



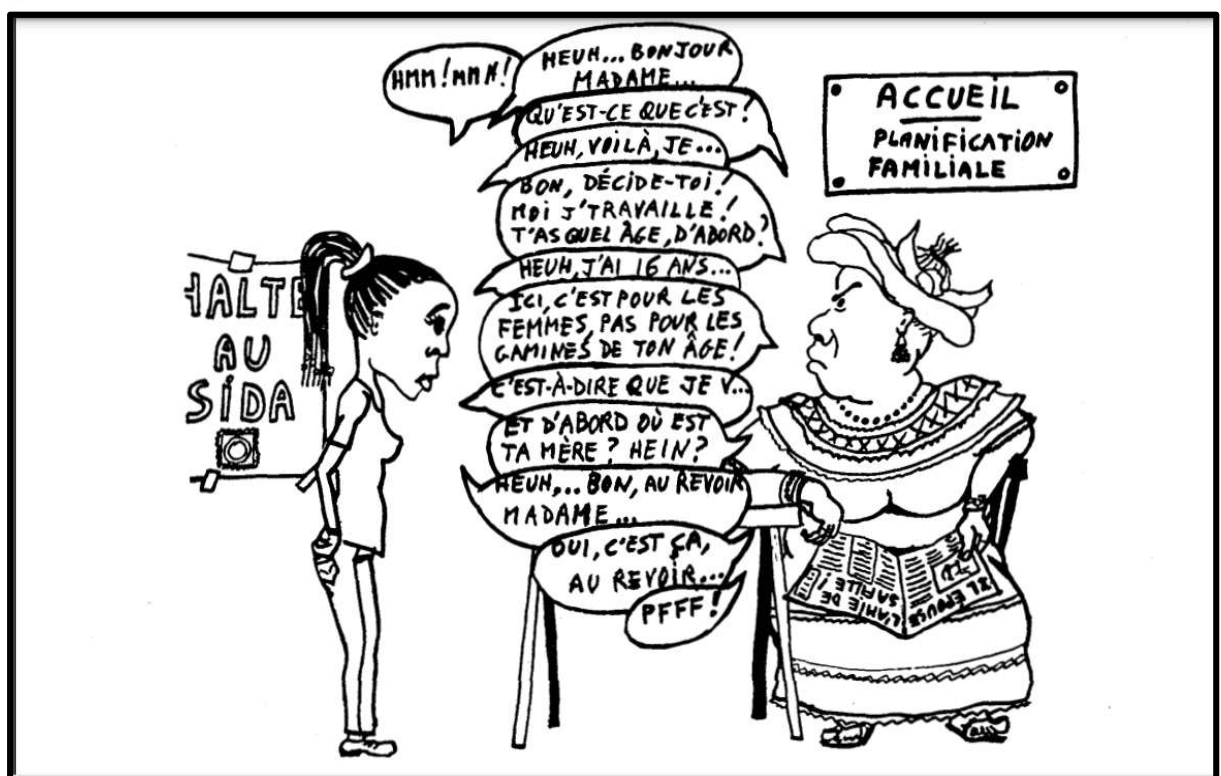
RAPPORT DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE



FÉVRIER 2023

Sadjina Nadiadoum - Expert en santé publique
Thomas Foin - Chargé de recherche, Groupe URD
Florence Chatot - Chargée de recherche, Groupe URD, coordinatrice de l'étude

CONTRAINTE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE CHEZ LES ADOLESCENT·E·S



Dessin : Philippe Bocquier, CEPED 1997



Remerciements

À ces femmes et ces adolescentes, ces hommes et ces adolescents qui ont accepté de raconter et de partager leur trajectoire de vie, nous exprimons toute notre gratitude.

Nous les remercions d'avoir significativement contribué à cette étude en se prêtant volontiers aux entretiens et discussions de groupes, et d'avoir alimenté le débat de leur analyse et de leur témoignage.

L'appui et la collaboration des autorités administratives, traditionnelles, coutumières, religieuses, sanitaires, éducatives et judiciaires méritent également d'être salués. Nous leur exprimons toute notre reconnaissance.

Cette étude n'aurait pu avoir lieu sans les efforts, l'engagement, la patience et le savoir-faire des enquêtrices et enquêteurs des deux régions que nous remercions chaleureusement.

À l'équipe de l'ONG BASE à Koumra : son appui a été au-delà de nos attentes, mille fois merci.

Aux équipes de CARE International à N'Djaména et à Doba, nous adressons nos remerciements pour l'accompagnement et l'assistance précieuse.

À toutes ces personnes des régions du Mandoul, du Logone-Oriental et d'ailleurs, personnes de toutes confessions, de toutes catégories professionnelles et de tous horizons qui ont bien voulu offrir une part de leur temps, de leurs expériences et connaissances, nous disons merci !

Table des matières

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	6
1. INTRODUCTION	8
1.1. Contexte	8
1.2. Objectifs de l'étude	9
1.3. Méthodologie	9
1.4. Population cible	10
2. SANTÉ DE LA REPRODUCTION : DE QUOI PARLE-T-ON ?	12
2.1. Les grandes évolutions dans la réflexion sur la santé de la reproduction	12
2.2. Vers une reconnaissance des droits reproductifs ?	14
2.3. Santé reproductive et adolescence	16
2.3.1. Approche pluridisciplinaire de l'adolescence	16
2.3.2. Essai de définition	16
3. ENJEUX LÉGAUX ET POLITIQUES RELATIFS À LA SANTÉ REPRODUCTIVE AU TCHAD : ÉTAT DES LIEUX	18
3.1. Résumé des principaux enjeux légaux et politiques	18
3.2. Cadre légal relatif à la santé des femmes et des adolescentes	19
3.3. Cadre politique et stratégies nationales en faveur des femmes et des adolescentes	20
4. CONTRAINTES SOCIALES INFLUENÇANT L'ACCÈS À LA SANTÉ REPRODUCTIVE CHEZ LES ADOLESCENT·E·S	21
4.1. Le pouvoir décisionnel des femmes et des filles dans l'espace conjugal	21
4.2. L'autonomisation sociale des femmes et des filles et l'accès à la contraception	22
4.3. La sanction sociale à l'égard de la sexualité des adolescentes	23
5. DISPONIBILITÉ, CONNAISSANCE ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE	26
5.1. Disponibilité de services de SRMNI dans le logone-oriental et le mandoul	26
5.2. L'accès aux préservatifs : contraceptif « masculin »	26
5.3. Connaissance des méthodes contraceptives par les adolescentes	27
5.4. Niveau d'utilisation des méthodes contraceptives : quelques chiffres	29
5.5. Perceptions des adolescent·e·s vis-à-vis des risques liés à la contraception	29
6. LES PRATIQUES À RISQUES CHEZ LES ADOLESCENT·E·S	31
6.1. L'entrée dans la vie sexuelle	31
6.2. Mariages et grossesses précoces	32
6.3. Consommation abusive d'alcool et pratiques à risques	33
6.3.1. Alcool et violences domestiques	33
6.3.1. Alcool et comportements sexuels à risques	34
7. VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE (VBG) DANS L'ESPACE DOMESTIQUE, PUBLIC ET COMMUNAUTAIRE	36
7.1. Prévalence et acceptation sociale des VBG au Tchad	36
7.2. Recours et dénonciation : la faible marge de manœuvre des adolescentes victimes de VBG	38

7.3.	Les centres de santé : un recours « par défaut » en cas de violences physiques	40
7.4.	Violences et exodes rurales chez les adolescentes	41
7.5.	Violence en milieu scolaire	42
8.	LES AVORTEMENTS ILLÉGAUX : UNE PRATIQUE LOURDE DE CONSÉQUENCES	43
8.1.	Prévalence et risques associés aux avortements illégaux	43
8.2.	Le secteur médical informel	44
8.3.	Médecine traditionnelle et usage détournés de médicaments	45
8.4.	Les méthodes médicalisées	45
8.5.	Les méthodes médicamenteuses	46
8.6.	Pratiques et perceptions autour de l'avortement	46
8.7.	Les soins après-avortement (SAA)	47
9.	LA PROSTITUTION CHEZ LES JEUNES ET LES TRAJECTOIRES DE VIE DES TRAVAILLEUSES DU SEXE	49
9.1.	Le cadre légal	49
9.2.	Exploitation sexuelle et prostitution	50
9.3.	Histoire de vie des TDS	51
	CONCLUSION	53
	RECOMMANDATIONS EN DIRECTION DES INTERVENTIONS EN SR POUR LES JEUNES	55
	BIBLIOGRAPHIE	62

ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
ASTBEF	Association Tchadienne pour le Bien-être Familial
BASE	Bureau d'Appui Santé et Environnement
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CELIAF	Cellule de Liaison des Associations Féminines
CLAC	Centre de Lecture et d'Animation Culturelle
CPN	Consultations Prénatales
CS	Centres de Santé
END	Entretien non directif
ESD	Entretien semi-directif
FOSA	Formation Sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Enquêtes par grappes à indicateurs multiples
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PASFASS	Projet pour l'Autonomisation des Femmes tchadiennes par l'Accès aux Services de Santé
PF	Planning familial
RCS	Responsable du Centre de Santé
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRMNIA	Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent
VBG	Violences Basées sur le Genre
TDS	Travailleur du Sexe

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Les déterminants sociaux qui influencent l'accès aux soins de santé reproductive sont multiples et imbriqués ; de plus, le contexte socio-politique et religieux dans lequel ils s'inscrivent est lui aussi très changeant. Les adolescents disposent de la marge de manœuvre que leur autorise la société, et ils développent dans cet espace restreint des mécanismes de contournement, souvent dangereux, parfois innovants, qu'il est important d'identifier et de comprendre.

Dans le cadre de la présente étude, quatre thèmes principaux ont été analysés pour rendre compte de la spécificité de ces déterminants.

✓ **Le pouvoir décisionnel**

En matière de prévention et de fécondité, le pouvoir décisionnel des « aîné-e-s » exerce une influence directe sur les comportements préventifs et curatifs adoptés par les adolescentes. Pourtant, le recours aux soins sous-entend une certaine autonomie des jeunes femmes au sein des ménages. Cette autonomie, loin d'être acquise, se heurte en réalité aux rapports de force à l'œuvre dans l'espace conjugal ; espace largement contrôlé par les hommes, mais également, nous le verrons, par certaines femmes influentes de la cellule familiale.

✓ **L'accès aux méthodes de contraception et aux soins de santé reproductive**

Pour les adolescentes, l'accès aux services de prévention et de prise en charge est conditionné par la légitimité que leur statut matrimonial leur accorde. Avant le mariage, les jeunes femmes disposent d'une légitimité très limitée pour revendiquer l'utilisation des méthodes de contraception. La virginité étant garante de la stabilité familiale, la sanction sociale condamne largement les jeunes filles qui ont déjà une vie sexuelle active avant le mariage. Le préservatif, quant à lui, suppose pour son utilisation une négociation des relations sexuelles qui n'est pas toujours facile pour les jeunes femmes. Là aussi, la honte et la peur sont de puissants régulateurs des comportements sexuels. Cette section identifie les modalités et les contraintes d'accès des adolescentes aux méthodes contraceptives et tente de dégager des pistes de réflexion pour une meilleure intégration des adolescentes dans les services de santé reproductive.

✓ **Les violences basées sur le genre (VBG)**

Loin de se limiter au cadre domestique, les VBG sont également présentes dans l'espace public. Les milieux scolaires, confessionnels, sanitaires, judiciaires, etc., peuvent représenter des espaces à risques pour les femmes et les jeunes filles car ce sont les lieux où se cristallisent les rapports inégalitaires de genre et de statut (relation soignant/soigné, relation professeur/élève, relation victime/garant de la loi, etc.). La difficulté pour les adolescentes de témoigner des violences subies, quel que soit l'espace social dans lequel elles se produisent (école, foyer, communauté), est un facteur de risque important que l'étude s'attache à analyser.

✓ **Les avortements clandestins**

Les avortements clandestins interviennent essentiellement dans le cadre de relations sexuelles non consenties et de relations sexuelles survenues avant le mariage ou hors mariage. Les adolescentes sont particulièrement concernées puisque l'utilisation de la contraception est socialement réprouvée à leur égard. Or, l'avortement - qui n'est légalement autorisé que lorsque la vie de la mère et celle de l'enfant sont en danger - sort des circuits sanitaires officiels et représente un facteur de risque important pour la vie des jeunes femmes qui y ont recours illégalement. Le présent rapport identifie les multiples « techniques » traditionnelles et/ou médicamenteuses qui existent pour échapper au déshonneur que constitue une naissance hors mariage. Il analyse également les perceptions collectives liées à la pratique.

