent la fille et ses parents (qui peuvent lui rendre visite), font intervenir des maîtres artisans qui proposent des activités d'initiation en vue de leur permettre de faire leur choix. A la suite de leur séjour, les filles réintègrent leur famille et sont inscrites dans un centre d'apprentissage (payé par le BNCE) et à la fin de la formation, on leur donne l'équipement dont elles ont besoin et on les aide à l'installation.

2.3.6. En termes de contenu

Plusieurs organismes sont habilités à former et forment effectivement des personnes (maîtres, professeurs, animateurs, agents de santé...) devant encadrer et informer les jeunes en matière d'éducation à la vie familiale, de SRAJ, et donc contribuer à l'éducation sexuelle des adolescent-e-s et jeunes. De nombreuses ONG ou associations comme l'ATBEF forment les maîtresses et maîtres en éducation à la vie familiale qui interviennent dans les centres de formation et les écoles, ainsi que les animateurs de jeunesse qui doivent encadrer les actions socio-éducatives des jeunes sur la base de modules (techniques de communication, sociologie-anthropologie, psychologie, gestion de groupe, éducation à la santé) qui ne contiennent pas d'approche ou d'analyse sexo-spécifique. Dans le cadre du partenariat entre l'UNFPA Togo et le MEPSA, 160 enseignants ont pu être formés en 2013 pour mener à bien les nouveaux enseignements concernant la santé.

En termes de contenu, les enseignements, messages, informations disponibles et diffusés sont très / trop orientés sida et prévention, et restent très moralisateurs. Surtout, ils ne prennent pas en compte les aspects droits, responsabilité des garçons et inégalités de genre.

Malgré l'existence d'une Plateforme des ONG qui regroupe les organisations ayant pour thématique la SR et la lutte contre le vih-sida, il faut souligner qu'il existe, tout de même, un manque de coordination des acteurs intervenant en matière d'éducation à la sexualité auprès des jeunes. Ceci est une faiblesse qui limite l'efficacité des actions. Et malgré la richesse de la diversité des acteurs¹² chargés de former les jeunes, on note une absence d'harmonisation dans les curricula, qui doivent être enrichis des aspects relatifs aux droits et aux besoins des adolescentes et doivent également rendre visible des aspects relatifs à la vie relationnelle et affective, dans laquelle s'intègre la sexualité. A l'heure actuelle, les supports éducatifs proposés au Togo intègrent trop peu ces thématiques. Ils restent essentiellement centrés sur les aspects biomédicaux, comme le montre le manuel Education sanitaire à l'école pour la prévention du sida et des IST.

L'UNFPA doit travailler, en collaboration avec la Plateforme, sur une harmonisation des curricula à partir d'un référentiel-message SRAJ qui sera identique pour tous. Il paraît utile de faire participer les jeunes à la rédaction des messages informatifs, afin d'être plus en phase avec les caractéristiques des jeunes et adolescent-e-s.

12. 272 ONG sont membres de la Plateforme

2.4. Offre de services

Une information de qualité et effective en matière de santé mais également de droits est un préalable à l'amélioration de la santé sexuelle et de la procréation, mais elle n'est pas une condition suffisante. Il est primordial que les adolescentes puissent bénéficier de conseils, de moyens de prévention, de dépistage et de soins. Au Togo, en raison de la précocité de la première naissance, il y a un enjeu particulièrement important en termes de suivi des grossesses d'adolescentes, d'assistance à l'accouchement de qualité et d'adaptation à un risque plus grand de complications. Elles sont ainsi 17 % dans la tranche d'âge 15-19 ans à avoir commencé leur vie procréative, et elles sont 2% à avoir eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans. Une étude sur les grossesses précoces en milieu scolaire montre qu'en 2012-2013, près de 2800 jeunes filles auraient été déclarées enceintes.¹³

13. Cependant, les résultats de cette enquête ne sont pas publiés

2.4.1. Les centres de santé

Au niveau des formations sanitaires, les prestataires de services de planification familiale sont notamment censés assurer des services complets à leur clientèle en leur fournissant le maximum d'informations utiles concernant, entre autres, l'éventail des différentes méthodes contraceptives existantes, leurs contraintes ainsi que leurs effets secondaires et leurs contre-indications éventuelles. Ces informations ont non seulement pour but d'aider les femmes à faire un choix éclairé mais aussi de permettre de corriger et de combattre les préjugés concernant les méthodes de contraception.

Besoins non satisfaits en matière de contraception :

La jeunesse togolaise ne semble pas consciente des risques encourus par l'absence d'utilisation des moyens de contraception. Elles sont ainsi 94,9 % des 15-19 ans à ne pas avoir recours à une méthode contraceptive. Il faut souligner que 49,8 % des 15-19 ans considèrent avoir des besoins non satisfaits en matière de contraception, et qu'elles sont seulement 9,2 % à avoir des demandes de contraception satisfaites.

Ces chiffres mettent en évidence qu'au Togo, la planification familiale est peu utilisée par les jeunes filles.

Les soins prénatals et l'accouchement avec du personnel qualifié :

Les adolescentes qui ont démarré leur vie procréative fréquentent les structures sanitaires publiques. En effet, 51,9 % des moins de 20 ans ont réalisé 4 visites ou plus pour des soins prénatals. Et nous pouvons constater que 72,3 % des jeunes filles de moins de 20 ans ont accouché avec un assistant qualifié.

Si les jeunes et adolescent-e-s accordent de la confiance aux centres de santé et pensent qu'il est important de les fréquenter, ils ne s'y rendent que très peu, notamment pour des conseils et soins en matière de SRAJ. Les services y sont peu adaptés, ne sont pas toujours fonctionnels et le manque de confidentialité engendre une peur de se confier au personnel de santé. L'aspect financier est également avancé par les jeunes, qui craignent avoir à payer pour un traitement. En plus de cela, les jeunes ne trouvent pas toujours les réponses justes et adaptées. En ce qui concerne la délivrance des services SSRAJ, le volet moralisateur du discours des adultes reste la

norme. Les adolescentes en particulier peuvent y être très mal accueillies, voire discriminées. Par ailleurs, les adolescentes, imprégnées des normes sociales qui valorisent le mariage, se limitent d'elles-mêmes et ne se rendent pas dans un centre de santé du quartier pour éviter d'être vue. Une fille qui se rend dans un centre de santé est perçue comme malade, ce qui réduit ses « chances de se marier ».

Si les centres de santé intégrés pouvaient relever le défi de s'ouvrir largement et en masse aux jeunes et adolescentes, effectivement à la promotion de la SRAJ et à la distribution de moyens de contraception / prévention aux jeunes, ils représenteraient le moyen le plus efficace et le plus sûr pour améliorer la SSR des adolescentes. Au-delà des faiblesses générales du système de santé togolais¹⁴ et des dysfonctionnements qui en découlent en matière de nombre et de compétences des prestataires, d'approvisionnement en produits curatifs et préventifs, au-delà des difficultés d'accès que rencontrent encore de nombreuses personnes, notamment les femmes en termes financiers, géographiques et culturels, le défi à relever est celui du caractère tabou de la sexualité, de l'emprise de la société sur le corps de la femmes et de la jeune fille, des valeurs pro-natalistes.

14. Le budget du Ministère de la santé représente 5% du budget de l'Etat

Des changements au niveau du personnel de santé sont nécessaires mais ils ne peuvent qu'être accompagnés par des changements sociaux.

2.4.2. Les centres jeunes

Depuis plusieurs années, pour promouvoir et opérationnaliser la politique SRAJ au Togo, des efforts ont été faits pour développer des services visant spécifiquement les jeunes, notamment par le ministère de la santé et le ministère de la jeunesse, des sports et des loisirs. Les ONG ont également participé à ce mouvement.

Des centres jeunes nombreux et variés mais peu efficaces...

L'étude sur les infirmeries scolaires et centres de jeunes précitée montre qu'il existe très peu de centres de jeunes, que ceux existants sont en ville et que peu de ces centres de jeunes sont conviviaux et en mesure d'accueillir convenablement les jeunes, selon des critères prédéfinis :

Services des centres conviviaux des jeunes

- Consultations médicales et soins infirmiers
- IST/ vih/sida
 - Information sur la prévention
 - Distribution de condoms
 - Prise en charge des IST
 - Promotion du dépistage volontaire du vih/sida
- Planification Familiale
 - Distribution des produits contraceptifs (préservatifs/condoms, pilules, spermicides)
 - Information sur la PF

- Les activités IEC/CCC (counseling, causeries éducatives, projections de films,...) sur la santé des adolescents et des jeunes
- Les activités de loisirs (ping-pong, scrabble, baby-foot, ludo, dames,...)
- L'éducation à la vie familiale
- Le conseil de dépistage volontaire et anonyme (CDVA).
- Référence vers les structures spécialisées.¹⁵

De plus, il existe plusieurs catégories de centre de jeunes. Nous retrouvons les centres jeunes conviviaux, les CIP (Centre d'Initiation Professionnelle), les CRASE (Centre Rural d'Activités Socio-Educatives) et les maisons des jeunes. Les trois derniers offrent généralement des services liés à la formation, à l'information et à la réinsertion des jeunes.