✓ **Les mariages forcés et les mariages précoces**

Les décès liés à la grossesse sont la principale cause de mortalité chez les filles mariées et non mariées âgées de 15 à 19 ans (EDS-MICS 2019). Bien qu'interdits par la loi, les mariages forcés et les mariages précoces sont des pratiques relativement courantes au Tchad, particulièrement en milieu rural. Certains mariages précoces peuvent résulter d'une grossesse non désirée, fruit d'une relation sexuelle entre deux adolescents ; d'autres peuvent concerner les filles qui approchent de l'âge de 18 ans et doivent se marier pour entrer dans « la norme ». Dans les autres cas, mariages forcés et mariages précoces sont considérés comme un seul et même phénomène, une seule et même violence, toujours motivé(e) par l'aspect financier de la transaction. Les conséquences sociales associées aux mariages précoces sont multiples. Elles concernent essentiellement la déscolarisation, l'isolement, le sentiment d'exclusion et un accès limité aux opportunités de travail et de formation, ce qui renforce largement le caractère sexospécifique de la pauvreté.

✓ **La prostitution chez les jeunes**

Il s'agit d'un thème rarement analysé dans la littérature dédiée à la santé des jeunes en Afrique. Pourtant, cette problématique constitue une porte d'entrée pertinente pour analyser les vulnérabilités sociales et les pratiques à risques chez les adolescentes. Entre exclusion, discrimination, exploitation, privation de liberté et maladies sexuellement transmissibles, l'étude tente de comprendre la trajectoire particulière des jeunes travailleuses du sexe (TDS) au Tchad.

Pour conclure, nous verrons que chaque étape de la vie des femmes représente un événement social : il n'est jamais perçu uniquement comme un développement personnel et intime. La sexualité des femmes est indissociable de l'objectif procréatif qu'elle représente, et cet objectif est lui-même guidé par des normes sociales et coutumières bien établies. La compréhension de ce difficile équilibre entre autonomisation des jeunes femmes et maintien des normes sociales peut aider les projets de santé reproductive à mieux s'adapter aux pratiques et aux représentations qui encadrent la santé reproductive.

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE

Au Tchad, malgré une nette amélioration constatée entre 2004 et 2014, les indicateurs de santé maternelle demeurent extrêmement bas. En effet, selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2014, les taux de mortalité maternelle et infantile sont parmi les plus élevés au monde (860 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle et 72 pour 1 000 naissances vivantes pour la mortalité infantile). Seulement 22 % des accouchements ont lieu dans un établissement de soins et, dans le Mandoul, le taux d'accouchement à domicile est de 70,1 %. Enfin, l'espérance de vie est de 51,8 ans (Banque mondiale, 2016).

Aux risques liés aux accouchements non assistés, s'ajoutent les conséquences sanitaires des mariages précoces, et donc des accouchements précoces. L'âge médian à la première union est de 16,1 ans pour les femmes de 25-49 ans contre 22,8 ans pour les hommes du même groupe d'âge. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16,2 ans chez les femmes de 20-49 ans et de 19,9 ans chez les hommes de 20-59 ans.

Le Tchad est classé 2^e pays au monde pour son taux de natalité avec 6,4 naissances par femme¹ (6,8 en milieu rural contre 5,4 en milieu urbain). Les indicateurs de fécondité ont d'ailleurs peu changé depuis 1996-1997. L'âge médian à la première naissance pour les femmes est de 18,2 ans. Cet âge médian tend à augmenter avec le niveau d'instruction des femmes (18 ans parmi les femmes sans instruction contre 20 ans parmi celles ayant un niveau secondaire et 25 ans parmi celles ayant un niveau supérieur). Enfin, un peu plus d'un tiers des adolescentes de 15-19 ans (36 %) a déjà commencé sa vie procréative. Cette proportion a peu changé depuis 2004 où elle était estimée à 37 % (EDS-MICS 2014 – 2015).

En réponse à ces enjeux de santé, et grâce au soutien financier de l'AFD, les organisations CARE, BASE et le Groupe URD collaborent depuis mars 2019 pour mettre en œuvre le projet PASFASS dans les provinces du Mandoul et du Logone Oriental. Ce projet vise à améliorer l'autonomisation sociale des femmes tchadiennes par un meilleur accès aux services de SRMNIA (Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent-e)/PF (Planification familiale) et par la prise en compte des violences basées sur le genre (VBG).

Les objectifs du projet sont de :

- Promouvoir la demande des services SRMNIA/PF et la sensibilisation sur les VBG par l'amélioration des pratiques familiales et une approche communautaire ;
- Améliorer les conditions de vie des femmes et des filles en particulier par un accès à des soins de qualité, l'amélioration de la prévention et le renforcement de la prise en charge des cas de VBG ;
- Améliorer la connaissance des déterminants sociaux qui influencent l'accès aux soins de SRMNIA.

Dans le cadre de l'OS3 du projet, le Groupe URD réalise des évaluations itératives et des recherches opérationnelles dont l'objectif est d'apporter une connaissance approfondie des facteurs socio-économiques qui ont un impact sur l'utilisation des services de santé reproductive.

¹ Derrière le Niger dont le taux de fécondité est 7,2 (Bureau du recensement des États-Unis, 2018).

1.2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

➤ Objectif principal :

Analyser les enjeux sociaux liés à l'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescentes et les adolescents et identifier les pratiques à risques et les vulnérabilités sociales parmi cette population.

➤ Objectifs spécifiques :

OS1 : Analyser le cadre législatif, politique et institutionnel dans lequel s'inscrit la santé reproductive et les débats sur la santé des jeunes

OS2 : Identifier les enjeux sociaux qui influencent l'accès aux soins de santé reproductive, et notamment aux méthodes de contraception, et comprendre les marges de manœuvres et les stratégies mises en œuvre par les jeunes pour surmonter ces enjeux

OS3 : Comprendre les déterminants sociaux des pratiques à risques chez les adolescent-e-s (consommation d'alcool, rapports non protégés, avortements clandestins, grossesses précoces, etc.) et les conséquences de ces pratiques sur la santé des adolescentes

OS4 : Mettre au jour les phénomènes de violences basées sur le genre (VBG) subis par les adolescent-e-s dans l'espace domestique, public et communautaire et comprendre les perceptions populaires dominantes vis-à-vis des VBG

OS5 : Analyser les contraintes et les risques spécifiques des Travailleuses du sexe (TDS) dans les deux provinces

1.3. MÉTHODOLOGIE

✓ Analyse bibliographique :

Une analyse bibliographique a été réalisée en amont de l'étude afin de rendre compte de l'état des connaissances et des productions écrites concernant l'émergence de la santé reproductive comme composante primordiale de la santé en Afrique².

✓ Entretiens semi-directifs :

L'analyse des enjeux sociaux liés à l'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescent-e-s s'inscrit dans une démarche qualitative de type socio-anthropologique et privilégie les entretiens semi-directifs, les observations et les *focus groups* comme outils d'investigation. Des guides d'entretien spécifiques aux différents profils d'acteurs ont été réalisés en amont de l'étude

⇒ 250 entretiens semi-directifs ont été réalisés dans six localités des deux provinces ciblées par le projet (Bedaya, Bedjondo, Bodo, Kara, Doba).

✓ Approche biographique :

Les récits de vie permettent de faire émerger le sens que les acteurs accordent à leurs actions en stimulant notamment leur capacité réflexive. Il est ici question de collecter les récits issus de l'expérience personnelle des adolescents et des adolescentes concernant leur sexualité et les difficultés d'accès aux services de santé. Les récits ont été enregistrés et retranscrits afin de permettre une analyse fine des discours et des trajectoires de vie.

⇒ 14 récits de vie ont été recueillis, dont 8 auprès d'adolescentes et d'adolescents, 3 auprès de professionnelles du sexe (PDS) et 3 autres auprès de clients des PDS.

✓ *Focus groups* : L'avantage des *focus groups* réside dans la richesse des débats qui émergent de l'interaction et de la dynamique de groupe.

² La revue de la littérature a été en partie réalisée par Thomas Foin, chargé de recherche au Groupe URD.

⇒ **32 focus groups avec des adolescentes et des adolescents ont été organisés** dans les deux districts du Mandoul et les trois districts du Logone-Oriental ciblés par le projet. Ces discussions ont rassemblé environ **240 adolescentes et adolescents**.

✓ **Observations :**

Observer ne signifie pas regarder autour de soi au hasard. Une grille d'observation a été préparée en amont afin d'anticiper les lieux et les événements qui pouvaient se prêter à l'exploration. Entre autres éléments, nous avons observé une conciliation entre deux familles chez un chef coutumier, les comportements des patient·e·s et des prestataires dans les enceintes des centres de santé et dans les salles d'attentes des hôpitaux, un « maquis » qui servait de la bière traditionnelle, etc. Les notes d'observation qui ont été produites échappent à la logique du résumé et de la synthèse, et s'attachent à découvrir les thèmes moins fréquents et non attendus, qui sont porteurs d'interprétation.

⇒ **Seize séances d'observation** réparties sur les cinq sites des deux régions ont été réalisées et ont donné lieu à des notes d'observation détaillées. De longues séances d'observation ont été réalisées dans les cours des CS et les salles d'attente des hôpitaux.

✓ **Références statistiques :**

Si l'approche qualitative a été privilégiée dans le présent rapport, nous nous sommes également appuyés sur certaines données quantitatives issues de la sixième enquête par grappes à indicateurs multiples (EDS-MICS-Tchad) menée en 2019 et dont les résultats ont été publiés en janvier 2021³. En effet, le Tchad dispose actuellement de statistiques fiables qui nous permettent une bonne triangulation des informations entre les données issues de l'analyse de contenu et celles issues de l'analyse statistique. Cette confrontation des données nous permet de mieux comprendre les tendances récentes relatives à la situation sanitaire des adolescents au niveau national.

1.4. POPULATION CIBLE

Dans le cadre de cette étude, nous avons rencontré les structures et individus ci-dessous :

- Les organisations internationales et nationales investies dans le domaine de la santé et de la jeunesse (UNICEF, OMS, UNFPA, CARE, BASE, CELIAF, ASTBEF, World Vision International, ALIMA/Alerte Santé, l'Association NDJEDANOUM, CLAC, etc.) ;
- Les départements ministériels (Santé Publique et Solidarité Nationale, Femme et Action Sociale, Justice et Droits de l'Homme, Jeunesse et Culture) ;
- Les structures villageoises/locales (chefferies coutumières, structures administratives et juridiques, écoles) ;
- Les institutions religieuses ;
- Les praticiens traditionnels (guérisseurs, accoucheuses traditionnelles) ;
- Les revendeurs de médicaments (Dr. Choukous) ;
- Les structures sanitaires (hôpitaux, centres de santé) publiques et privées (cabinet de soins, cliniques, etc.) ;
- Les groupements et associations communautaires ;
- Les ADH (Associations de défense des Droits de l'Homme) ;
- Les associations féminines ;

³ L'EDS-MICS 6 intervient dans un contexte où le pays a déjà réalisé plusieurs enquêtes auprès de ménages entre 2009 (date du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat) et 2015, date de la 5^e EDS-MICS. On peut entre autres citer l'EDS-MICS 2010, et la Troisième Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel au Tchad (ECOSIT 3) réalisée en 2011. Il est à noter que l'enquête EDS-MICS 6 n'a pas pu fournir de données pour remplacer toutes celles de l'EDS-MICS de 2014-15, puisque les statistiques fournies étaient différentes d'une version à l'autre et/ou indisponibles, en raison d'erreurs dans le sondage.

- Les associations de jeunes ;
- Les Associations des Parents d'élèves (APE) ;
- Les adolescentes et les adolescents (15-19 ans) ;
- Les femmes et les hommes en âge de procréer (15-49 ans) ;
- Les personnes âgées ;
- Les personnes ressources de chaque zone (acteurs politiques de la zone du projet).

2. SANTÉ DE LA REPRODUCTION : DE QUOI PARLE-T-ON ?

2.1. LES GRANDES ÉVOLUTIONS DANS LA RÉFLEXION SUR LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé de la reproduction (« *reproductive health* » en anglais) « s'inscrit dans le cadre de la santé⁴ telle qu'elle est définie par l'OMS, s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé »⁵.