Cette étude a également mis en évidence de nombreuses faiblesses en ce qui concerne les centres de jeunes :

- le nombre limité de partenaires techniques et financiers qui appuient ces centres ;
- l'état de délabrement des centres de jeunes ;
- la vétusté des centres de jeunes ;
- la vétusté des équipements des centres de jeunes ;
- le manque d'équipements/supports de base pour les centres de jeunes (matériel audiovisuel, jeux et documents) ;
- l'inexistence des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans les centres de jeunes ;
- le caractère limité des services disponibles ;
- l'insuffisance des ressources humaines ;
- le manque notoire de données sur la situation des jeunes.¹⁶

Les points positifs concernent :

- Rôle prépondérant de l'Etat et des organisations de la société civile dans la création et la promotion des centres de jeunes ;
- Fréquentation massive des centres par les jeunes dans 75 % des cas ;
- Systèmes de production de rapports d'activités et d'archivage plus ou moins élaborés par plus de la moitié des centres de jeunes ;
- Equipements nécessaires pour le fonctionnement disponibles dans 37 % des centres de jeunes ;¹⁷

Il est important de noter que l'une des difficultés que les centres de jeunes doivent affronter concerne le manque de tutelle de la part du gouvernement. En effet, en pratique, le SNSJA, placé sous le ministère de la Santé, semble assurer la gestion des activités dans le secteur. Mais la question de la jeunesse est gérée par le ministère en charge de la jeunesse. Les centres de jeunes ne savent donc pas à qui rapporter et faire leurs demandes.

Il existe donc dans le pays une diversité et un nombre relativement important de structures / infrastructures qui offrent ou sont susceptibles d'offrir des services SRAJ plus conviviaux aux jeunes dans des espaces qui leurs sont dédiés, plus anonymes, et avec des services plus adaptés à leur besoins et attentes que dans les centres de santé classiques.

15. Etude sur les centres de jeunes et infirmeries scolaires

16. Idem

17. Idem

...Et dont le principal défi est l'augmentation et la modification de la fréquentation

Les stratégies SRAJ, comme les centres de santé, ciblent toutes les adolescent-e-s et jeunes de 10 à 24 ans et avancent une préoccupation particulière pour les populations en situation de vulnérabilité. Or les quelques études qui existent sur le sujet en Afrique montrent que l'usager type des centres jeunes est un garçon lycéen ou étudiant vivant dans un foyer aisé en zone urbaine. Les activités des centres jeunes et des réseaux d'éducation par les pairs qui y sont rattachés ne parviennent pas à faire bénéficier de leurs services certaines catégories de jeunes et notamment d'adolescentes. Les garçons sont en moyenne plus nombreux à fréquenter les centres jeunes que les filles. Et parmi les filles, certaines catégories d'adolescentes ne fréquentent quasiment pas les centres jeunes. Il s'agit des plus jeunes (10-14 ans), des non scolarisées ou déscolarisées précocement, des jeune filles migrantes et/ou qui ne vivent pas avec leurs parents, des adolescentes mariées (qui même si elles consultent les centres de santé pour le suivi de leur grossesse sont sous représentées dans les effectifs).

Bien que des centres essayent de connaître les taux de fréquentation, ils ne font pas de distinctions par âge et genre, ce qui ne permet pas de savoir qui est plus touché par les différentes activités. Un exercice de couverture sanitaire (voir encadré) pourrait être efficace et permettrait d'en apprendre plus sur les types de jeunes qui fréquentent les centres de jeunes.

L'exercice de couverture : une méthodologie et un outil simple pour analyser qui est touché ou non par un prestataire ou une action

Un exercice de couverture (EC) est un instrument d'évaluation simple, économique et rapide pouvant servir à profiler les personnes touchées par un prestataire donné, un groupe de prestataires ou des organisations partageant une clientèle commune dans une zone géographique particulière. Cet instrument a été mis au point par le Population Council pour assister les programmes de jeunesse, mais il peut également être utilisé par d'autres bénéficiaires fournissant des services en établissement ou en antenne. L'EC collecte les données relatives à différentes caractéristiques des usager-ères, bénéficiaires, incluant systématiquement le sexe, l'âge, le niveau d'instruction / scolarisation, le statut

matrimonial, le lieu d'habitation, l'activité économique pratiquée. Il permet au personnel et aux responsables des programmes d'évaluer systématiquement les services qu'ils fournissent, l'endroit exact de leur prestation et les caractéristiques de leurs bénéficiaires (clients habituels ou non). Le but ultime de l'instrument est de déterminer : (1) si les services atteignent leurs bénéficiaires prévus et (2) s'ils sont appropriés et conviennent aux personnes qui les reçoivent. Il permet également de suivre une action visant à améliorer la fréquentation des centres jeunes / centres de santé ou la participation à des actions de certaines catégories de jeunes.

Certaines catégories d'adolescentes et de jeunes filles et parmi elles les plus jeunes, les non scolarisées ou déscolarisées précocement, les migrantes, les travailleuses du sexe, sont particulièrement éloignées de ces centres et n'y accèdent quasiment pas en raison de leur isolement social, de leur manque de connaissance et de moyens financiers, de leur faible liberté de mouvement. De leur côté, les centres de santé et les centres jeunes n'ont pas développé de stratégies particulières et différenciées pour toucher ou aller au-devant de ces catégories d'adolescentes.

Dans les centres de santé, tout comme dans les centres jeunes, la « discrimination positive » pourrait être pensée, afin que les jeunes filles consultent un personnel de santé féminin et jeune.

Des stratégies pour identifier, aller au-devant et recruter les adolescentes les plus jeunes, celles qui ne sont pas scolarisées, les migrantes, les professionnelles du sexe doivent être développées par les centres de santé / centres jeunes et / ou les associations et ONG qui interviennent dans les communautés en matière de droits, santé, lutte contre les violences faites aux femmes, lutte contre le mariage précoce, lutte contre le vih/sida. Pour ces catégories de jeunes filles, des espaces spécifiques « sûrs » peuvent être une réponse transitoire, l'objectif à terme étant que les centres de santé et centres jeunes soient en capacité d'accueillir et de répondre aussi aux besoins spécifiques de ces catégories.

Le processus de recrutement et de sélection des jeunes filles en situation de vulnérabilité

La problématique

Les adolescentes en situation de vulnérabilité, sont oubliées ou difficilement accessibles dans les politiques et les programmes de développement. Parmi ces filles laissées pour compte, les choix des équipes pays se sont portés sur les plus à risque dans leurs contextes. Sur chaque site, des groupes d'une vingtaine de filles ont été formés. Ceci a permis à certaines de sortir de leur isolement social et à d'autres de mieux maîtriser la densité de leur réseau social. La constitution de ces groupes a permis la construction d'une identité individuelle et collective et a favorisé le suivi de cette expérience pilote.

L'objectif visé par l'action

L'objectif du processus de sélection vise à former des groupes de filles en vue de leur empowerment pour une meilleure maîtrise de leur santé sexuelle et reproductive.

Les éléments du contexte à prendre en compte

Ce sont essentiellement les contraintes sur lesquelles il faut agir pour favoriser la SSR des jeunes filles et mener à bien le processus de leur empowerment. Cinq contraintes majeures ont été identifiées : la dimension taboue de la sexualité, l'isolement social des filles, le triple statut des adolescentes (jeune / fille / mère) qui est aussi une cumulation de handicaps, le manque de temps des jeunes filles lié à leurs activités professionnelles et domestiques, les représentations des adolescentes qui attendent des retombées matérielles et financières des projets.

En s'adressant à des jeunes filles en situation de vulnérabilité, âgées de 10 à 19 ans, il est essentiel de préciser les critères de vulnérabilité et de différencier les filles du projet en fonction des réalités de chaque site. Dans le cadre du projet, les profils ont été ainsi différenciés : au Niger des filles âgées de 12 à 14 ans non scolarisées ou déscolarisées à risque de migration ; au Bénin et au Burkina Faso des filles mariées, des vendeuses ambulantes, des employées de maison non scolarisées ou déscolarisées. La différence entre ces deux pays concerne l'âge des filles (de 12 à 17 ans au Bénin, de 13 à 17 ans au Burkina Faso).

Les étapes du processus

L'identification

- › Rencontre des filles dans les espaces publics (marché, routes, églises)
- › Recours aux dépositaires d'enjeux et aux partenaires des OSC (groupements, ONG, etc.)
- › Stratégie du porte à porte et visites à domicile
- › Mobilisation du réseau social des animatrices endogènes
- › Recours au réseau des filles elles-mêmes

Le recrutement

- › Elaboration d'un discours de recrutement
- › Construction participative des outils de recrutement (grilles de vulnérabilité)
- › Sélection des filles par l'équipe (un comité est mis en place, formé de l'ensemble de l'équipe)
- › Entretien avec les personnes en charge des filles (tuteurs-trices, parents-es, beaux parents, maris) pour négocier leur accord pour la participation des filles
- › Constitution des dossiers des filles
- › Assemblée générale communautaire et feedback aux filles non sélectionnées

Les méthodes pour « approcher » la cible

Démarche

- › Une stratégie d'approche individuelle
- › Une stratégie d'approche communautaire
- › Une stratégie de mobilisation à travers les réseaux des filles

Outils

- › Grille de vulnérabilité
- › Guide d'entretien
- › Photos et fiches individuelles

Les acteurs-trices mobilisés-es

- › Les animateurs-trices endogènes et le staff technique
- › Les détenteurs d'enjeux (leaders femmes, leaders religieux, responsables des marchés, etc.)
- › Les jeunes
- › Les maris
- › Les parents-es ou les tuteurs-trices

Les écueils à éviter

- › La notion de projet : adapter la terminologie du mot « projet » pour que les communautés ne s'attendent pas à des avantages matériels et financiers
- › La complexité des concepts : adapter les concepts clé du projet dans le discours (SSR, empowerment)
- › Les besoins immédiats : bien inscrire l'action dans les intérêts stratégiques des jeunes filles et ne pas apporter des réponses principalement centrées sur les attentes et besoins des filles et des communautés

Les principales leçons issues de l'expérience

- › Il est extrêmement difficile de toucher les jeunes filles âgées de 10 à 12 ans. Il apparaît nécessaire d'avoir une stratégie différenciée pour cette classe d'âge au sein même des jeunes adolescentes
- › L'élaboration des cartes sociales révèle souvent un nombre important de jeunes filles en situation de vulnérabilité. Il est nécessaire de développer des activités qui ont un effet multiplicateur
- › Le processus de recrutement des jeunes filles prend du temps et a un impact sur le démarrage effectif des activités de renforcement des capacités

Fiche méthodologique « Identification et recrutement des jeunes filles en situation de vulnérabilité » extraite du Rapport de capitalisation du programme « Défi Jeunes : une approche de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation (Bénin, Burkina Faso, Niger) »

En matière d'identification / recrutement des adolescentes les plus jeunes et / ou en situation de vulnérabilité, des ONG de la société civile ont une expérience et une expertise.

Les ONG qui travaillent pour la lutte contre le sida, la prévention prise en charge, la réduction des risques des travailleuses du sexe, ont une expérience et une expertise vis-à-vis de cette catégorie de jeunes filles en situation de vulnérabilité.

Des ONG qui travaillent pour la promotion de l'éducation / instruction, la nutrition / alimentation des filles, l'empowerment / les droits des adolescentes et filles laissées pour compte ont également développé des stratégies pour identifier, mieux connaître leur quotidien et leurs contraintes. Ces stratégies peuvent inspirer les acteurs de la santé / SRAJ.

Les structures socio-sanitaires doivent être pro-actives mais en même temps, certaines adolescentes ont un besoin préalable ou conjoint d'accompagnement en compétences de vie / empowerment pour pouvoir accéder aux services socio-sanitaires. Pour ces jeunes filles les espaces sûrs représentent une opportunité.

2.5. Mobilisation communautaire

2.5.1. L'importance des normes sociales

L'information en matière de droits et santé de la procréation et l'éducation sexuelle des adolescentes ainsi que l'adaptation à leurs besoins spécifiques des services socio-sanitaires sont des conditions nécessaires mais non suffisantes pour que leur santé sexuelle et de la procréation s'améliore. Des déterminants sociaux conditionnent leurs comportements, attitudes, pratiques et peuvent même les empêcher de jouir de leurs connaissances, capacités, compétences de vie pour faire des choix éclairés et responsables afin de protéger leur santé et de décider de leur avenir. En Afrique sub-saharienne, des normes sociales non favorables aux droits et à la santé en matière de sexualité et de procréation des adolescentes persistent : **1.** patriarcat et inégalités de genre qui maintiennent les femmes dans un statut inférieur aux hommes (en termes de pouvoir de décision, de liberté, de contrôle et de maîtrise des moyens de production et des revenus) et les exposent aux violence basées sur le genre, **2.** relations d'aïnesse (géronocratie) qui confèrent aux jeunes devoir d'obéissance et qui limitent leur possibilité d'expression, **3.** tabou de la sexualité, notamment des jeunes (mais qui ne s'exerce pas de la même façon sur les garçons et les filles) en dehors du mariage, **4.** pronatalisme qui maintient les femmes dans un rôle essentiellement reproductif. Ces normes sont particulièrement contraignantes pour les adolescentes qui cumulent le fait d'être jeune et de sexe féminin ; elles créent un environnement très peu propice à leur accès aux informations et aux services de SDSP et favorisent un contrôle social sur leur corps et leur santé sexuelle et de la procréation. Dans ce contexte et sous la pression sociale et intergénérationnelle, le mariage (précoce) et le grand nombre d'enfants demeurent pour les adolescentes d'Afrique sub-saharienne l'un des seuls avenir socialement envisageables.

Sans modification des normes sociales en vigueur et sans modification et déconstruction des représentations et stéréotypes de genre et sexistes au niveau communautaire, toute amélioration de l'offre de services en SRAJ et SDSP pour les adolescents aura des résultats limités sur la demande de services et surtout sur l'accès à ces services par les jeunes et notamment par les jeunes filles et adolescentes. Les capacités des adolescentes à adopter des comportements à moindre risque sont en grande partie conditionnées par le regard et l'attitude de leur entourage et de la communauté à laquelle elles appartiennent. Les actions en direction des adolescentes doivent impérativement être accompagnées d'activités ayant pour but de modifier la manière dont elles sont perçues.

2.5.2. Thématiques et portes d'entrée à privilégier selon les acteurs

La SDSP des adolescentes peut bénéficier de nombreuses actions qui visent à promouvoir, au niveau des communautés, la santé maternelle et infantile ainsi que la santé de la procréation (planification familiale, maternité à moindre risque, lutte contre le vih/sida). Ces actions seront d'autant plus bénéfiques si une préoccupation jeunes, adolescent-e-s y compris marié-es, y est intégrée. Il en va de même concernant les actions luttant contre les inégalités de genre et les violences (physiques, psychologiques, économiques, sexuelles) faites aux femmes et aux filles.

Actuellement, les questions relatives à la sexualité des jeunes et adolescent-e-s et au passage de l'enfance à l'adolescence ne sont encore que rarement mises en débat au niveau communautaire et entre parents et enfants : les projets SRAJ, les centres jeunes, les projets s'adressant spécifiquement à la SDSP des filles sont des opportunités à saisir pour informer et sensibiliser l'entourage et les communautés sur ces questions.

Etant donnée l'importance des déterminants sociaux de la SDSP des adolescentes, les projets à leur intention doivent inclure des activités d'information, sensibilisation et mobilisation des communautés (ne serait-ce que pour que ces projets soient acceptés et que les adolescentes et jeunes filles puissent en bénéficier). Il est nécessaire voire indispensable de travailler avec la famille et l'entourage des jeunes filles. En effet, sans un tel travail de médiation réalisé en amont et pendant le déroulement des programmes, le recrutement et le maintien des adolescentes en sera d'autant plus complexe. L'absence de contribution monétaire est souvent un frein pour une participation active de la communauté. Lors du démarrage du projet des « Papas Champions », l'ONG V.I.E.S a dû faire face à de nombreux désistements dans les comités d'hommes, car ces derniers ne recevaient pas de contrepartie financière.

2.5.3. Implication et responsabilisation des hommes

L'implication et la participation des hommes sont indispensables au changement social (rééquilibrage des rapports de pouvoirs entre les hommes et les femmes) et au recul des pratiques traditionnelles néfastes ou discriminantes envers les filles (mariage et grossesses précoces, trop nombreuses, trop rapprochées, excision). Renforcer les connaissances et l'empowerment des femmes et des filles pour qu'elles soient en capacité de faire valoir leurs droits et de décider pour elles-mêmes est indispensable. Parallèlement, une prise de conscience et une implication des hommes (y compris au sein des équipes de projets et du personnel des structures socio-sanitaires) dans le changement est nécessaire. En matière de santé sexuelle et de la procréation, les actions d'information, de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement s'adressent encore, trop souvent, essentiellement aux femmes et aux filles. Or les hommes et les garçons, s'ils bénéficient d'un pouvoir important de décision et davantage de libertés que les femmes et les filles, ne possèdent pas les connaissances et capacités pour modifier leurs points de vue et leurs comportements. Les programmes doivent prévoir des actions d'information spécifiquement à leur intention. Des espaces de dialogue pour questionner les relations et les rapports de pouvoir entre hommes et femmes doivent être pensés.

La pression sociale s'exerce également sur les hommes. Aussi, un effet de masse est à rechercher. Un homme peut par exemple avoir la volonté de participer aux tâches ménagères et domestiques et / ou de les répartir entre les garçons et les filles du ménage pour que ces dernières aient davantage de temps à consacrer aux leçons ou aux loisirs. Cependant, il ne passera pas à l'acte pour ne pas devenir l'objet de moqueries, voire de rejet de la part de ses pairs. Si plusieurs hommes d'une même communauté, notamment les leaders ou détenteurs d'enjeux connus et reconnus décident ensemble de maintenir leurs filles à l'école et d'attendre avant de les marier, tout en expliquant les raisons à leurs pairs, alors un contexte favorable au changement s'instaure.

Les papas champions de l'ONG V.I.E.S

L'objectif du projet est de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant dans les districts sanitaires de Vo, de Zio et de Yoto à travers la participation active des hommes aux soins de santé des femmes et enfants et leur implication dans la santé de reproduction de la famille. Les papas champions sont élus dans leur village par les membres de la communauté. Le papa doit être un modèle en matière de promotion de la santé de la reproduction c'est-à-dire qui respecte sa femme, évite les violences conjugales et s'occupe bien de ses enfants »

Les papas champions reçoivent ensuite une formation :

A. Santé de la reproduction

- Première partie : situation de la Santé de la reproduction
- Deuxième partie : champion de la santé de la reproduction
- Troisième partie : comité d'hommes
- Quatrième partie : relation entre comité d'hommes et les autres acteurs
- Cinquième partie : bonnes pratiques de la santé de la reproduction
- Communication pour le changement de comportement.

B. Concept genre

- Définition des concepts
- Différence entre le genre et le sexe
- Les obstacles à la prise en compte du genre
- Importance de la prise en compte du genre dans la famille et la communauté
- Les bienfaits de la prise en compte du genre dans la famille et la communauté
- Les implications de la prise en compte du genre dans la famille et dans la communauté
- La relation genre et santé de la reproduction

2.5.4. Déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre

Les stéréotypes existent dans toutes les sociétés. La manière dont nous nous percevons les uns, les autres peut être déterminée par des a priori simplistes portés sur les gens, sur la base de traits particuliers tels que la race, le sexe, l'âge. Ils se basent sur des normes, pratiques et croyances socialement construites. Ils sont souvent culturels, fondés et entretenus par la religion et la tradition, et reflètent des relations de pouvoir sous-jacentes. Les croyances basées sur des stéréotypes peuvent être rigides, mais elles ont changé et changent selon les époques, ce qui constitue à la fois un défi et une chance. Ils sont à la base de la discrimination sexiste ouverte et dissimulée, directe et indirecte et récurrente, qui a des conséquences négatives sur l'égalité de fond qui devrait être garantie aux femmes. Ils se traduisent par des politiques, lois et pratiques qui, dans la vie et au quotidien, peuvent être dangereuses pour les femmes et les filles sur le terrain (excision, mariage forcé et précoce, interdits alimentaires, violences conjugales). Ils freinent l'évolution des rapports vers plus d'égalité entre les femmes et les hommes et servent d'une certaine façon à rendre normaux des faits sociaux qui ne le sont pas. Les stéréotypes sexistes ont été clairement identifiés dans la CEDEF comme empêchant la réalisation de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes. Les stéréotypes sexistes, s'ils enferment les femmes, empêchent aussi les hommes de sortir des schémas sociaux patriarcaux, car chaque stéréotype sur les femmes entraîne un stéréotype sur les hommes.