Si la notion de santé de la reproduction accorde ici une attention particulière à la planification familiale, à l'égalité des genres et aux droits reproductifs, notamment en matière de sexualité et de fécondité, la prise en compte de ces droits/libertés reste récente dans les programmes internationaux et les politiques sanitaires. En effet, jusqu'à la fin des années 1960, les réflexions autour de la reproduction étaient essentiellement abordées sous l'angle traditionnel de « la santé de la mère et de l'enfant ». À cette époque, les programmes internationaux soutenus par l'OMS et les politiques sanitaires mises en œuvre consistaient à réduire les morbidités ainsi que les mortalités maternelle et infantile. Comme le soulignent Doris Bonnet et Agnès Guillaume (1999, 2004) : « [la] régulation de la fécondité reposait, alors, essentiellement sur les pratiques d'abstinence durant le post-partum et d'allaitement ». L'absence de réflexions sur les moyens de contraception et la question de la planification familiale reflétait une vision pro-nataliste des États et de l'OMS.

Il faudra attendre 1968, et la conférence de Téhéran, pour qu'un changement s'opère comme le montre cette déclaration : « chaque famille doit avoir la possibilité d'obtenir des informations et des conseils sur les problèmes relatifs à la planification familiale, y compris la fécondité et la stérilité » (Kessler, 1992). Arlette Gautier (2000) expose toutefois les limites de cette déclaration : « Il s'agit des parents et non des individus, de l'information et non des moyens de contraception, et du choix du nombre des naissances sans qu'il soit fait mention de la possibilité de refuser toute naissance. » Quoi qu'il en soit, dès le début des années 1970, des travaux sont menés par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) afin d'étendre la recherche sur les méthodes de régulation de la fécondité (Bonnet D., Guillaume A., 2004).

Précisions que ces avancées répondent avant tout à un paradigme malthusien de régulation de la population au travers duquel le contrôle de la croissance démographique, nécessaire au développement économique, se surimpose à l'autonomie féminine (Gautier A., 2012 ; dans Gautier A., Grenier-Torres Chrystelle, 2014). Ces politiques de contrôle de la population par la planification familiale, et leur introduction progressive dans les Suds, ont été le choix des gouvernements sous la pression des organismes internationaux (Bonnet D., Guillaume A., 2004).

⁴ « Un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

⁵ Organisation mondiale de la santé (https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/).

En 1975, avec l'appui de mouvements socio-politiques, notamment féministes, émerge la notion de « santé sexuelle » qui marque un changement radical dans la réflexion sur la reproduction. En effet, la santé sexuelle « *dissocie la sexualité de la procréation, ce qui a pour effet d'élargir le champ des personnes concernées, de conférer à la femme le droit de disposer librement de son corps, mais aussi d'introduire une idée de "responsabilité partagée" entre hommes et femmes* » (Bonnet D., Guillaume A., 2004). Parallèlement, « *La mobilisation féministe a fait apparaître la notion de droits reproductifs* » (Gautier A., 2000).

Comme le soulignent Doris Bonnet et Agnès Guillaume (1999, 2004), le contexte démographique, socio-économique et sanitaire du début des années 1990, principalement en Afrique (pandémie du Sida, recrudescences des maladies sexuellement transmissibles), conjugué au poids croissant des mouvements pour les droits reproductifs, a conduit les organisations mondiales (OMS, FNUAP, PNUD) et les gouvernements, du Nord comme du Sud, à repenser les problématiques liées à la reproduction. Apparut alors le terme de « santé de la reproduction », qui regroupe les champs couverts par la santé de la mère et de l'enfant, la planification familiale et la santé sexuelle, c'est-à-dire : « *la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, l'infécondité, les infections génitales, les maladies sexuellement transmissibles et le Sida, les cancers du sein et de l'appareil génital, les morbidités et mortalités maternelles et infantiles ainsi que les mutilations et les violences sexuelles.* » (Bonnet D., Guillaume A., 2004).

De plus, l'évolution des réflexions dans le domaine de la reproduction a permis d'élargir le groupe des « personnes à risques » : « *au couple mère/enfant, se sont ajoutés les adolescentes, les femmes ménopausées et les hommes. On ne considère plus les individus uniquement à partir d'une fonction biologique ou sociale, mais dans l'intégralité de leur personne et de leur vie* » (Bonnet D., Guillaume A., 2004).

La santé de la reproduction a donc connu d'importants progrès au cours des soixante dernières années, jusqu'à devenir l'une des priorités des institutions internationales en matière de développement. Toutefois, comme l'expliquent Agnès Adjamagbo et Agnès Guillaume (2001), en dépit de ces avancées : « *L'Afrique se distingue des autres parties du monde en développement par des taux élevés de mortalité [infantile]* ». D'après les données de la Banque mondiale⁶, le taux de mortalité infantile était en 2019 de 117 (pour 1000 naissances) au Nigéria, 114 au Tchad, 80 au Niger et 75 au Cameroun. De même, le taux de mortalité maternelle - « *qui constitue un indicateur sensible des conditions sanitaires d'un pays* » (Adjamagbo A., Guillaume A., 2001) - était et reste particulièrement élevé en Afrique subsaharienne. À titre d'exemple, pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle était de 860 au Tchad (2015), de 782 au Cameroun (2011), de 576 au Nigéria (2013) et de 535 au Niger (2012)⁷. En cause : d'une part, la pandémie du Sida à laquelle les femmes « *sont particulièrement vulnérables d'un point de vue biologique mais aussi du fait de leur position sociale : leur pouvoir parfois limité de négociation dans leur relation sexuelle ainsi que le risque de transmission mère-enfant, en cas d'infection, les placent dans une situation sociale et familiale difficile* » (Welfens E. et al., 2000 dans Adjamagbo A., Guillaume A. 2001) et, d'autre part : « *La faible prévalence contraceptive en Afrique explique un nombre important de grossesses non désirées. Des études montrent que, ces dernières années, l'avortement provoqué est devenu une pratique courante [Guillaume, 2000]. Encore illégale dans bien des pays, l'interruption volontaire de grossesse manque d'encadrement biomédical et est souvent la cause d'importantes complications pour la santé des femmes* » (Adjamagbo A., Guillaume A., 2001).

⁶ « Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans pour 1000 » (<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.MORT>).

⁷ Données issues de la Banque mondiale, ratio de décès maternel (estimation nationale pour 100 000 naissances vivantes) : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT.NE>

2.2. VERS UNE RECONNAISSANCE DES DROITS REPRODUCTIFS ?

La prise en compte du droit dans le domaine de la santé de la reproduction a évolué au fil des conférences internationales. Comme évoqué plus haut, la Conférence de Téhéran en 1968 est le premier instrument international à introduire le droit à la planification familiale, établissant de fait « *la notion de décision libre et responsable des parents quant au nombre et à l'espacement de leurs enfants* » (Marques-Pereira B., Raes F., 2002).

La Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (CEDAW) « *spécifie que les femmes ont les mêmes droits que les hommes à décider "librement et de façon responsable" du nombre et de la naissance des enfants* » (Gautier A., 2000).

La Conférence de Nairobi en 1985 (3^e Conférence mondiale sur les femmes) a quant à elle introduit « *la notion d'intégrité corporelle et de contrôle de la fécondité, en précisant que les femmes doivent avoir le droit d'avoir ou non des enfants* » (Marques-Pereira B. et Raes F., 2002).

Il faut toutefois attendre les années 1990 pour que de réelles avancées soient observées dans la reconnaissance des droits reproductifs par les instances internationales. Cela peut s'expliquer par la mobilisation croissante des femmes dans le monde, notamment au travers des mouvements féministes, qui a permis de cristalliser les revendications autour de problématiques restées jusqu'ici sous silence, telles que : les stérilisations abusives, les pratiques antinatalistes coercitives, le viol et la violence à l'égard des femmes, le droit à l'interruption volontaire de grossesse, la participation des hommes au travail familial et reproductif, etc. (Marques-Pereira B. et Raes F., 2002). Comme le soulignent Doris Bonnet et Agnès Guillaume (2004) : « *la femme n'est plus considérée uniquement à travers son rôle maternel mais aussi en qualité de citoyenne, susceptible de revendiquer des droits* » (Bonnet D., Guillaume A., 2004).

La 47^e Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en 1994, constitue un tournant dans la prise en compte des droits reproductifs. En effet, comme le spécifie Arlette Gautier (2000), la prise en compte des droits reproductifs - et la définition qui en est faite - marquent un « *changement paradigmatique important par rapport aux orientations néomalthusiennes antérieures* ». Au travers du Programme d'Action du Caire (PAC), qui fait suite à la CIPD, les États signataires (179 en 1994, 187 en 2020) s'engagent notamment à ce que : « *Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence* » (FNUAP, 1995 ; dans Gautier A., Grenier-Torres C., 2014).

La Convention du Caire de 1994 s'est également démarquée des précédents mécanismes internationaux en spécifiant que l'accès à la planification familiale « *doit être libre de toute contrainte. Les politiques ne doivent plus être fondées sur les besoins supposés des États mais « répondre aux besoins de chaque homme et de chaque femme* » (Gautier A., 2000).

En 1995, la Conférence de Pékin est quant à elle la première référence « *claire qui aborde les domaines de la reproduction et de la sexualité d'une manière où ils ne sont pas systématiquement liés* » (Marques-Pereira B. et Raes F., 2002). Il est notamment fait mention du droit des femmes à « *exercer un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité, hors de toute coercition, discrimination ou violence et de prendre librement et de manière responsable les décisions en la matière* ».

Si certains auteurs voient dans les droits reproductifs une quatrième génération⁸ des droits humains, d'autres y voient simplement une continuité des droits civils : « *les droits reproductifs ne sont que l'extension des droits civils par la prise en compte dans l'universel du corps des femmes* » (Jenson J., 1996 ; In Gautier A., 2000). En effet, si les droits civils étaient théoriquement neutres, ils ne tenaient pas compte en réalité du corps des femmes. Selon Jane Jenson (1996), l'émergence des droits reproductifs a donc permis « *d'incorporer les identités collectives des femmes comme individus, sexuellement différentes des hommes, non définies par le statut familial et avec le droit au contrôle de la procréation* ». Pour Bérengère Marques-Pereira et Florence Raes (2002), les droits reproductifs sont indissociables des droits politiques, civils et sociaux : « **Connexe aux droits politiques**, la liberté reproductive est liée aux luttes des mouvements de femmes, c'est-à-dire à l'affirmation d'un nouveau sujet politique luttant et négociant pour la reconnaissance d'une identité collective basée sur la visibilité des rapports sociaux de sexe. [...] **Connexe aux droits civils**, cette liberté est liée au principe d'individuation du libéralisme classique, soit la capacité de l'individu à disposer de lui-même, ce qui représente, dans ce cas-ci la possibilité de dépasser les déterminations du corps. [...] **Connexe aux droits sociaux**, la liberté reproductive est liée aux politiques de santé publique ».

Les différentes conférences internationales ont aidé à légitimer les droits reproductifs et à élargir les réflexions. Cependant, les revendications portées par les femmes dans le monde, au travers d'associations politiques, universitaires, professionnelles, culturelles, voire religieuses, se sont souvent heurtées aux positions des États. Durant la Conférence africaine préparatoire à la Conférence mondiale de Beijing sur les femmes en 1995, qui portait notamment sur les questions d'égalité et d'équité des sexes qui sous-tendent les enjeux d'*empowerment* des femmes, « *les représentants des États africains réunis pour cette occasion ont eu bien des difficultés à trouver un consensus sur la forme que devrait revêtir l'égalité* » (Sow F. 1995 ; In Adjamagbo A., Guillaume, A. 2001).

Il est également important de souligner l'hétérogénéité des discours sur ces revendications. À titre d'exemple, le discours des femmes africaines a différé à plusieurs reprises de celui des femmes occidentales. Lors de la Conférence mondiale sur les femmes qui a eu lieu à Copenhague en 1980, plusieurs thèmes ont été sujets à débat. Fatou Sow (1995) l'illustre par la controverse liée aux débats sur l'excision qui a opposé les Africaines aux Occidentales : « *À la dénonciation, par ces dernières, des "mutilations" sexuelles, sur un mode souvent raciste, les premières avaient, en majorité, rétorqué : "Touche pas à mon pagne !" et coupé court au débat* ». Toujours selon Fatou Sow (1995) : « *Alors que le droit à la liberté et à la jouissance sexuelles et le contrôle de la fécondité étaient des revendications primordiales des Occidentales, les Africaines se souciaient davantage du contrôle et de l'espacement des naissances, du droit à être soignées pour ne plus mourir en couches ni faire deux grossesses pour s'assurer une naissance vivante* ».