L'identification, au sein et avec les communautés, des stéréotypes sexistes existants qui conditionnent les attitudes et comportements respectivement des hommes et des femmes, est un préalable obligatoire. Elle se conduit à travers des approches de recherche-action participative avec l'appui de socio-anthropologues. Le questionnement et décodage de ces stéréotypes peuvent s'avérer pertinents pour favoriser une prise de conscience et amorcer des changements sur les représentations de la masculinité et de la féminité. L'identification et l'analyse de ces comportements sont un point de départ pour les combattre afin d'obtenir des changements de mentalité profonds. Travailler à partir des expressions, proverbes, chansons en langues locales qui sont véhiculées quotidiennement dans le langage et qui véhiculent les stéréotypes (ceux qui sont largement répandus mais également ceux qui peuvent être propres à telle ou telle zone) est un commencement concret qui permet la participation et l'implication de toutes et tous.

Si la déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre est identifiée par de nombreux intervenants et acteurs comme étant un axe à privilégier pour susciter le changement social, encore très peu d'actions concrètes sont effectivement mises en œuvre dans ce domaine. Dans le cadre du projet «*Défi jeunes : une approche intégrée de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation*» mis en œuvre au Bénin, Burkina Faso et au Niger, cet axe d'intervention s'est imposé en cours de programme comme une voie particulièrement pertinente pour mettre en débat et ouvrir le dialogue sur les stéréotypes et préjugés véhiculés sur les jeunes filles et adolescentes (cf. encadré). Si cet axe d'intervention n'a pu se concrétiser qu'au Bénin (cf. encadré), l'expérience est duplicable et peut inspirer les acteurs togolais.

Recherche sur les stéréotypes de genre menée par CeRADIS au Bénin : quelques exemples de stéréotypes qui influent négativement sur la santé sexuelle et de la procréation des adolescentes

- **Stéréotypes relatifs à l'image que les acteurs sociaux (tuteurs, parents, détenteurs d'enjeux, maris etc.) se font de la sexualité, des droits sexuels et de la santé de la reproduction des filles dans la communauté :**

« Conseiller la PF à une fille, c'est lui ouvrir la voie à la débauche »

« L'utilisation de la planification familiale est un passeport pour la dépravation sexuelle »

« Une femme émancipée ne peut se marier »

« Une fille qui a une capote dans son sac est une prostituée »

- **Stéréotypes relatifs au rôle et à la position des filles/filles mères dans la communauté :**

« L'homme possède la femme »

« Une fille se marie pour faire des enfants et non pour chercher de l'argent »

« Une femme doit se débrouiller mais avec limite »

- **Stéréotypes relatifs à certaines activités génératrices de revenus :**

« Les filles domestiques ou vendeuses ambulantes sont des voleuses et des menteuses »

« Une femme commerçante est généralement infidèle car elle voyage beaucoup et doit être obligée d'être gentille avec tout le monde, en particulier les clients hommes »

« Une femme qui milite dans une organisation ou une association et qui bouge beaucoup est prise pour une vagabonde sexuelle et une prostituée parce qu'elle est presque absente du foyer »

Recherche sur les stéréotypes et préjugés de genre. 2012. CERADIS

Identifier et questionner les stéréotypes sexistes et de genre : l'expérience du CeRADIS au Bénin

Dans le cadre du projet « Défi jeune », CeRADIS a mené en 2012-2013 une action avec les communautés du XII arrondissement de Cotonou et de Loga visant à déconstruire les stéréotypes sexistes et de genre qui empêchent les adolescentes d'accéder à la SSR.

D'abord une recherche socio-anthropologique sur les stéréotypes a été conduite à partir des études situationnelles réalisées au début du projet et de focus groupes organisés avec différentes composantes de populations (adolescentes, agents de santé, entourage des filles, détenteurs d'enjeux). Cette étape a permis d'identifier, de recenser et d'analyser un grand nombre de stéréotypes sexistes ou de genre afin **1.** d'en tenir compte dans la formulation des messages de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement et

dans les activités d'information et de plaider et **2.** de réfléchir dessus avec les communautés. Les résultats ont donc fait l'objet de restitution et de rencontres de discussion avec différents groupes de la communauté.

Il ressort de l'expérience que la prise de conscience du caractère construit des stéréotypes véhiculés n'est pas évidente et nécessitera du temps. Cependant, malgré les résistances et l'avancement de l'argument de la fatalité, les rencontres ont permis d'ébranler les certitudes des participant-e-s, d'interroger leurs pratiques et d'amener une réflexion sur les valeurs et les normes sociales que la communauté souhaite privilégier pour le bien être des filles.

2.5.5. Mobilisation des leaders et détenteurs d'enjeux

L'atelier de novembre 2012, qui a eu lieu au Bénin, a permis de mettre en place et de diffuser la théorie du changement qui vise l'amélioration des conditions de vie des jeunes filles et adolescentes. Cet atelier fut l'occasion de créer une ligne directrice commune sur les actions à mener par chacun et de mettre en évidence les acteurs clés sans lesquels ce changement ne pourrait avoir lieu. Il s'agit des chefs traditionnels, chefs de villages et des religieux mais aussi des parents, des hommes et des garçons qui ont tous des impacts sur la vie et l'avenir des jeunes filles et adolescentes.

En raison **1.** des tabous concernant la sexualité en général et celle des femmes et des filles en particulier, **2.** de la persistance d'un contrôle social sur le corps des femmes, **3.** du statut (en pratique) de mineur des femmes qui ressort dans les inégalités sociales et de pouvoirs entre hommes et femmes / filles, garçons et filles, **4.** du manque de répression des viols (qui ne sont pas reconnus au sein du mariage), **5.** des mariages forcés pour règlement de dettes ou pour avoir « une bouche de moins à nourrir », **6.** de la valorisation du mariage et de la condamnation des relations sexuelles des filles et femmes en dehors du mariage, **7.** du refus de la sexualité des adolescentes hors mariage (mais tout à fait acceptée voire encouragée dans le mariage), l'environnement reste très peu favorable à l'information et à l'accès aux services de SDSP des adolescentes. Dans ce contexte, une adolescente peut très bien, même en étant informée en matière de SSR, en ayant les moyens et connaissances pour obtenir des préservatifs, faire face à une grossesse

non désirée ou contracter une IST / le vih/sida car elle n'aura pas pu refuser une relation sexuelle ou négocier le port d'un préservatif.

Les parents ne sont pas les seuls à avoir un rôle à jouer dans les changements de comportement. En effet, la communauté, dans son ensemble, doit participer aux changements sociaux. La majorité des ONG travaille en étroite collaboration avec les chefs religieux, de villages et traditionnels afin de les inclure dans les projets. Ces derniers sont, bien souvent, les gardiens des traditions et donc de la conservation de certaines pratiques peu favorables aux jeunes filles et aux femmes de manière plus générale. L'ATBEF a élaboré un guide à destination des responsables communautaires afin qu'ils véhiculent des informations correctes en matière de SSRAJ lors des prêches. L'association a rencontré des difficultés avec les membres de la religion catholique qui ont refusé toute forme de participation au projet d'éducation sexuelle complète mais fut bien accueillie par l'Union des musulmans et l'Eglise protestante. Quant à l'ONG La Colombe, elle a mis en place des projets qui impliquent l'étroite collaboration de la communauté.

L'ONG La Colombe

Les responsables de l'organisation ont choisi de travailler au sein des établissements scolaires dans l'optique de réduire les maltraitances envers les enfants. Au moins une enseignante par école est formée en psychologie, en droits de l'enfant et des recours en cas de violences envers des enfants. L'ONG La Colombe a mis en place des clubs d'éveils dans les établissements scolaires. Ces clubs sont censés réduire les maltraitances sur les enfants.

L'ONG forme également une référente par village sur les questions de vih/sida. L'animatrice mentor écoute les jeunes filles, fait de la prévention et un peu de counselling. Elle est sollicitée sur les lieux de travail et au sein des familles notamment en cas de violence ou de viol. S'il y a un problème, elle est contactée par les responsables communautaires.

De plus, avec la Banque mondiale, a été élaboré un projet de sensibilisation des responsables

communautaires. En sillonnant les villages du pays, l'ONG les sensibilise sur les questions de violences faites aux femmes et aux enfants.

Enfin, le projet phare de La Colombe consiste en des activités de pisciculture et de maraîchage pour les femmes vivant avec le vih/sida. Après une sensibilisation des membres de la communauté du Vogan, ces derniers n'ont plus de réticences à se fournir en denrées alimentaires auprès de ces femmes.

Au fur et à mesure de l'avancée des projets, les membres de l'ONG se sont aperçus que les enfants n'hésitaient plus à dénoncer leur enseignant en cas de violences/harcèlement envers l'un de leur camarade. Si une femme est agressée dans le village, les membres de la communauté se tourneront d'eux-mêmes vers l'animatrice référente pour que des sanctions soient prises.