Enfin, en dépit des progrès réalisés dans le domaine des droits reproductifs : « *la portée juridique des déclarations internationales et des programmes d'action est faible, même envers les États signataires. Il ne s'agit que de recommandations supposées guider l'action des États* » (Marques-Pereira B. et Raes F., 2002). À titre d'exemple, le fait que la mise en œuvre du PAC soit aliénée au « *droit souverain que chaque pays exerce de manière compatible avec ses lois nationales et ses priorités en matière de développement* » (Nations unies, 1994) a limité ses retombées. « *Nulle part les ratifications du PAC n'ont permis de réaliser les droits reproductifs.* » (Gautier A., Grenier-Torres C., 2014).

⁸ « *Les droits civils sont nés au XVIII^e siècle, les droits politiques au XIX^e siècle et les droits sociaux au XX^e siècle* » (Marshall T.H. 1973, In Gautier A., 2000).

2.3. SANTÉ REPRODUCTIVE ET ADOLESCENCE

2.3.1. APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE DE L'ADOLESCENCE

Les travaux sur la santé reproductive des adolescents ont émergé durant les années 1980 et 1990. En Afrique de l'Ouest et du Centre, la santé de la reproduction est le domaine d'étude majeur dans la recherche sur l'adolescence (Cissé R., Fall A. S., Jacquemin M., 2017).

Plusieurs clés de lecture ont été proposées pour comprendre et analyser les facteurs influençant les comportements sexuels des adolescents :

- L'approche individualisante « *soutient l'idée d'une liberté de choix, une citoyenneté sexuelle* » (Rwenge J-R. M., 2013). Particulièrement utilisée dans une perspective d'analyse de prévention et de gestion des risques, l'approche individualisante occulte pour autant « *les facteurs structurels (écologiques, environnementaux, contextuels) qui influencent le comportement sexuel* » (Tantchou Yakam J. C., 2009).
- L'approche socioculturelle analyse les comportements sexuels comme dépendants « *de la pression que le groupe social exerce sur les individus. Ainsi : « selon les protagonistes de cette approche, les comportements sexuels sont déterminés par les normes et valeurs socioculturelles en matière de sexualité. C'est l'ensemble de ces constructions idéologiques qui déterminent les circonstances du déroulement de l'activité sexuelle* » (Kalau Mutej J-M., 2013). « *En d'autres termes, les traditions, cultures et religions du milieu dans lesquels vivent les individus influencent leurs comportements sexuels* » (Rwenge J-R. M., 2013).
- L'approche économique « *considère les adolescents et jeunes comme des acteurs rationnels. En d'autres termes, ils s'engagent dans l'activité sexuelle pour atteindre des objectifs bien précis, d'ordre social ou d'ordre économique* » (Rwenge J-R. M., 2013).
- L'approche institutionnelle suppose quant à elle que les comportements sexuels des adolescents sont influencés par le cadre législatif des États et les programmes mis en place : les lois et programmes, au-delà de les encadrer, dictent les comportements des adolescents.

Si chacune de ces approches apporte une clé de lecture intéressante, il est aujourd'hui incongru de se limiter à l'une d'entre elles. En effet, « *le comportement sexuel des adolescents [étant] tributaire des autres aspects de leur vie, de l'environnement social, économique et culturel dans lequel ils évoluent* » (Tantchou Yakam J. C., 2009), il est de fait nécessaire d'adopter une approche globale. (Rwenge J-R. M. 2013 ; Cissé R., Fall A. S., Jacquemin M., 2017).

Enfin, Jessica L. Morris et Hamid Rushwan (2015) exposent le besoin de renforcer les considérations en matière de santé de la reproduction chez les adolescents. Ces derniers présentent en effet un risque accru de coercition et de violences sexuelles, et d'exposition au VIH et aux infections sexuellement transmissibles (IST), qui peuvent avoir d'importantes répercussions sur leurs santé physique et mentale.

2.3.2. ESSAI DE DÉFINITION

L'adolescence peut être définie comme « *une période de transition, de maturation physique, de formation de l'identité et d'acquisition des rôles sociaux qui est associée à l'émergence d'une conscience de la sexualité et du désir de l'expérimenter* » (Dehne K., Riedner G. 2001, In : Tantchou Yakam J. C., 2009).

Cette période ne doit pas être comprise comme « *une étape pathologique du développement de la personne ou une période de crise* » (Cissé R., Fall A. S., Jacquemin M., 2017), mais davantage comme « *un moment crucial de transition au cours duquel l'individu se trouve confronté à des progrès dans la connaissance de soi, la renégociation des formes de relations avec autrui, l'intensification de l'identité de genre, dont l'issue est l'accès aux modes de fonctionnement cognitifs,*

sociaux et affectifs adultes » (Rodriguez-Tomé H., Bariaud F., 1997 ; In Cissé R., Fall A. S., Jacquemin M., 2017). L'adolescence est enfin « *un phénomène socialement et culturellement déterminé dont le processus même de définition de l'adolescence est particulièrement tributaire des modalités de fonctionnement de la société* » (Cissé R., Fall A. S., Jacquemin M., 2017).

Délimiter cette période n'est pas chose aisée. En effet, le début de la puberté est relatif selon les individus, de même que l'âge minimum pour acquérir le statut d'adulte est directement lié aux lois nationales des États (Cissé R., Fall A. S., Jacquemin M., 2017). De plus, dans certaines sociétés, notamment africaines : « *le passage de l'enfance à l'âge adulte était accompagné, ou s'accompagne encore, d'un rite de passage qui marque le moment à partir duquel la personne devra assumer l'indépendance, les responsabilités, les attentes et les privilèges liés à l'âge adulte* » (Cissé R., Fall A. S., Jacquemin M., 2017).

D'après l'OMS, est adolescent tout individu dont l'âge est compris entre 10 et 19 ans. L'UNICEF distingue quant à elle la prime adolescence (de 10 à 13 ans), la moyenne adolescence (de 14 à 16 ans) et la grande adolescence (de 17 à 19 ans). En outre, la catégorie « adolescents » chevauche celle des jeunes (15-24 ans) et la « population jeune » englobe les individus de 10 à 24 ans.

Dans le cadre de la Politique Nationale de Santé au Tchad, l'adolescence est définie comme : « *une période distincte et importante d'une personne subdivisée en trois étapes que sont : i) la progression entre l'apparition des caractéristiques sexuelles secondaires⁹, et la maturité génésique, ii) le développement des mécanismes mentaux adultes et d'une identité adulte, et iii) la transition entre une entière dépendance socio-économique et une relative indépendance* ».

En 2014, sur les 7,3 milliards de personnes qui peuplaient le monde, près de 2 milliards (1,8 milliard) avaient entre 10 et 24 ans. C'est la plus grande population de jeunes de l'histoire de l'humanité. À titre indicatif, quand la population mondiale totalisait 2,5 milliards d'habitants en 1950, les jeunes étaient alors 721 millions¹⁰. Enfin, dans 15 pays de l'Afrique subsaharienne, la moitié de la population a moins de 18 ans. Au Niger, en Ouganda et au Tchad, la moitié de la population a moins de 16 ans (UNFPA, 2014).

⁹ Les caractères sexuels secondaires sont les traits qui distinguent les individus des deux sexes d'une même espèce mais, à la différence des caractères sexuels primaires que sont les organes sexuels, ils ne participent pas directement au système reproducteur (Wikipédia).

¹⁰ UNFPA, *Le pouvoir de 1,8 milliard d'adolescents et de jeunes et la transformation de l'avenir*, État de la population mondiale, 2014.

3. ENJEUX LÉGAUX ET POLITIQUES RELATIFS À LA SANTÉ REPRODUCTIVE AU TCHAD : ÉTAT DES LIEUX

3.1. RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX ENJEUX LÉGAUX ET POLITIQUES

Enjeux	Description ¹¹	Évolution au cours des 5-10 dernières années
Violences basées sur le genre	<ul style="list-style-type: none"> - 1 femme sur 3 a été victime de violence physique au moins une fois depuis ses 15 ans. - La prévalence du mariage d'enfants est parmi les plus élevées du monde (1 femme sur 4 est mariée avant 15 ans). - 89 % des femmes et 64 % des hommes pensent qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme pour certaines raisons. 	<ul style="list-style-type: none"> - Même après 20 ans de discussions, le Tchad n'a toujours pas adopté un Code de la famille conforme aux standards internationaux. - La Loi n° 029/PR/2015 sur l'interdiction du mariage des enfants a été signée et promulguée. - L'inceste, le viol conjugal et le harcèlement sexuel ne sont pas punis dans le nouveau Code pénal promulgué en mai 2017.
Santé reproductive	<ul style="list-style-type: none"> - Le taux de mortalité maternelle est actuellement estimé à 860 décès pour 100 000 naissances vivantes. - Forte prévalence des grossesses précoces due au taux élevé de mariage des mineures. - Le taux d'utilisation de la contraception par les femmes en âge reproductif est très bas (8 à 9 %). - Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de 1,2 % (contre 3,3 % en 2005), mais les taux de séropositivité sont toujours plus élevés chez les femmes que chez les hommes, surtout chez les adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Malgré sa révision, le Code pénal tchadien conditionne l'accès à l'avortement médicalisé à l'obtention d'une autorisation délivrée par le ministère public et punit d'une peine d'emprisonnement et d'une amende une femme qui se fait avorter et ceux qui contribuent directement ou indirectement à l'acte.

¹¹ Toutes les données citées dans ce tableau proviennent de l'enquête MICS6-Tchad, 2019 et ont été analysées par la Commission européenne, (Analyse Genre, septembre 2021).

Éducation	- 69 % des jeunes de 15 à 24 ans ne savent ni lire ni écrire ¹² . - Le taux d'achèvement du primaire est de 35 % et seules 48 % des écoles primaires ont un cycle complet ¹³ .	- En raison de la grave crise budgétaire sévissant dans le pays depuis 2014, le budget alloué au ministère de l'Éducation a été réduit de plus de 50 % entre 2014 et 2017 et environ 25 % des écoles primaires ont été fermées.
Emploi	- Le taux d'activité est plus important chez les hommes (72 %) que chez les femmes (49 %). L'Organisation internationale du travail (OIT) estime que 98,7 % des femmes tchadiennes sont en situation d'emploi vulnérable ¹⁴ .	- La COVID-19 a entraîné un ralentissement économique et les mesures sanitaires, telles que la fermeture des marchés et des écoles, ont principalement affecté les revenus des femmes ¹⁵ .
Inégalité de genre	- Les index des inégalités genre utilisés au niveau international sont alarmants. En 2021, l'Index de l'Écart Global de Genre 2021 (<i>Gender Global Gap Index</i>) du Forum Économique Mondial place le Tchad en 148 ^e position sur 156 pays et l'Index de l'Inégalité de Genre du PNUD (IIG) place le pays au 160 ^e rang sur 162 ¹⁶ .	

3.2. CADRE LÉGAL RELATIF À LA SANTÉ DES FEMMES ET DES ADOLESCENTES

Plusieurs réformes ont été initiées dans le pays depuis 2017. Bien que celles-ci peinent à être mises en œuvre, nous pouvons citer :

- La Loi sur la parité (2018) instituant la parité dans les fonctions nominatives et électives, et l'adoption en 2017 de la Politique nationale genre (PNG) et de son plan d'action quinquennal 2019-2023 (PA-PNG) ;
- La Constitution de 1996 (révisée en 2018) qui reconnaît la primauté du droit international et précise que « les Tchadiens des deux sexes ont les mêmes droits et les mêmes devoirs » ;
- La Loi n°006/PR/2002 du 15 avril 2002 portant promotion de la santé de reproduction qui interdit les violences domestiques et sexuelles ainsi que les mutilations génitales féminines ;
- Le nouveau Code pénal (adopté en 2017) qui criminalise les violences basées sur le genre ;
- Le Code civil qui accorde aux femmes et aux hommes des droits fonciers égaux (mais, dans la pratique, prévaut le droit coutumier - qui a une légitimité constitutionnelle¹⁷) ;
- Le pays a par ailleurs souscrit à des engagements internationaux et nationaux en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, à travers la ratification de conventions et de textes dont le plus complet est la Convention sur l'Élimination de toutes les Discriminations à l'Égard des femmes (CEDEF).