De plus en plus d'organisations travaillent dans l'optique de faire changer les comportements vis-à-vis des femmes, jeunes femmes et filles. Les projets peuvent, de prime abord, heurter les responsables communautaires mais le maintien des activités tout en collaborant avec eux renforce l'impact des programmes. Cependant, il faut noter que ce type de projets reste marginal dans le pays et ne parvient à être mis en place qu'avec l'appui d'organisations disposant de financements importants.

Les leaders religieux ou encore les chefs traditionnels des villages ont un rôle important à jouer dans les changements de comportement. En effet, ils sont les garants des traditions qui ont cours dans la communauté. L'organisation d'ateliers, de sketches, le recours aux radios communautaires qui abordent les questions des droits des femmes, des adolescentes, de santé sexuelle et de la reproduction sont des activités qui permettent de faire passer un message sans brusquer les populations. Ces ateliers sont une opportunité de diffuser les textes et lois en vigueur dans le pays ; les tenir en langues locales permettrait de toucher un plus grand nombre de personnes. L'ONG Plan a bousculé les mœurs en créant des clubs de football féminin, ce qui allait à l'encontre des habitudes et idées reçues (les filles ne sont pas faites pour les activités physiques, elles ne doivent pas montrer leur peau...). Les techniques de Plan semblent faire leurs preuves.

Plan Togo et les changements sociaux

L'ONG Plan Togo a initié de nombreux projets sur l'ensemble du territoire. Outre la création de clubs de football féminin, elle a mis en place des fora de parents, enseignants et élèves dans les écoles qui ont pour objectifs d'identifier des sanctions non physiques lorsqu'une faute est commise afin de réduire les violences physiques en milieu scolaire. Les 45 écoles du projet ont réalisé un code éthique. Des clubs de pères et des clubs de mères ont aussi vu le jour dans les zones d'intervention. Une vingtaine de clubs de jeunes ont été créés dans le cadre du projet «Droits des jeunes à la santé sexuelle et de la reproduction au Togo». Ces clubs sont accompagnés dans leurs activités par des animateurs communautaires formés. Leur mission est de sensibiliser leurs pairs et toute leur communauté sur les thématiques liées à la santé sexuelle et de la reproduction (IST / vih-sida, grossesses précoces et non désirées, avortements à risque, mariages précoces et leurs conséquences) afin de leur permettre d'avoir une santé sexuelle et de la reproduction responsable, gage de leur réussite scolaire ou de formation professionnelle.

Plan Togo et ses clubs de football féminin

Plan Togo a mis en place un projet d'équipe de football féminin afin de développer les compétences en leadership. Dans ses débuts, ce projet a rencontré de nombreuses difficultés et a du faire face à des stéréotypes, notamment

dues aux tenues sportives, qui laissent apparaître les jambes des jeunes filles. Mais au fil du temps, les idées et la perception du projet ont changé, comme en témoignent les membres de la communauté. « PLAN a créé une révolution dans les attitudes locales », affirme le président de l'association de parents à Langa-bou. « Avant ce projet, personne n'aurait cru que les filles avaient tant de talent à donner au football, ou qu'elles pouvaient parler dans un micro avec tant d'assurance devant une foule immense ! » ; « Ce projet a fait aimer l'école à nos filles », dit Bamela Kokou, la directrice de l'école locale de Morétan. « Elles sont si heureuses de venir à l'école et de participer au club de football. Depuis deux ans, les filles dans les écoles proches ont voulu changer et venir ici pour participer au projet. Nous devrions encourager ce projet, pour promouvoir et maintenir la réussite des filles dans nos communautés ». Ce projet est développé sur une douzaine de communes du pays et un championnat national est organisé chaque année. Développer les compétences des filles tout en changeant la vision de la communauté à travers des activités sportives est une opportunité à saisir et à étendre sur l'ensemble du territoire.

III. Propositions d'action au niveau individuel, communautaire et institutionnel

3.1. Remarques sur le positionnement de l'UNFPA

En termes de positionnement, l'UNFPA, au regard de son mandat et des considérations générales rappelées ci-dessus, a toute légitimité pour mener une politique volontariste en matière de SDSP des adolescentes et de changement des normes sociales, même s'il existe de fortes résistances. En ce sens, l'UNFPA pourrait jouer un rôle fédérateur et d'appui technique pour promouvoir la prise en compte spécifique des adolescentes dans l'ensemble des politiques et programmes des ministères de lignes et auprès de ses partenaires du H4 + (programmes de santé maternelle, de PF, de lutte contre les IST/VIH, de promotion du genre et de l'égalité). Ce décloisonnement doit également se poursuivre et se renforcer au sein même de l'équipe UNFPA. Pour les mêmes raisons mais également parce qu'il appuie des acteurs (institutions et organisations de la société civile) qui jouent un rôle important en matière de santé et/ou de droits, l'UNFPA est particulièrement bien placé pour favoriser leur mise en synergie.

3.2. Dix propositions d'action à prioriser

A ce stade, le constat général préalablement exposé, l'analyse du contexte togolais et des projets et outils existants nous permettent d'identifier des pistes d'action à trois niveaux : au niveau des adolescentes elles-mêmes, au niveau de la société plus largement mais aussi au niveau institutionnel.

Nous en avons sélectionné dix qui nous paraissent particulièrement prometteuses.

Il faut noter que le rôle que l'UNFPA pourrait jouer dans la mise en œuvre de ces recommandations reste très variable d'une recommandation à l'autre (du simple appui à la mise en œuvre en passant par la coordination). Ce juste positionnement reste à préciser en fonction des réalités institutionnelles locales et du mandat de chacun des acteurs.

AU NIVEAU INDIVIDUEL

O1

INTRODUIRE UN MODULE « POPULATION ET VIE FAMILIALE » DÈS LE CYCLE 1 DE L'ÉCOLE PRIMAIRE ET HARMONISER/ RENFORCER L'ENSEIGNEMENT DISPENSÉ DANS LE SECONDAIRE

Intérêts

- > Atteindre le maximum de jeunes d'une même classe d'âge et toucher les filles avant leur déscolarisation (tout en poursuivant les efforts pour leur maintien à l'école)
- > Structurer un cycle d'enseignement à la vie familiale et à l'éducation sexuelle complet et évolutif du primaire à la fin du secondaire
- > Contribuer à la déconstruction des stéréotypes de genre dès le plus jeune âge

Stratégie et mise en œuvre

- > Mettre en place un comité de pilotage paritaire incluant le ministère de l'Enseignement primaire et secondaire, le ministère de la Santé publique et les acteurs associatifs intervenant en milieu scolaire.

Ce comité de pilotage coordonnera notamment les activités ci-dessous :

Au niveau du primaire :

- > Identifier un outil existant de qualité pour l'introduction d'un module « Population et Vie familiale » dès le cycle 1. En particulier, le livret pédagogique « Décider de sa vie et construire sa famille : réfléchir ensemble pour améliorer la santé maternelle », conçu par Yannick Jaffré, nous semble être particulièrement adapté
- > Tester l'introduction de ce nouveau module sur un district pilote avec un outil de mesure de l'impact adapté en s'inspirant éventuellement de l'expérience nigérienne
- > Former les enseignants et sensibiliser les parents d'élèves
- > Adapter le dispositif selon les résultats et le passer à l'échelle

Au niveau du secondaire :

- > Dans le secondaire, recenser les manuels scolaires/curricula existants et réaliser une cartographie des interventions des différents acteurs
- > Commanditer une étude pour l'harmonisation et la refonte des enseignements existants. Cette étude peut s'appuyer sur le travail d'élaboration du référentiel-message SRAJ coordonnée par l'UNFPA. Les recommandations de l'étude devront être validées par le comité de pilotage.
- > Réviser et harmoniser les manuels/curricula du secondaire selon les recommandations émises
- > Accompagner ce travail d'une sensibilisation du corps professoral sur l'intérêt de l'éducation affective et sexuelle

Limites

- > Formation / mise à niveau des enseignants
- > Résistance possible des établissements et du MEPSA
- > Tabou lié à la thématique de la SRAJ : fournir des méthodes de contraceptions et évoquer la sexualité en milieu scolaire serait incitateur à passer à l'action

02

RENFORCER ET DÉVELOPPER LES INFIRMIERIES SCOLAIRES DANS LES 115 ÉTABLISSEMENTS DE PLUS DE 1000 ÉLÈVES

Intérêts

- > Faciliter l'accès des élèves à des informations et à des services de proximité adaptés à leur âge
- > Toucher une large proportion d'adolescentes scolarisées
- > Contribuer à réduire la forte prévalence des grossesses précoces en milieu scolaire

Stratégie et mise en œuvre

- > Placer ce travail sous la direction du comité de pilotage préalablement créé (cf. recommandation 1)
- > Evaluer le fonctionnement des 13 infirmeries après réhabilitation suite à leur évaluation.
- > A partir de cette étude, dégager des recommandations pour renforcer les 24 autres qui sont fonctionnelles et étendre le dispositif à l'ensemble des 115 établissements de plus de 1000 élèves
- > Établir un plan d'action validé par le comité de pilotage
- > Établir le plan de financement de ce plan d'action

Limites

- > Nécessité de créer un leadership commun entre le ministère de la Santé et le MEPSA

03

INSTAURER UNE CONSULTATION GRATUITE POUR LES ADOLESCENTES DANS LA PÉRIODE PRÉ-PUBERTAIRE ET PUBERTAIRE (ÂGE À DÉFINIR) DANS LES CENTRES DE SANTÉ INTÉGRÉS ET/OU INFIRMIERIES SCOLAIRES

Intérêts

- > Offrir aux adolescentes l'occasion d'un contact et d'une familiarisation avec une structure socio-sanitaire de proximité en leur nom propre
- > Permettre aux adolescentes de recevoir une information claire et précise sur la puberté et les services de prévention et de soins offerts par la structure
- > Accoutumer les prestataires et les communautés à l'accueil dans les structures socio-sanitaires des adolescentes pour des conseils ou des soins de SSR
- > Offrir des services et conseils préventifs adaptés aux besoins spécifiques des adolescentes

Stratégie et mise en œuvre

- > Mener un fort plaidoyer en direction du ministère de la Santé
- > Identifier une journée / semaine commune et nationale dédiée à la réalisation de ces consultations gratuites (autour du 11 octobre ou du 11 juillet)
- > Identifier, avec des centres jeunes dynamiques, les conditions de réalisation optimales de cette initiative et les étapes préparatoires indispensables au niveau des centres de santé
- > Elaborer des termes de référence / feuille de route à destination des centres de santé en termes d'organisation, de contenu des messages, d'informations et soins à dispenser aux adolescentes
- > Inscrire cette journée / semaine ainsi que son financement dans les plans de développement sanitaire / SR et dans les plans d'opération des districts sanitaires
- > Organiser et financer une campagne médiatique nationale pour informer largement de l'initiative sans oublier de mobiliser les relais communautaires pour diffuser l'information (mobilisation des réseaux de pairs-éducateurs, de mères-éducatrices...)