En outre, depuis avril 2021 et le décès du président tchadien au pouvoir depuis plus de 30 ans, la Constitution a été suspendue et le pays est gouverné par une junte militaire, laquelle a formé un Conseil Militaire de Transition (CMT) pour une période de 18 mois, promettant de rendre le pouvoir après la mise en place d'un processus inclusif pour l'organisation d'élections.

¹² Recensement général de la population et de l'habitat, 2009

¹³ Commission européenne, Analyse Genre, septembre 2021

¹⁴ Données de la Banque mondiale (2019), voir : <https://data.worldbank.org/indicator/SL.EMP.VULN.FE.ZS?locations=TD>

¹⁵ Commission européenne, Analyse Genre, septembre 2021

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Trois régimes fonciers coexistent au Tchad : i) le régime coutumier selon lequel la terre appartient à la communauté ; ii) le régime islamique fondé sur la croyance qui considère que la terre appartient à Dieu, et dont la vocation est de régir les rapports sociaux et humains à travers le rôle des autorités traditionnelles et religieuses ; iii) le régime civil qui est fondé sur l'égalité des sexes que consacrent les textes réglementaires/législatifs au Tchad.

S'il est pour l'instant difficile de connaître la volonté réelle du CMT à l'égard de la promotion des droits des femmes et des filles et de l'égalité de genre, des mesures semblent émerger dont :

- i) la mise en place d'un Comité national chargé de la relecture du projet de Code des personnes et de la famille, élaboré depuis l'an 2000, non adopté par l'Assemblée nationale et qui fait l'objet d'une opinion publique défavorable du fait des avancées accordées aux femmes¹⁸ ;
- ii) des instructions pour la mise en place d'un fonds d'appui aux initiatives féminines ; et
- iii) des instructions pour la création d'une unité de la police pour la protection de l'enfant et de la femme spécialisée dans les crimes sexuels¹⁹.

Il est toutefois à noter que le CMT ne comprend aucune femme, à l'image de ce qui existe dans la plupart des instances de décision du pays.

3.3. CADRE POLITIQUE ET STRATÉGIES NATIONALES EN FAVEUR DES FEMMES ET DES ADOLESCENTES

Plusieurs politiques et stratégies nationales relatives à la santé des adolescents existent dans le pays :

- ✓ **La Politique Nationale de Santé (PNS) (2016-2030)** définit les orientations stratégiques basées sur les six piliers du système de santé et s'inscrit dans la vision du Tchad à l'horizon 2030 et des Objectifs de Développement Durable (ODD). Parmi ses 22 objectifs spécifiques, le 20^e concerne « l'offre de services de soins de qualité » dont l'intervention 2 vise la promotion de « la santé des jeunes et des adolescents en créant des centres de santé reproductive répondant aux besoins des jeunes et des adolescents ».
- ✓ **La Politique Nationale Genre (PNG)** élaborée en 2011 a été révisée en 2016 par un comité technique présidé par le ministère de la Femme, de la Famille et de la Protection de l'Enfance (MFFPE). Les principales priorités de la PNG sont : i) le développement d'un cadre juridique et institutionnel propice à la réalisation de l'égalité et de l'équité de genre et à la promotion des droits humains et ii) l'élimination des écarts dans le domaine de l'éducation (fille/garçon), de la formation et de l'emploi, et en matière d'accès aux sphères de décision.
- ✓ Plusieurs acteurs font référence à l'élaboration en 2018 d'une **Stratégie nationale en matière de santé sexuelle des adolescents et des jeunes**²⁰, mais il semblerait que ce texte n'ait pas été rendu public.
- ✓ **La Stratégie nationale de santé communautaire**, élaborée en 2014, est en train d'être actualisée. Dans sa version initiale, les « jeunes » sont cités une seule fois, comme étant une composante des populations vulnérables au même titre que les femmes, les handicapés, les indigents et les malades chroniques.

¹⁸ Commission européenne, Analyse Genre, septembre 2021

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ « L'élaboration, en 2018, d'une Stratégie nationale en matière de santé sexuelle des adolescents et des jeunes témoigne d'un passage à l'acte positif » (<https://fp2030.org/fr/tchad-old>).

4. CONTRAINTES SOCIALES INFLUENÇANT L'ACCÈS À LA SANTÉ REPRODUCTIVE CHEZ LES ADOLESCENT·E·S

4.1. LE POUVOIR DÉCISIONNEL DES FEMMES ET DES FILLES DANS L'ESPACE CONJUGAL

La part dévolue aux femmes et aux adolescentes dans la répartition du travail au sein des ménages n'a que peu d'implication sur leur pouvoir décisionnel. En d'autres termes, ce n'est pas parce que les femmes travaillent plus que les hommes qu'elles prennent davantage de décisions. Ce fait n'a d'ailleurs rien d'une spécificité tchadienne, ni même patriarcale : c'est le propre de toute relation de pouvoir basé sur le contrôle des moyens de production d'un groupe d'individus sur un autre, quel que soit l'espace dans lequel il s'exerce.

Selon une enquête réalisée par le PAM en 2014, la journée de travail des femmes est beaucoup plus longue que celle des hommes. En effet, 54 % des femmes ont moins de six heures de repos par jour, contre 24 % pour les hommes. Par opposition, 37 % des hommes ont plus de dix heures de repos contre seulement 8 % pour les femmes²¹.

Les maris contrôlent la production agricole ou pastorale, gèrent les revenus du ménage, encadrent les déplacements de leur(s) épouse(s), décident des achats pour la famille, etc. Aux femmes et aux jeunes filles reviennent la responsabilité des tâches ménagères, de la garde des enfants et des personnes malades, la collecte du bois et de l'eau, la préparation des repas, etc., et bien entendu de la procréation. Mais si ces « responsabilités » leur incombent, elles disposent d'une marge de manœuvre décisionnelle relativement réduite pour les faire changer.

Le cadre légal lui-même justifie cet état de fait. En effet, la Constitution reconnaît le droit coutumier comme source valable de droit, à condition qu'il ne soit pas contraire à l'ordre public et ne prône pas d'inégalités entre les citoyens (article 156). Ainsi, dans certaines régions, le droit coutumier régit le régime matrimonial, la propriété et les règles de la transmission de la succession. Il accorde un statut supérieur aux hommes et est défavorable aux femmes, notamment en ce qui concerne l'accès à la terre et l'héritage²². De même, le Code civil consacre l'homme comme chef du foyer (article 213). Parmi ses prérogatives, celui-ci décide du lieu de résidence familial et les femmes sont contraintes de le suivre (article 215).

En matière de prévention et de fécondité, le pouvoir décisionnel des « aîné·e·s » exerce une influence directe sur les comportements préventifs et curatifs adoptés par les adolescentes. Le recours aux soins sous-entend une certaine autonomie décisionnelle des jeunes femmes au sein des ménages. Cette autonomie, loin d'être acquise, se heurte en réalité aux rapports de force à l'œuvre dans l'espace conjugal ; espace largement contrôlé par les hommes, mais également, nous le verrons, par certaines femmes influentes de la cellule familiale.

²¹ PAM (2014), *Évaluation du genre en lien avec l'assistance alimentaire*, Tchad. In : Commission européenne, *Analyse Genre*, septembre 2021.

²² Commission européenne, *Analyse Genre*, septembre 2021

Selon l'EDS-MICS (2014-2015), seulement 24 % des femmes rurales participent aux décisions sur leurs soins de santé et 39 % aux décisions sur les achats importants du ménage. Les hommes ruraux qui participent aux décisions sur leurs soins de santé et sur les achats importants du ménage sont respectivement de 97 % et 94 %²³.

La place des adolescentes dans les prises de décision concernant le ménage et l'éducation de leur(s) enfant(s) est encore plus réduite. Au Tchad, seulement 15 % des adolescentes en union participent aux décisions sur leurs soins de santé, contre une moyenne de 30 % pour les femmes entre 30 et 49 ans (EDS-MICS 2019).

Le contrôle de la procréation étant au cœur des rapports sociaux de sexe²⁴, l'autorité des hommes en matière de reproduction est prédominante. Pour l'anthropologue Françoise Héritier, l'appropriation par les hommes du pouvoir de fécondité des femmes est même le principal moteur de la domination masculine, ce qu'elle nomme « la valence différentielle des sexes »²⁵. Selon elle : « *Ce n'est pas le sexe mais la fécondité qui fait qu'une femme est une femme, c'est là que se construit la réelle différence entre masculin et féminin. Et la domination masculine correspond à une volonté de la contrôler et de se l'approprier* »²⁶.

L'hypothèse de Françoise Héritier est que cette hiérarchisation masculin/féminin vient d'une autre observation que la différence anatomique des sexes, « *le pouvoir exorbitant d'enfanter des femmes* », qui susciterait une volonté masculine de réappropriation de ce pouvoir : « *Le discours se construit sur fond populaire de croyances : ce n'est pas une capacité féminine, ce sont les hommes qui mettraient les enfants dans le corps des femmes, qui n'est qu'une matrice, un réceptacle. Les différents outils de subordination des femmes par les hommes sont la privation de savoir, de pouvoir, d'autorité, et la relégation dans la sphère domestique* » (Cohen, 2018).

Selon Lina Cohen, le corollaire de la valence différentielle des sexes est la « *licéité absolue de la pulsion sexuelle masculine* », à savoir que l'homme a le droit de prendre n'importe quelle femme - sauf si elle appartient à un autre homme auquel cas elle est protégée - pour satisfaire ses pulsions sexuelles, considérées comme irrépessibles, alors que la libido féminine est extrêmement contrôlée par l'éducation.

Chaque étape de la vie féminine représente en réalité un évènement social. Il n'est pas perçu uniquement comme un développement personnel et intime. La sexualité des femmes est indissociable de l'objectif procréatif qu'elle représente, et cet objectif est lui-même guidé par des normes sociales et coutumières bien établies. La compréhension de ce difficile équilibre entre autonomisation des femmes et maintien des normes sociales peut aider les projets de santé reproductive à mieux s'adapter aux pratiques et aux représentations qui encadrent la procréation.

4.2. L'AUTONOMISATION SOCIALE DES FEMMES ET DES FILLES ET L'ACCÈS À LA CONTRACEPTION

Quelques chiffres tout d'abord. Globalement, le taux d'utilisation de la contraception par les femmes à l'âge reproductif est très bas (8 % pour les femmes mariées et 9 % pour celles non mariées)²⁷. La pratique varie selon le milieu avec une prévalence contraceptive moderne plus élevée en milieu urbain (15 %) qu'en milieu rural (6 %) et selon le niveau d'instruction, soit 25 % parmi les femmes ayant un niveau d'études supérieures, 9 % parmi celles ayant un niveau primaire et 5 % parmi celles sans instruction. Les besoins non satisfaits chez les femmes mariées

²³ *Ibid.*

²⁴ Geffroy Annie, « Françoise Héritier, *Masculin/féminin. La pensée de la différence* », L'état linguiste, 1997.

²⁵ Françoise Héritier, *Masculin/féminin, La pensée de la différence*, Odile Jacob, 1996.

²⁶ Cohen Lina, *L'envie masculine du pouvoir d'enfanter*, Topique, 2018.

²⁷ EDS-MICS 2019

âgées de 15 et 49 ans sont de 30 %, ce qui ne représente qu'une légère augmentation par rapport à 2015 (23 %). Ces besoins portent davantage sur l'espacement des naissances (25 %) que sur la limitation des naissances (6 %)²⁸.

L'autonomisation sociale des femmes, défendue par le projet PASFASS, s'appuie sur le principe selon lequel l'amélioration du statut des femmes est une condition essentielle de la diminution de la mortalité maternelle et de la transition de la fécondité. Lorsque les femmes disposent d'une certaine autonomie et d'une reconnaissance sociale, elles sont en effet plus à même de s'approprier le pouvoir d'intervenir sur leur fécondité et de choisir les conditions dans lesquelles elles souhaitent accoucher.

Cependant, l'hétérogénéité des jugements concernant l'autonomisation des femmes est importante. La contraception est bien souvent perçue comme un moyen d'émancipation sexuelle féminine avant d'être envisagée comme une méthode de contrôle des naissances. Le contrôle de leur fécondité par les femmes et les adolescentes constitue donc un enjeu toujours très actuel au sein de la société tchadienne.

De fait, bien que les politiques sanitaires en matière de contraception évoluent et accordent davantage d'autonomie aux femmes, la procréation et la contraception reposent prioritairement sur le pouvoir de négociation des femmes à l'intérieur de l'espace conjugal. Or, ces facteurs sociaux et familiaux (domination masculine, dépendance financière) ne sont pas toujours pris en compte dans les services de santé et de planification familiale qui ont tendance à privilégier le couple mère-enfant. Pourtant, en matière de régulation des naissances, c'est avant tout en direction des époux que la sensibilisation devrait se tourner. Nous y reviendrons.

4.3. LA SANCTION SOCIALE À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES

Les contraintes d'accès aux soins de santé reproductive pour les adolescent·e·s sont multiformes. Tout d'abord, la vétusté des centres de santé (CS) et leur emplacement dans les villages n'incitent pas les jeunes à s'y rendre. Certaines pièces censément dédiées au planning familial ne le sont pas exclusivement, ou selon un calendrier parfois complexe. D'autre part, la majorité des CS ne remplissent pas les conditions d'anonymat et de confidentialité attendues par les patientes, particulièrement par les jeunes. Le simple fait de traverser le village ou la route pour se rendre au centre de santé représente déjà une contrainte car cela visibilise et stigmatise la patiente. Enfin, l'acceptation de la sexualité des jeunes est loin de faire consensus dans l'espace villageois.

Les adolescentes fréquentent en effet rarement les services de santé reproductive car leur présence dans les centres de santé fait toujours l'objet de suspicion. D'une part, on les suspecte de vouloir accéder aux méthodes de contraception afin de vivre une vie sexuelle sans grossesse avant le mariage ; d'autre part, on les suspecte de chercher un moyen médical sûr pour interrompre une grossesse non désirée. Dans tous les cas, leur accès aux services de santé se heurte à une stigmatisation qui s'opère à l'extérieur comme à l'intérieur des CS. Il convient d'ailleurs de rappeler ici que jusqu'en 2006, l'accès à la contraception était soumis à l'autorisation du mari. Bien que cette condition ne soit plus officiellement requise dans les structures sanitaires, un certain nombre de prestataires de santé continuent à l'exiger des femmes et refusent catégoriquement la contraception aux adolescentes.

Les entretiens menés auprès des adolescentes montrent qu'une petite minorité d'entre elles se sont présentées dans un CS pour s'enquérir des méthodes modernes de contraception, et qu'une proportion encore plus réduite parmi elles a effectivement pu prendre une méthode contraceptive²⁹. Selon l'enquête *baseline* réalisée en début de

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Un cas singulier qui mérite d'être mentionné est celui d'une adolescente prise en charge pour des complications liées à une interruption de grossesse à qui il a été proposé une méthode contraceptive, ce qui a été accepté par la patiente.

projet, 56 % des femmes interrogées déconseillaient aux jeunes filles de prendre une méthode contraceptive. Les raisons évoquées étaient, entre autres, l'importance du respect de la virginité avant le mariage, les risques sanitaires (réels ou perçus) liés aux contraceptifs, et la prévention de la « débauche sexuelle ». Toutefois, il est important de noter que 41 % des femmes interrogées soutenaient l'accès au planning familial pour les jeunes filles comme moyen de repousser la première grossesse et d'éviter la déscolarisation.

Dans le cadre de cette étude, certains professionnels de santé se disaient préoccupés et partagés quant aux recours à la planification familiale pour les jeunes filles : préoccupés d'abord par la tendance « croissante » des jeunes à débiter une vie sexuelle avant le mariage (mais nous avons vu que les chiffres démentent cette perception puisque l'âge au premier rapport sexuel n'a pas beaucoup évolué depuis 2004) ; partagés ensuite entre leurs prérogatives professionnelles et les valeurs familiales qu'ils défendent. De fait, l'obligation de répondre à une demande de soins (la contraception) se heurte au respect des normes sociales en matière de procréation (virginité avant le mariage).

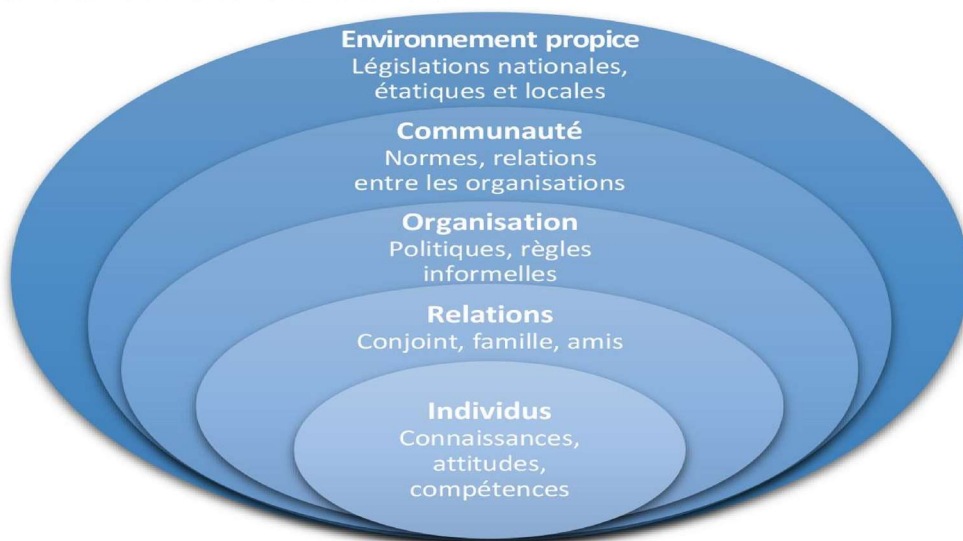
Les témoignages de deux matrones sont, à ce titre, éloquents. La première s'exprimait ainsi : « *À moins que ce soit pour des raisons de santé, autrement je ne pense pas encourager mes filles à recourir aux méthodes contraceptives alors qu'elles ne sont pas mariées. Cela me fait donc de la peine d'avoir à encourager d'autres adolescentes à faire ce que je ne souhaite pas que les miennes fassent* ». La seconde matrone constate une rupture du modèle éducatif familial et des fondements des valeurs culturelles. Elle s'interroge ainsi de la façon suivante :

- *Toutes nos cultures sont-elles mauvaises ?*
- *Devons-nous enseigner à nos filles de recourir aux méthodes de contraception alors qu'elles ne sont pas mariées ?*
- *Devons-nous dire à nos filles qu'il est normal d'avoir des relations sexuelles avant mariage, ou avant un certain âge, ou pendant qu'elles sont des élèves et qu'elles habitent avec leurs parents ?*

Toutes deux s'accordent cependant à reconnaître que le tabou de la sexualité devrait être levé pour permettre aux adolescentes d'accéder à des informations fiables. Selon elles, les parents et les enseignants doivent éduquer les adolescentes et adolescents sur la sexualité, mais aussi leur expliquer les conséquences des comportements à risques sur leur santé.

Selon le modèle socio-écologique (MSE) de Mc Leroy³⁰, la plupart des problèmes de santé publique sont trop complexes pour être compris de manière adéquate à partir d'une perspective unique d'analyse et nécessitent des approches plus globales intégrant des approches psychologiques, organisationnelles, socio-culturelles et communautaires. Lors de la définition d'un problème, de ses causes profondes et de ses facteurs sous-jacents, le modèle socio-écologique donne un schéma de réflexion en recherchant les facteurs qui sont liés à l'individu lui-même, puis ceux liés à son environnement immédiat, et enfin ceux liés à la communauté, à l'organisation sociale et aux politiques publiques et lois du pays. Chacune de ces étapes permet d'identifier les causes et déterminants spécifiques à l'origine du problème. Cette méthode d'analyse permet de comprendre qu'un problème a rarement une cause unique, mais plutôt une multitude de facteurs imbriqués, ce qui évite une analyse superficielle et réduit le risque de recourir à des solutions elles-mêmes superficielles. Le modèle est résumé dans le schéma ci-dessous :

³⁰ Le modèle socio-écologique, théorisé par Mc Leroy en 1988, est un cadre théorique permettant de comprendre les effets multiformes et interactifs des facteurs personnels et environnementaux qui déterminent les comportements, et d'identifier les points de levier comportementaux et organisationnels ainsi que les intermédiaires pour la promotion de la santé au sein des organisations. Il existe cinq niveaux hiérarchiques du MSE : 1. Individuel, 2. Interpersonnel, 3. Communautaire, 4. Organisationnel, 5. Politique / environnement favorable.



En s'appuyant sur ce modèle, l'analyse des contraintes sociales liées à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes peut être synthétisée de la manière suivante :

Contraintes structurelles

- Lois et politiques (par ex. : pénalisant le recours aux IVG, ne reconnaissant pas le viol domestique)
- État des infrastructures (non respect des normes, espaces ne garantissant pas la confidentialité et l'intimité, distance des CS, etc.)
- Qualité des services (manque de personnels qualifiés, indisponibilité des intrants et du matériel, longues heures d'attente, horaires de services peu favorables, faible qualité d'accueil et d'écoute, non respect de l'éthique professionnelle, etc.)

Contraintes sociales

- Normes sociales familiales relatives au mariage et à la procréation ;
- Non reconnaissance de la sexualité des adolescent·e·s et des jeunes ;
- Inégalité de genre dans les prises de décisions touchant la santé ;
- Discrimination et jugement à l'égard des adolescentes de la part des prestataires ;
- Rumeurs et stéréotypes autour de la contraception.

Contraintes individuelles

- Connaissances limitées sur la SSR et les lieux de délivrance des services ;
- Honte/crainte d'être stigmatisé(e) ;
- Tension entre le désir d'autonomisation et la conformité aux normes collectives

5. DISPONIBILITÉ, CONNAISSANCE ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE

5.1. DISPONIBILITÉ DE SERVICES DE SRMNIA DANS LE LOGONE-ORIENTAL ET LE MANDOUL

Dans le cadre du projet PASFASS³¹, l'indice de disponibilité des services SRMNIA a été estimé à 76 %³² et la capacité opérationnelle des formations sanitaires (FOSA) à proposer une planification familiale de qualité estimée à 59 %³³. Cependant (et c'est le problème des standards), le niveau de disponibilité théorique utilisant les trois critères ne renseigne que partiellement sur le niveau de disponibilité réel et les contraintes d'accès aux soins de santé reproductive. Nous verrons ainsi qu'au-delà de ces indices apparemment satisfaisants, l'accès des adolescentes aux services de santé est extrêmement restreint. Le rapport d'évaluation des FOSA ciblées par le projet indiquait à ce titre que trois services de SRMNIA étaient régulièrement déficitaires dans les CS : i) la santé de la reproduction adaptée aux adolescents et aux jeunes (SRAJ) qui n'est offerte dans aucune FOSA ; ii) la prise en charge des violences basées sur le genre (VBG), disponible dans 44 % des FOSA et iii) les soins après avortement (SAA), présents dans 47 % des FOSA.

5.2. L'ACCÈS AUX PRÉSERVATIFS : CONTRACEPTIF « MASCULIN »

Le préservatif, qui est davantage considéré comme un moyen contraceptif « masculin », fait l'objet de beaucoup moins d'interprétations négatives et de rumeurs que les contraceptifs contrôlés par les femmes. La grande majorité des adolescents et des adolescentes interrogés durant l'étude savaient que le préservatif protégeait contre les infections sexuellement transmissibles (IST) alors que la contraception prévient seulement les grossesses.

Pour autant, son utilisation se heurte à d'autres déterminants sur lesquels les adolescentes n'ont que peu de contrôle. En effet, nombreux sont les jeunes hommes qui refusent le préservatif : pour des raisons i) d'inconfort, ii) de manque de plaisir et, en moindre proportion, iii) financières³⁴. En revanche, la moitié des adolescents reconnaît que les problèmes d'accessibilité sont minoritaires puisque les préservatifs sont disponibles sur tous les marchés, dans toutes les pharmacies et dans certaines boutiques, ainsi qu'accessibles gratuitement dans certains CS et à

³¹ Voir *Rapport d'évaluation initiale des FOSA*, PASFASS, septembre 2019.

³² L'indice de disponibilité moyen des services SRMNIA/PF est de 76 %, basé sur les indices suivants :

- La disponibilité du personnel et la disponibilité des infrastructures sont de 100 % : toutes les FOSA disposent des infrastructures avec au moins un personnel qualifié par FOSA pour offrir les services.