Limites

- > Difficulté de rendre obligatoire cette visite pour toutes les adolescentes concernées : nécessité d'avoir recours à la mobilisation communautaire
- > Possibilité d'engorgement des services

04

APPUYER LES ACTEURS QUI PROPOSENT DES ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DE VIE AUX ADOLESCENTES DÉSCOLARISÉES OU NON SCOLARISÉES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Intérêts

- > Toucher les catégories d'adolescentes les plus marginalisées et pas seulement celles qui sont scolarisées
- > Soutenir une évolution sur le long terme en répondant aux besoins stratégiques de cette population et pas seulement à leurs besoins pratiques
- > Favoriser une approche globale et intégrée

Stratégie et mise en œuvre

- > Etablir ou mettre à jour un mapping des acteurs qui développent et utilisent cette approche
- > Apporter un appui technique à ces acteurs pour améliorer / harmoniser le contenu des modules dispensés (labellisation qualité des manuels)
- > Proposer des formations aux animateurs-trices / mentors pour améliorer l'impact de leurs interventions (formation en genre notamment)
- > Négocier le rapprochement entre ces acteurs et les Centres amis des jeunes, négocier notamment la mise à disposition d'« espaces sûrs » au sein des centres pour les rencontres avec les adolescentes
- > Mettre à disposition une ligne budgétaire pour soutenir l'élargissement des activités de renforcement de compétences de vie à d'autres sites

Limites

- > Risque de résistance de la part de l'entourage des adolescentes au sujet de leur participation régulière aux activités proposées : nécessité de mener des actions de mobilisation communautaire et de médiation pour faire accepter la participation des adolescentes aux activités

05

RÉHABILITER LA LIGNE D'APPEL À DISTANCE

Intérêts

- > Faciliter l'accès des adolescentes à des informations et des conseils personnalisés adaptés à leur situation et besoins de façon anonyme au moment où elles en ont besoin
- > Inciter et faciliter l'orientation les adolescentes vers des structures de soins et de protection juridique et sociale adaptées en cas de besoins
- > Offrir aux adolescentes la possibilité de parler de sexualité librement et de façon anonyme

Stratégie et mise en œuvre

- > Se rapprocher de l'association RAS+ et du CIRAD (Consortium international de relation d'aide à distance) qui envisage la réouverture d'une ligne verte
- > Appuyer la mise en place d'un partenariat tripartite (opérateur privé, ministère, association)
- > Former des écoutant-e-s aux besoins spécifiques des adolescentes en matière de droits et santé de la procréation y compris en matière de relations affectives
- > Appuyer le développement d'un accueil au moins en langues locales en plus du français
- > Promouvoir l'utilisation par les plus jeunes et notamment les filles de la ligne d'écoute par une campagne radiophonique à l'attention des 10 - 14 ans ;
- > Mettre en place un dispositif de suivi/évaluation pour une meilleure compréhension des besoins des adolescentes

Limites

- > L'accès au téléphone peut être limité dans les zones rurales
- > Trouver celui qui payera les consommations téléphoniques (participation des compagnies de téléphonie ? du privé lucratif ? mécénat ?)

AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

06

ORGANISER À L'OCCASION DE LA JOURNÉE DE LA POPULATION OU DE LA JOURNÉE DES FILLES, UNE REMISE DES PRIX LARGEMENT MÉDIATISÉE POUR DES INITIATIVES EXISTANTES PARTICULIÈREMENT MODÈLES CONCERNANT LA PROMOTION DES DROITS ET DE LA SANTÉ DES ADOLESCENTES

Intérêts

- > Identifier, appuyer et valoriser les initiatives en faveur des adolescentes à tous les niveaux de la société
- > Communiquer pour un changement de comportement en faveur des adolescentes

Stratégie et mise en œuvre

- > Lancer un concours avec un comité paritaire de sélection (ONG, ministères concernés, acteurs onusiens, journalistes)
- > Formaliser des partenariats avec les médias et les radios communautaires
- > Organiser un événement lors duquel seront décernés les prix
- > Réaliser un reportage sur l'ensemble des gagnants (plusieurs catégories : parents, chefs traditionnels, associations locales, organisations internationales).

Limites

- > Attention à ce que tous les acteurs de la société soient représentés.

18. Tournée et enregistrée au Sénégal avec l'objectif d'être diffusée dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest via le réseau de Canal France International, la série « C'est la vie » a d'ores et déjà au niveau sous-régional le soutien dans le cadre de Muskoka de l'UNFPA, de l'OMS, d'ONU FEMMES

07

VALORISER DES OUTILS DE COMMUNICATION DE QUALITÉ EXISTANTS POUR ALIMENTER UNE APPROCHE CROSS-MEDIA FAVORISANT LA DÉCONSTRUCTION DES STÉRÉOTYPES

Intérêts

- > Soutenir et légitimer les acteurs qui interviennent dans les communautés pour lever les barrières socio-culturelles à la demande et à l'accès aux services socio-sanitaires des adolescentes en matière de santé et droits sexuels et de la procréation
- > Mettre en débat les représentations et habitudes sociales
- > Augmenter le potentiel et l'impact d'outils de communication de masse de qualité déjà existants

Stratégie et mise en œuvre

- > Identifier au niveau sous-régional des outils de communication de masse de qualité, du type de la série télévisuelle « C'est la vie »¹⁸
- > Valoriser et décliner l'un de ces outils dans une perspective cross-media. Par exemple, adapter à la radio une série télévisée, réaliser un guide d'adaptation pour le théâtre forum, développer des clubs d'auditeurs, réaliser des guides de discussion à partir des épisodes...
- > Rapprocher la communication nationale de la réalité locale en donnant aux acteurs de terrain les moyens de se réapproprier les messages (soutenir et former en ce sens les réseaux de communicateurs, en particulier les radios communautaires et les associations) pour l'organisation de débats communautaires de qualité
- > Accompagner ces campagnes grand public d'un volet pour les professionnels de santé

Limites

- > La qualité des outils et la nature des messages véhiculés sont déterminantes. Il s'agit de ne pas inquiéter et de ne pas stigmatiser, et d'inciter à la réflexion et à la remise en question. Nécessité de faire une sélection rigoureuse avec un dispositif de pré et post test.

AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

08

APPUYER LA CRÉATION D'UNE ALLIANCE ENTRE LES LEADERS ADMINISTRATIFS ET LES CHEFS TRADITIONNELS DU TOGO POUR LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX ADOLESCENTES

Intérêts

- › Favoriser l'adoption de consensus et de positions communes fortes à relayer auprès des populations

Stratégie et mise en œuvre

- › Favoriser la création d'un groupe de travail (au niveau des communes dans quelques localités) leaders traditionnels/leaders administratifs incluant les ONG déjà actives sur ce sujet
- › Nourrir ce groupe de travail avec les données existantes et les expériences intéressantes dans la sous-région (ex : voyage d'étude)
- › Création d'argumentaires déjà existants à partir des études existantes
- › Appui à la communication dans chacune des régions
- › Création d'un label « Commune, amie des filles » décerné aux communes qui prennent des engagements pour la défense des droits des filles et adolescentes et médiatisation de leurs engagements

Limites

- › Les opposants doivent être clairement identifiés et leur neutralité négociée.

10

VULGARISER ET DIFFUSER LES LOIS EN FAVEUR DES ADOLESCENTES SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Intérêts

- › Permettre à la population de connaître les lois en vigueur dans le pays
- › Donner aux filles la connaissance d'un moyen de protection juridique

Stratégie et mise en œuvre

- › Travailler avec l'Association des femmes juristes du Togo, les parlementaires et la coalition des leaders administratifs et traditionnels

09

CONTRIBUER À L'ADOPTION D'UNE LOI SUR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Intérêts

- › Elargir le cadre légal permettant de renforcer les actions en faveur des adolescentes
- › Instaurer un débat public / politique sur la question des violences faites aux femmes et aux filles, et indirectement rendre visible la thématique des adolescentes en situation de vulnérabilité

Stratégie et mise en œuvre

- › Identifier les potentiels parlementaires « champions »
- › Eventuellement organiser un voyage parlementaire au Bénin, pour comprendre comment la loi de 2012 est née, quelles ont été les étapes pour la vulgariser, et quelles sont les premières conséquences deux ans après
- › Mettre en place une coalition rassemblant société civile et parlementaires impliqués dans le processus
- › Inscrire une loi spécifique sur les violences en milieu scolaire

Limites

- › Il est nécessaire, au préalable, d'identifier les facteurs de résistance qui avaient ralenti/ empêché le processus les années précédentes

- › Identifier les principales lois à faire connaître
- › Elaborer un kit pédagogique adapté selon les cibles
- › Elaborer une campagne de promotion des lois déclinables en région