- L'utilisation des services SRMNIA/PF est très faible. Elle est d'une moyenne de 29 % dans les cinq districts mis en ensemble. L'utilisation des services SRMNIA/PF au cours des 12 derniers mois a été mesurée au travers des registres des FOSA évaluées, et comparée au nombre d'utilisateurs attendus. L'utilisation effective a été estimée à 29 % seulement des utilisateurs attendus, un chiffre bien trop bas dont l'évolution sera mesurée au fil du projet. Le district de Bedjondo a l'utilisation la plus élevée, suivie par le district de Doba. Les districts de Bodo et Kara occupent la dernière position avec chacun 21 %.

- Cinq services sont disponibles dans toutes les FOSA : CPN, PF, Accouchements, CPoN et PCIME. Trois services ont tiré l'ensemble vers le bas : il s'agit de la SRAJ (offerte dans aucune FOSA), la prise en charge des VBG (effectuée dans 44 % des FOSA) et les SAA (effectués dans 47 % des FOSA).

³³ Pour apprécier les capacités des FOSA ciblées à offrir le service PF de qualité, les éléments traceurs considérés étaient : Directives pour la PF, Personnel qualifié, DIU, Implants, Contraceptifs oraux, Contraceptifs injectables, Tensiomètre.

³⁴ Le paquet de préservatifs est vendu à 100 francs CFA sur l'ensemble des sites. Ils sont gratuits dans les FOSA lorsqu'ils sont disponibles.

certaines périodes. À l'inverse, l'écrasante majorité des adolescents affirme n'avoir jamais été confronté au refus de leur compagne d'utiliser un préservatif.

Une autre raison liée au refus du préservatif, moins prévisible et habituellement peu exprimée publiquement, a également été rapportée par certains adolescents participant aux *focus groups*. Il s'agit de la volonté de provoquer une grossesse chez sa petite amie afin de déjouer le refus des parents, et donc de disposer d'un argument valable pour obtenir l'union désirée. Cette stratégie peut être le fait des deux conjoints, ou seulement du jeune homme, mais dans les deux cas, elle permet d'aller à l'encontre de :

- L'opposition de l'une ou de l'autre des deux familles (origine ethnique, statut social, religion, etc.) ;
- L'incapacité de payer la dot ;
- L'hésitation de la jeune fille.

Pour la majorité des adolescentes, la honte est le facteur majeur qui entrave l'utilisation de préservatifs, l'achat de préservatifs par les femmes étant souvent associé aux pratiques « sexuelles tarifées ». La crainte d'être considérée comme « des femmes aux mœurs légères » est souvent plus importante dans les perceptions des jeunes femmes que le risque relatif aux IST. À ce sujet, l'EDS-MICS 2014 révèle que seulement 12,6 % des femmes âgées de 15 à 19 ans (contre 54 % des hommes du même groupe d'âge) pensent qu'il est normal que - dans le cas où une femme sait que son mari/partenaire a des relations sexuelles avec d'autres femmes - elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui. En outre, seulement 12,7 % des femmes de ce groupe d'âge pensent qu'il est justifié qu'une femme qui sait que son mari a une IST demande à utiliser un préservatif au cours des rapports sexuels (contre 63,6 % pour les hommes du même groupe).

La stigmatisation collective à l'égard des adolescentes a donc pour corolaire direct la honte ressentie par ces dernières et leur crainte d'accéder aux méthodes de prévention et aux conseils. De plus, le préservatif suppose, pour son utilisation, une négociation des relations sexuelles qui n'est pas toujours facile pour les jeunes femmes. Là aussi la honte et la peur sont de puissants régulateurs des comportements sexuels : peur d'être rejetée par le partenaire qui refuse le préservatif, peur que ce dernier y voit une stratégie pour multiplier les partenaires sexuels, peur enfin que le préservatif reste coincé dans le vagin et provoque des complications.

Les *focus groups* réalisés auprès des adolescentes (40 répondantes) ont révélé que la très grande majorité ne s'était jamais rendue dans un CS pour demander un préservatif, ni même dans une pharmacie privée. Une seule affirmait avoir déjà acheté un paquet de préservatifs. Parmi les jeunes femmes s'étant déclarées sexuellement actives, un peu plus de la moitié ont affirmé n'avoir jamais utilisé de préservatif. Les mêmes proportions se retrouvent chez les adolescents.

5.3. CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES PAR LES ADOLESCENTES

Selon l'EDS-MICS 2014, seulement 27 % des jeunes femmes et une proportion plus élevée de jeunes hommes (51 %) connaissent un endroit où se procurer des préservatifs. Parmi ceux sans aucun niveau d'instruction, ces proportions sont plus faibles (9 % pour les femmes et 18 % pour les hommes).

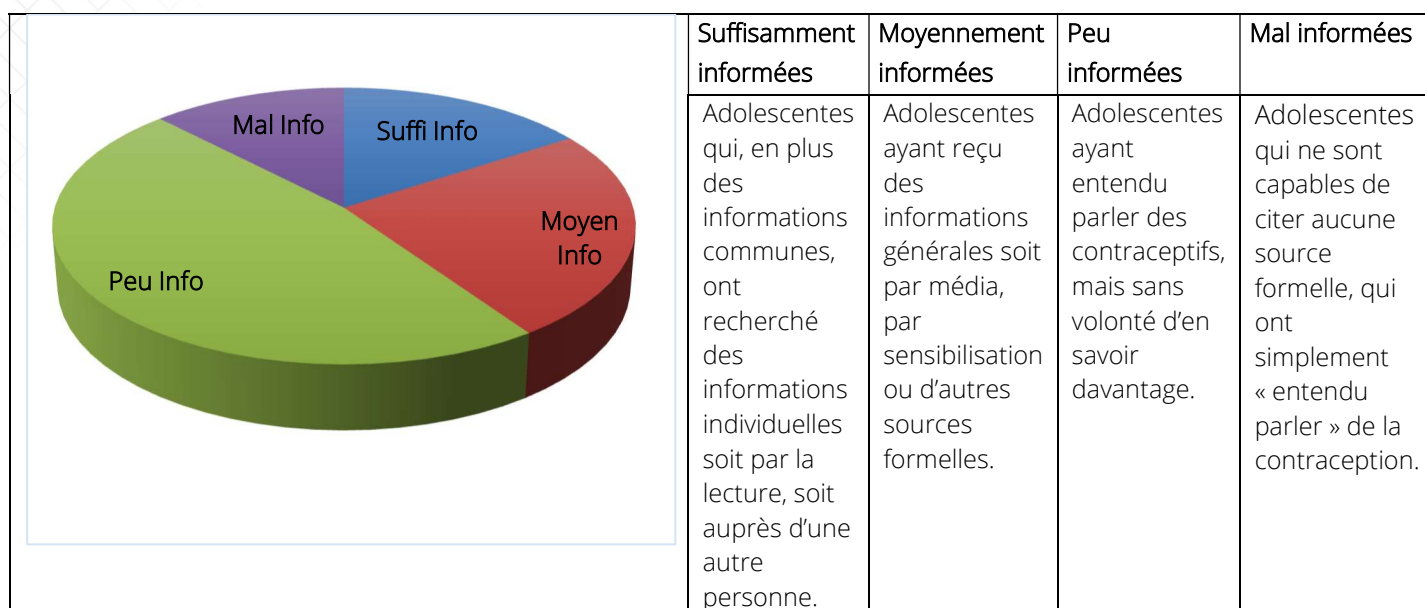
Toutefois, le niveau de connaissance des femmes vis-à-vis des méthodes contraceptives s'est nettement amélioré, passant de 43 % en 1996-1997 à 49 % en 2004 et 64 % en 2014³⁵. Il est également intéressant de constater que la proportion d'hommes ayant entendu parler d'une méthode contraceptive (77 %) est plus importante que celle des femmes (64 %). On constate aussi que les méthodes contraceptives modernes sont nettement mieux connues que

³⁵ L'EDS-MICS 2019 n'a pas mesuré cet indicateur.

les méthodes traditionnelles. En effet, près des deux tiers des femmes (63 %) et un peu plus des trois quarts des hommes (76 %) ont déclaré connaître au moins une méthode moderne³⁶, contre seulement 23 % des femmes et 39 % des hommes pour au moins une méthode traditionnelle. Enfin, 60 % des jeunes femmes de 15–19 ans et 67,7 % de celles du groupe d'âge 20–24 ans déclarent avoir déjà entendu parler d'une méthode de contraception. Le Logone-Oriental est la région dans laquelle le niveau de connaissance des femmes, toutes classes d'âge confondues, est le plus élevé : 90 % contre 87 % à N'Djamena et 82 % dans le Mandoul.

L'approche qualitative privilégiée dans la présente étude révèle également que, si les adolescentes ont une connaissance relativement satisfaisante des méthodes de contraception, elles ne disposent pas d'informations fiables sur les différents types de méthodes disponibles. Si certaines répondantes (plus de la moitié) étaient à même de nommer une ou deux méthodes ou voies d'administration (notamment les oraux et les injectables), très peu ont évoqué la voie sous-cutanée. Certaines ont pu nommer le Depo Provera, les implants ou encore le Jadelle, mais la grande majorité se limite à l'appellation « méthode ». Indépendamment du niveau de connaissance des méthodes de contraception modernes, plus de la moitié des adolescentes des deux régions estiment que la maîtrise du cycle menstruel est la meilleure méthode de contraception.

Le tableau ci-dessous synthétise le niveau de connaissance des adolescentes³⁷ :

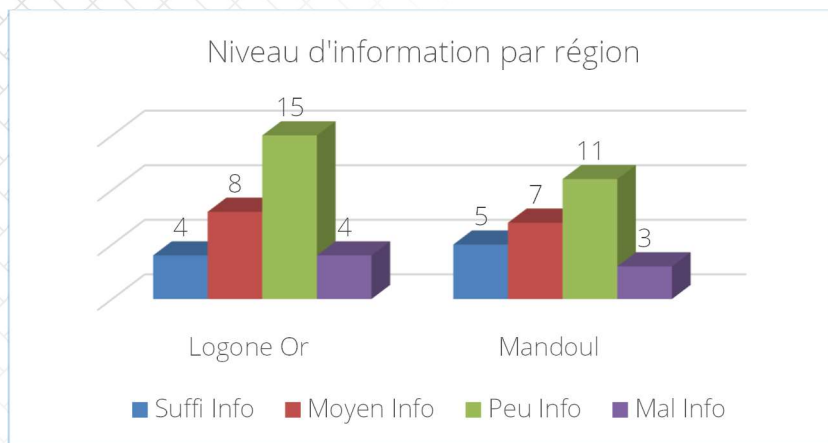


L'étude ne révèle pas d'écart entre la région du Mandoul et celle du Logone-Oriental par rapport au niveau de connaissance des adolescentes, comme le montre le tableau ci-dessous :

³⁶ Les différentes méthodes retenues sont regroupées en deux catégories :

- Les méthodes modernes, comprenant la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, la pilule, le DIU, les injectables, les implants, le préservatif masculin, le préservatif féminin, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), et enfin la pilule du lendemain.
- Les méthodes traditionnelles, incluant la méthode du rythme (continence périodique), le retrait et les autres méthodes traditionnelles.

³⁷ Les réponses ont pu être agrégées dans trois catégories. Cinquante-sept (57) adolescentes ont été interrogées, dont 31 dans le Logone-Oriental et 26 dans le Mandoul : cinq (5) adolescentes dans le cadre des récits de vie ; quatre (4) adolescentes dans le cadre des entretiens semi-directifs ; quarante (40) adolescentes participantes de cinq (5) groupes de discussion.



5.4. NIVEAU D'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES : QUELQUES CHIFFRES

Selon l'EDS-MICS 2019, 96,6 % des adolescentes de 15 à 17 et 94 % des 18-19 ans n'utilisaient pas de méthode de contraception au moment de l'enquête. En outre, la proportion de femmes de 15 à 49 ans qui n'utilisent pas de méthode de contraception est sensiblement la même dans le Logone-Oriental (90,7 %) et dans le Mandoul (91 %).