Limites

- › Il est nécessaire que les messages ne soient pas moralisateurs

IV. Références

- **Ministère de la Jeunesse, des sports et des loisirs.** *Politique nationale de la Jeunesse* (en cours d'élaboration) Lomé, Togo 2013, 11 p.
- **Ministère de la Santé, Direction générale de la Santé.** *Plan stratégique 2008-2012 pour la santé des adolescents et jeunes au Togo*, 2007, 32 p.
- **Ministère de la Santé, Division de la Santé de la famille.** *Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile du Togo, période 2008-2012*, 2008.
- **Ministère de la Santé, Division de la Santé de la famille.** *Politique et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles du Togo*, 2009.
- **Ministère de la Santé, Division de la Santé de la famille.** *Programme national - Santé de la Reproduction*, 2003.
- **Ministère de la Santé, Division de la Santé de la famille.** *Programme nationale de santé des jeunes et des adolescents au Togo*, 2007.
- **Ministère de la Santé, Division de la Santé de la famille.** *Stratégie nationale de sécurisation des produits de la SR 2008-2012*, 2008.
- **Ministère de la Santé, Division de la Santé de la famille.** *Protocoles de Santé de la reproduction : Santé de la mère, santé de l'enfant, santé des jeunes et adolescent-e-s, santé des hommes Tome I*, 2009.
- **Ministère de la Santé, Division de la Santé de la famille.** *Protocoles de santé de la reproduction en Santé de la mère, santé de l'enfant, santé des jeunes et adolescent-e-s, santé des hommes Tome II*, 2009.
- **Ministère du Développement à la base, de l'artisanat, de la jeunesse et de l'emploi des jeunes.** *Plan de travail annuel 2013 de lutte contre le VIH/Sida et les IST*, 2013, 27 p.
- **PNUD, UNFPA, OMS, Banque Mondiale, John Cleland, Roger Ingham, Nicole Stone.** *Programme spécial de recherche de développement et de formation à la recherche et reproduction humaine : Interroger les jeunes sur leur sexualité et leur attitude vis-à-vis de la procréation : instruments de base présenté à titre d'exemple 2001*, 108 p.
- **Présidence de la République, Conseil national de lutte contre le Sida et les IST.** *Analyse situationnelle des ONG, Associations et réseaux des jeunes en matière de santé sexuelle et de la reproduction et VIH des adolescents et jeunes*, rapport final octobre 2011, 77 p.
- **Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale (DGSCN), UNICEF.** *Suivi de la situation des enfants et des femmes - Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), Togo*, 2010.
- **Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale (DGSCN).** *Recensement général de la population et de l'habitat (2010) : Résultats définitifs*, 2011.
- **Ministère de la Planification et du développement économique, Direction de la Statistique, Macro international, Inc. Claverton, Maryland, USA.** *Enquête démographique et de santé 1998 du Togo*, avril 1999.
- **UNFPA, Atelier H+4.** *Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les programmes d'action du Fonds de solidarité prioritaire - Muskoka*, 15 - 17 novembre 2012 Cotonou, Bénin ; 3 p.
- **UNFPA.** *Enjeux Population et Développement (bimestriel d'informations de la coordination du programme pays gouvernement-UNFPA)*, juin 2013.
- **UNFPA.** *Rapport enquête séroprévalence du VIH chez les 15-24 ans*, 2010. *Ministère de l'Action sociale et de la promotion de la Femme. Les mariages précoces*, DVD, Togo, 2012.
- **BORNEfonden.** *Santé et auto-organisation des adolescents et jeunes, Développement : le cas de la prévention des IST/VIH /sida chez les jeunes au Togo : DVD et cahiers*, 2007-2011.

V. Annexes

Annexe 1

Projet MUSKOKA / UNFPA

Proposition de TDR pour l'analyse des éléments de SSR des adolescents dans les politiques et programmes pays

Objectif

L'objectif de cette analyse est d'identifier dans quelle mesure la santé sexuelle des adolescentes est prise en compte dans les programmes actuels de l'UNFPA, en particulier ceux financés par les fonds Muskoka. En prenant en compte la cohérence avec les actions conduites par les autres acteurs au développement (principaux ministères, autres agences onusiennes, ONG), elle visera à identifier les éventuels gaps et à formuler des recommandations afin que les efforts mis en œuvre puissent être renforcés/redirigés pour plus d'impacts.

Méthodologie

1. L'analyse s'appuiera sur une revue des documents issus de :

- L'UNFPA : les derniers plans d'action programme pays et leur évaluation, les plans annuels de travail et leur évaluation, les plans d'actions projet spécifique (ex : initiative pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Jeunes et Adolescents au Niger),
- Des principaux ministères de ligne
- Des principales agences onusiennes partenaires
- Des principales ONG partenaires

2. Cette analyse sera complétée par des interviews avec le personnel clé de l'UNFPA et avec les responsables de programmes des autres acteurs au développement.

3. Cette analyse pourra être enrichie par quelques visites de terrain.

L'analyse s'effectuera à distance mais aussi à travers des missions dans chacun des pays identifiés. Elle sera guidée par les questions suivantes :

Questions globales :

La SSR des adolescentes est-elle prise en compte transversalement ou spécifiquement ? Quels acteurs sont en charge de la mise en œuvre ? D'où viennent les financements ?

Questions spécifiques :

• *Données*

Sur quels types de données concernant les adolescent-e-s la conception du programme s'est-elle appuyée (données désagrégées par âge/sexe, statut matrimonial, origine géographique, niveau scolaire...). Au cours de la mise en œuvre du programme, avez-vous produit des données spécifiques concernant les adolescentes (qualitatives ou quantitatives) ? Avez-vous conduit un travail spécifique d'identification des adolescentes les plus vulnérables ? Si oui, comment ?

• *Politiques et lois*

Votre programme cherche-t-il à influencer favorablement les politiques et lois concernant les adolescentes ? De quelle manière ? Quels ont été les principaux résultats ?

• *Éducation à la sexualité*

Dans le cadre de votre programme, les adolescentes ont-elles eu accès à des informations/à une éducation sur la sexualité ? Si oui, de quelle manière ? Quels étaient les sujets abordés et comment l'étaient-ils ?

• *Services de santé*

Votre programme facilite-t-il l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité et adaptés, particulièrement en matière de contraception ? De quelle manière ?

• *Travail avec les parents*

Dans le cadre de votre projet, un travail spécifique a-t-il été effectué avec les parents ? de quelle manière ?

• *Changement social*

Votre projet a-t-il favorisé le changement des mentalités ? Comment ? Avez-vous travaillé avec la communauté ? Si oui, avec qui en particulier ? De quelle manière ?

Livrable

Chaque rapport sera construit selon un format standard :

1. Une rapide introduction de l'enjeu que constitue la SSR des adolescentes, une brève description du contexte institutionnel/législatif et un résumé des principales observations contenues dans le rapport.
2. Une analyse des plans pays et de leurs déclinaisons opérationnelles au regard de la SSR des adolescentes.
3. Des recommandations pouvant nourrir le développement de nouvelles approches et la révision des programmes actuels.

Annexe 2

Atelier – Rencontre H4+ : Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire Muskoka 15-17 Novembre – Cotonou Benin

Synthèse de l'atelier

Situation des filles adolescentes dans nos pays

- Les filles adolescentes n'ont pas d'informations correctes et mises à jour sur la santé sexuelle et reproductive.
- Les filles adolescentes n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin, particulièrement dans le domaine de la contraception.
- Les droits des filles adolescentes ne sont pas toujours protégés par les lois et les politiques. Lorsque ces lois et politiques existent, elles sont rarement appliquées.
- Il existe un manque de prise de conscience, dans les communautés, des discriminations dont les filles adolescentes sont l'objet.
- Certaines normes sociales des communautés empêchent les filles de participer de façon autonome aux décisions qui concernent leur vie affective et sexuelle ce qui peut entraîner des mariages précoces, des grossesses non désirées et des avortements provoqués et dangereux.
- Les filles adolescentes sont confrontées à des normes sociales qui mettent leur santé sexuelle et reproductive en danger - du mariage précoce à l'infection au VIH, à la pression d'avoir des relations sexuelles avant le mariage, ou en échange d'argent ou de faveurs.
- Tous ces facteurs accentuent la vulnérabilité des filles adolescentes. Certaines font face à des situations de vulnérabilité accrue, telles que les filles ne vivant pas avec leurs parents, celles quittant l'école prématurément, celles qu'on force à se marier très tôt, et celles qui pratiquent le travail sexuel.

Filles adolescentes et OMD 4 et 5 :

- Les filles adolescentes représentent une large proportion de la population de nos pays. Les filles adolescentes contribuent de façon substantielle aux hauts niveaux de fécondité dans nos pays, et aux niveaux élevés de mortalité maternelle et de morbidité, y compris les avortements dangereux et les fistules.
- Pour toutes ces raisons, donner la priorité aux filles adolescentes est absolument indispensable pour atteindre les OMD 4 et 5. Prendre en compte les filles adolescentes est important pour achever tous les OMD, y compris 1, 3, 4 et 6.

Nous travaillerons à :

Rénover nos approches

Changer nos stratégies, approches programmatiques et pratiques de travail dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des filles adolescentes, pour fonder nos approches sur des approches dont l'efficacité a été prouvée, qui ont le potentiel de faire une véritable différence dans la vie des filles, et qui sont adaptées aux spécificités de chaque pays.

Données

1. Rassembler, analyser et utiliser des données démographiques, épidémiologiques, socio-anthropologiques et de suivi des programmes afin que nos politiques et programmes nationaux et sous-nationaux à l'attention des filles adolescentes soient renseignés par des données correctes et récentes.

Politiques et lois

2. Formuler des lois et politiques pour protéger les filles adolescentes et permettre qu'elles développent tout leur potentiel.

Éducation à la sexualité

3. Fournir aux adolescentes filles une information et une éducation de qualité et non moralisante sur la santé sexuelle et reproductive, en utilisant les ressources disponibles dans le pays (y compris écoles - dès le primaire - et collège pour atteindre les adolescents à l'école, et les ONG pour atteindre les adolescents déscolarisés).

Services de santé sexuelle et reproductive

4. Assurer l'accès des adolescentes filles à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, particulièrement l'accès aux soins de la contraception, en s'assurant que les services de santé soient adaptés aux adolescents et répondent aux besoins du plus grand nombre (couverture).

Travail avec les parents

5. Renforcer les capacités des parents pour soutenir leurs adolescent-e-s dans la transition de l'enfance vers l'âge adulte.

Changement social

6. Impulser un changement durable en appuyant l'adoption d'habitudes sociales et de lois plus favorables pour les jeunes filles en particulier en situation de vulnérabilité à travers :

- La création d'une alliance nationale qui inclut les gouvernements locaux, communautés et ONG pour défendre les droits des filles adolescentes ;
- Une mise en œuvre de stratégies de mobilisation sociale qui comprennent des débats communautaires, le plaidoyer de soutien des parties prenantes - en particulier les associations professionnelles, les chefs religieux, les jeunes et la société civile sur les besoins et les droits des filles adolescentes, et la responsabilité des familles, des communautés, et de la société dans son ensemble pour répondre à ces besoins et protéger ces droits
- En soutenant les associations et groupements qui interviennent déjà auprès des jeunes pour qu'ils agissent en faveur des jeunes filles (défense des droits des adolescentes et amélioration significative de l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité.)
- Valorisant les engagements des communautés, décideurs et acteurs de terrain pour changer les habitudes sociales des communautés (par ex. mariage précoce, MGF).

Il existe déjà des activités en direction des adolescentes dans nos pays. Nous analyserons les leçons apprises et renforcerons ce qui est déjà fait et dirigerons nos activités vers les filles elles-mêmes (et pas seulement sur les structures nationales), pour un impact à court et moyen terme.

Nous utiliserons les ressources humaines, les systèmes et les structures existantes. Nous ferons tout notre possible pour construire sur l'existant.

Annexe 3

Atelier – Rencontre H4+ : Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire Muskoka 15-17 Novembre – Cotonou Benin

Théorie du changement : Réduction des grossesses précoces

Objectifs de santé

- Réduction des grossesses précoces désirées et non désirées
- Réduction des IST et des infections à VIH - Sida des adolescentes

Objectifs secondaires

- Réduction de la morbi-mortalité maternelle
- Réduction de la mortalité infantile
- Augmentation de la durée de scolarité des adolescentes
- Amélioration du bien être psychologique, physique et social des adolescentes

Comportement des adolescents directement lié aux objectifs de santé

- Rapports sexuels à risque
- Non utilisation de produits de contraception/prévention
- Entrée précoce en sexualité

Interventions pour le changement

- 1.1** Offrir une éducation sexuelle complète avant la puberté pour tous les adolescents et adolescentes scolarisé-e-s et non scolarisé-e-s
- 1.2.1** Améliorer les relations entre les adolescentes et les prestataires de services
- 1.2.3** Développer les réseaux d'aide à distance (lignes d'écoute) gratuits et anonymes
- 1.3.1** Renforcer l'estime de soi et le pouvoir de négociation des adolescentes
- 1.3.2** Sensibiliser et éduquer les garçons à l'égalité et au respect de tous et toutes dès le plus jeune âge
- 1.4.1** Promouvoir la rescolarisation, l'alphabétisation fonctionnelle et/ou la formation professionnelle des filles déscolarisées
- 1.4.2** Favoriser le leadership des adolescentes dans les instances de concertation et de décision au niveau national et local
- 1.4.3** Développer les réseaux sociaux des adolescentes

- 2.1** Soutenir la parentalité
- 2.2 / 2.3** Développer des mesures incitatives pour le maintien des filles à l'école (campagnes de communication, médiation sociale, appuis financier ou matériel)
- 2.4** Informer et mobiliser pour l'abandon du mariage précoce
- 2.4** Développer les réseaux sociaux des adolescentes

- 3.1.1** Sensibiliser et former le personnel sanitaire, éducatif, social, policier et judiciaire aux problématiques spécifiques des adolescentes et à leurs droits
- 3.1.2** Faire des établissements sanitaires, éducatifs, sociaux, policiers et judiciaires des endroits sûrs pour les adolescentes et/ou développer des espaces sûrs au sein des communautés pour les adolescentes

- 4.1** Soutenir le dialogue communautaire autour des droits sexuels et de la reproduction des jeunes et plus largement autour des violences
- 4.2** Créer au sein des communautés des réseaux de personnes ressources formées pour veiller à la défense des droits des filles et des adolescentes
- 4.3** Vulgariser et promouvoir les droits humains

- 5.1** Systématiser la production d'indicateurs et de données sexo-spécifiques et désagrégés par tranche d'âge dans les études et programmes
- 5.2** Favoriser la prise en compte des besoins des adolescentes dans l'ensemble des politiques et programmes et l'attribution de part plus importante du budget à des actions spécifiques pour les adolescentes
- 5.3** Renforcer la collaboration entre les différents secteurs / services (socio-sanitaire, juridique, policier) pour apporter un soutien concret aux filles victimes de violences

- 6.1.1** Médiatiser les initiatives et dynamiques de changement positif en faveur des droits des filles et des femmes
- 6.1.2** Favoriser l'émergence et la mise en réseaux de «champions» de la cause des adolescentes (décideurs, personnalités publiques, leaders traditionnels)

Déterminants des comportements

Au niveau des adolescentes

- 1.1 Faibles connaissances sur le corps et la sexualité
- 1.2 Faible utilisation des services et produits de santé sexuelle et reproductive et plus largement des services sanitaires et sociaux
- 1.3 Faible capacité à refuser des rapports sexuels ou à négocier des rapports sexuels à moindre risque
- 1.4 Faible pouvoir décisionnel concernant leur santé sexuelle et reproductive et leur choix de vie en général

Au niveau du milieu de vie

Au niveau de la famille

- 2.1 Faible capacité des parents à accompagner leurs enfants dans leurs vies affectives et sexuelles
- 2.2 Non scolarisation ou déscolarisation précoce des filles pour des raisons économiques ou culturelles
- 2.3 Placement ou incitation au travail des filles/adolescentes comme stratégie de survie économique
- 2.4 Valorisation du mariage précoce pour protéger les adolescentes des relations sexuelles prémaritales et/ou pour des raisons économiques
- 2.5 Limitation de la mobilité des adolescentes et contrôle de leur temps en raison de l'importance de la virginité avant le mariage

Au niveau des services

- 3.1 Faibles capacités des services sanitaires, éducatifs, sociaux, policiers et judiciaires à répondre de manière adaptée aux besoins spécifiques des adolescentes

Au niveau de la communauté

- 4.1 Importance des tabous liés à la sexualité hors mariage et à la contraception
- 4.2 Violences, en particulier violences sexuelles et harcèlement des adolescentes en milieu scolaire et extrascolaire
- 4.3 Mauvaise connaissance et non adhésion aux lois protégeant les femmes et les enfants

Au niveau de l'environnement global

- 5.1 Insuffisance de données désagrégées par sexe et par âge / manque de connaissances des problématiques spécifiques des adolescentes
- 5.2 Insuffisance des investissements en direction des adolescentes
- 5.3 Faiblesse du dispositif répressif en cas de violences à l'égard des adolescentes

Déterminants transversaux

- 6.1 Existence de stéréotypes et de préjugés sexistes et gérontocrates largement véhiculés à tous les niveaux de la société
- 6.2 Pauvreté

Équilibres & Populations

Créée en 1993, par des médecins et des journalistes, dans le contexte de la conférence internationale sur la population et le développement du Caire, Équilibres & Populations travaille à améliorer les conditions de vie et le statut des femmes, facteur essentiel d'un développement juste et durable.

Citation suggérée :

Santé et Droits Sexuels et de la Procréation des adolescentes au Togo - Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA, Équilibres & Populations, 2014

Crédits

Coordination générale

Aurélie Gal-Régniez

Equipe de recherche

Delphine Barry, Rodrigue Ngouana
& Magali Doisy

Rédaction

Dominique Pobel & Magali Doisy

Secrétariat de rédaction

Nicolas Rainaud

Secrétariat d'édition

Nathalie Perrotin

Création : Jean-Luc Gehres

www.welcomedesign.fr

Impression :

Simon Graphic, Ornans

Ce document est imprimé

sur du papier certifié.

En novembre 2012 à Cotonou, l'UNFPA, ses partenaires onusiens et les ministères concernés se sont engagés à changer leurs stratégies et approches programmatiques afin de faire « Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire Muskoka ». Cette étude sur le Togo s'inscrit en appui à cette dynamique. Quels sont les opportunités et les défis pour la poursuite et l'accélération des changements initiés en faveur des adolescentes ? Quelles sont les actions à fort impact à privilégier et à soutenir ? Quel rôle spécifique peut avoir l'UNFPA dans la prise en compte des programmes des autres intervenants et des spécificités nationales ? Cette étude, conduite participativement, aboutit à l'élaboration de dix recommandations pour une amélioration durable du statut et de la santé sexuelle et de la procréation des adolescentes au Togo.

Équilibres & Populations

www.equipop.org
info@equipop.org

Siège

75, rue des Saints-Pères
75006 Paris - France
Tél. : +33 (0)1 53 63 80 40
Fax. : +33 (0)1 53 63 80 50

Bureau Afrique de l'Ouest

09 BP 903 Ouagadougou 09
Burkina Faso
Tél. / Fax. : +226 50 36 73 73