Il est également intéressant de constater que le niveau de non-utilisation des méthodes contraceptives varie, mais relativement peu, en fonction de l'appartenance confessionnelle des femmes (90,1 % chez les animistes, 91,5 % chez les catholiques, 89 % chez les protestantes, et 92,9 % chez les musulmanes), mais diffère en fonction de l'appartenance ethnique (de 99,5 % chez les Zaghawa à 85,5 % dans le groupe Baguimi/Barma, et 89,4 % chez les Saras, groupes majoritaires dans le Mandoul et le Logone-Oriental). Enfin, le niveau d'instruction semble être le facteur le plus décisif en ce qui concerne l'utilisation de la contraception puisque 74,6 % des femmes ayant atteint le niveau supérieur n'utilisent aucune méthode contre 93,6 % pour celles qui n'ont jamais été scolarisées.

D'autre part, si l'EDS-MICS 2019 n'a pas mesuré les proportions d'utilisatrices selon le type de méthode, il ressort de l'EDS 2014 que 5 % de l'ensemble des femmes utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête : 5 % utilisaient une méthode moderne - essentiellement les injectables (2 %), les implants (0,9 %) et le préservatif masculin (0,7 %), et 0,5 % une méthode traditionnelle, presque exclusivement la méthode du rythme ou continence périodique.

À titre comparatif, la prévalence contraceptive moderne a augmenté ces deux dernières décennies, passant de 1 % en 1996-1997 à 2 % en 2004 ; 5 % en 2014-2015 et 8,55 % en 2019. Toutefois, cette augmentation reste relativement faible et même lorsque nous faisons l'hypothèse d'une plus grande accessibilité des méthodes en milieu urbain qu'en milieu rural, les proportions demeurent insuffisantes avec respectivement 14,7 % et 6,8 % des femmes qui utilisent la contraception (EDS-MICS 2019).

5.5. PERCEPTIONS DES ADOLESCENT·E·S VIS-À-VIS DES RISQUES LIÉS À LA CONTRACEPTION

L'une des orientations méthodologiques de la présente étude était de comprendre les perceptions des adolescents et des adolescentes vis-à-vis des méthodes de contraception. L'approche adoptée était basée sur l'identification des représentations populaires concernant la contraception. La consigne sous-jacente à l'animation des *focus*

groups était de recueillir les « rumeurs villageoises » afin de comprendre comment la décision contraceptive était conditionnée par ces rumeurs³⁸.

« L'intérêt méthodologique de cette approche est double. D'une part, elle permet aux répondants de dépersonnaliser les questions portant sur la sexualité, et donc de répondre de façon indirecte en faisant référence aux pratiques et perceptions « des autres ». D'autre part, elle nous permet de dresser une typologie des stéréotypes communément partagés sur les risques liés à la contraception. Dans le cadre d'une recherche opérationnelle, il semble primordial de comprendre et d'analyser ces rumeurs, puis de les partager avec les équipes du projet. Car c'est bien la connaissance des pratiques et des représentations qui permet d'adapter les activités de communication et de sensibilisation visant le changement de comportement. En d'autres termes, il est nécessaire de connaître les rumeurs pour mieux les combattre »³⁹.

Ce sont chez les adolescents et les adolescentes que nous avons pu recueillir le plus grand nombre de stéréotypes. Puisque la majorité des jeunes de 14 à 19 ans présents lors des *focus groups* semblait avoir une vie sexuelle déjà active, la question de la contraception les concernait directement. Les implants, la pilule et les stérilets (dispositifs intra-utérins) sont les modes de contraception qui véhiculent le plus de préjugés et, pourtant, c'est l'implant qui est la méthode la plus utilisée. Il est d'ailleurs intéressant de constater que ce sont les méthodes contraceptives « féminines », c'est-à-dire celles sur lesquelles les femmes ont le contrôle, qui sont les plus stigmatisées. Le fait qu'elles puissent les utiliser sans l'implication ni l'autorisation de leur conjoint, ce qui les rend plus indépendantes dans la gestion de leur sexualité et de leur fécondité, est en lui-même un vecteur de désapprobation. Et la désapprobation sociale est bien souvent accompagnée de désinformation, laquelle peut être liée à une certaine diabolisation de la pratique contraceptive par les membres les plus conservateurs de la communauté, même si elle trouve également sa source dans la surinterprétation des effets secondaires.

Le concept même d'effets secondaires n'est d'ailleurs pas toujours intégré ou, du moins, ils sont assimilés aux perceptions collectives négatives sur la contraception. L'amalgame entre « rumeurs » sur la contraception et effets secondaires réels est donc extrêmement courant. À titre d'exemple, le retour tardif des menstruations après l'arrêt de la pilule (effet secondaire assez fréquent) « devient » l'infertilité ; le diaphragme intra-utérin - qui s'introduit de fait par voie utérine - « crée » le cancer de l'utérus ; le caractère invisible de l'implant « provoque » sa disparition dans l'organisme, etc. Il s'opère en effet une transformation symbolique des effets secondaires en réelle menace pour la santé des femmes et leur fertilité. Parmi les adolescentes interrogées, la moitié pensait que les méthodes de contraception rendaient stériles.

La contraception est donc chargée de représentations populaires et de stéréotypes en tout genre. Leur prise en compte doit pouvoir permettre aux agents en charge de la sensibilisation de déconstruire les idées reçues et de rassurer les usagères sur les effets secondaires réels des différentes méthodes.

³⁸ Cette approche avait été expérimentée lors du diagnostic initial et avait donné de résultats très intéressants. Il a donc été décidé de répliquer « l'approche par les rumeurs » dans la présente étude.

³⁹ Voir Diagnostic socio-anthropologique, PASFASS 2019.

6. LES PRATIQUES À RISQUES CHEZ LES ADOLESCENT·E·S

Depuis les années 90, on assiste à une utilisation de plus en plus fréquente du concept de conduites ou de comportements à risques (*risk behaviors*) afin de désigner un ensemble important de comportements hétérogènes associés à des conséquences potentiellement dommageables pour l'individu⁴⁰.

Les comportements des adolescents et des adolescentes véhiculent globalement une perception assez peu positive dans l'entendement collectif. Ils seraient à la fois dangereux pour la société et pour eux-mêmes, ce qui contribue à renforcer l'idée selon laquelle l'adolescence serait une période développementale particulièrement difficile et perturbée. Un argument qui peut parfois légitimer indirectement le contrôle social et la stigmatisation dont cette tranche d'âge fait l'objet et qui trouve également écho dans les justifications de certains informateurs concernant le mariage précoce. En d'autres termes, le mariage précoce est parfois perçu comme une pratique de « régulation » des comportements déviants des adolescents, jouant un rôle de protection de la cohésion et de la stabilité familiale.

Le propos ici n'est pas de sous-estimer les multiples risques auxquels sont confrontés les adolescents, mais plutôt de les appréhender comme des causes sociales plus que comme des déterminants touchant à la nature « problématique » de cette tranche d'âge. Les adolescents disposent de la marge de manœuvre que leur autorise la société, et ils développent dans cet espace restreint des mécanismes de contournement, souvent dangereux, qu'il est important d'identifier et de comprendre. Le recours à l'avortement en est un exemple parmi d'autres.

6.1. L'ENTRÉE DANS LA VIE SEXUELLE

Si le risque biologique consécutif aux mariages et aux grossesses précoces est un problème toujours très présent au Tchad, les conséquences sociales et sanitaires de la sexualité prémaritale sont également importantes. En effet, le risque de contamination au VIH, la multiplication des avortements clandestins, l'abandon scolaire consécutif aux grossesses non désirées, les rejets familiaux et la prise en charge des enfants issus de grossesses non désirées sont autant d'enjeux liés à la santé reproductive chez les jeunes⁴¹.

Selon l'EDS-MICS 2014, environ une femme de 15-24 ans sur cinq (22 %) a eu ses premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans alors que chez les hommes de 15-24 ans, cette proportion est nettement plus faible (4 %). Par ailleurs, presque les deux tiers des femmes de 18-24 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans (65 %) alors que chez les hommes de 18-24 ans, cette proportion est de 37 %.

Des générations les plus anciennes aux plus jeunes, on n'observe pas non plus de modifications importantes de l'âge aux premiers rapports sexuels : l'âge médian étant estimé à 16 ans parmi les femmes des générations les plus anciennes (âgées de 45-49 ans à l'enquête) contre 16,5 ans parmi celles âgées de 20-24 ans (EDS-MICS 2014). De même, la comparaison des résultats de l'EDS-MICS 2014-2015 avec ceux des précédentes enquêtes ne fait pas apparaître de modification importante de cet âge : tout au plus, peut-on mentionner que chez les femmes, entre 2004 et 2014-2015, il a légèrement reculé, variant de 15,7 ans à 16,2 ans.

⁴⁰ Zimmermann G., *Conduites à risque à l'adolescence : manifestations typiques de construction de l'identité ?*, Revue Enfance, 2017.

⁴¹ Delaunay V. et Guillaume A., « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne », In : Adjagbo Agnès (dir.), Msellati Philippe (dir.), Vimard Patrice (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements*, LPED, 2007.

Bien sûr, ces chiffres sont à prendre avec quelques réserves puisqu'il s'agit de données déclaratives liées à une pratique extrêmement stigmatisée. Pour autant, il est intéressant de constater que la tendance exprimée par les chiffres prend le contre-pied de celle régulièrement évoquée par les adultes. Ces derniers perçoivent en effet plutôt une augmentation des pratiques sexuelles précoces chez les jeunes et font régulièrement allusion à « la débauche sexuelle » qui touche « la jeunesse d'aujourd'hui ». Mais c'est là peut-être un biais récurrent dans les perceptions intergénérationnelles liées à la sexualité, au Sahel et dans bien d'autres contextes

6.2. MARIAGES ET GROSSESSES PRÉCOCES

Le droit au consentement « libre et complet » à un mariage est reconnu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme - avec la reconnaissance que le consentement ne peut être « libre et complet » lorsque l'une des parties impliquées n'est pas suffisamment mûre pour prendre une décision éclairée sur un partenaire de vie⁴².

L'âge à la première union constitue un indicateur important d'exposition au risque de grossesse précoce. Pourtant, bien que le mariage avant l'âge de 18 ans soit considéré comme une violation des droits humains, il reste une réalité pour de nombreux adolescents et adolescentes. Les femmes mariées avant l'âge de 18 ans ont tendance à avoir plus d'enfants que celles qui se marient plus tard dans la vie et sont moins susceptibles de recevoir des services de santé maternelle⁴³. En outre, on sait que les décès liés à la grossesse sont la principale cause de mortalité chez les filles mariées et non mariées âgées de 15 à 19 ans (EDS-MICS 2019).

Au Tchad, 24,2 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 15 ans⁴⁴. Le phénomène est plus répandu en milieu rural (25 %) qu'en milieu urbain (21 %), et davantage présent dans le Logone-Oriental (28,8 %) que dans le Mandoul (22,2 %). Là aussi, le niveau scolaire représente un critère déterminant puisqu'il concerne 27,4 % des femmes qui n'ont jamais été scolarisées contre 8,5 % des femmes qui ont atteint le niveau supérieur. Les mariages précoces (avant l'âge de 15 ans) sont un peu plus représentés chez les musulmans (26,4 %) que chez les protestants (22,5 %) et les catholiques (20,6 %). Enfin, certains groupes ethniques comme les Arabes (70,1 %), Kanembou/Bornou (74,8 %) et les Peuls (75,4 %) pratiquent davantage les mariages d'enfants.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'âge médian des femmes à la première union n'a pas beaucoup évolué au cours des deux dernières décennies, passant de 15,8 ans en 1996-97 à 15,9 ans en 2004 et 16,1 ans en 2014-2015. Rappelons que l'âge à la première union est pratiquement identique à celui de l'âge aux premiers rapports sexuels (16,2 ans) : une proportion qui remet une fois de plus en cause les accusations des aîné-e-s concernant l'âge prétendument précoce des premières relations sexuelles.

Par ordonnance n° 006/PR/2015 du 14 mars 2015, portant interdiction du mariage d'enfants, le Tchad affirme mettre fin - du moins en théorie - au mariage précoce et précise que « l'âge minimum du mariage est fixé à dix-huit ans révolus » (article 2). Si l'interdiction légale n'est pas toujours accompagnée de faits, il semble pourtant que la pratique soit réprouvée par le plus grand nombre, spécifiquement en ce qui concerne les mariages forcés entre une jeune fille et un homme mûr⁴⁵. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, certains mariages précoces

⁴² EDS-MICS 2019

⁴³ Nour, N. M, *Health Consequences of Child Marriage in Africa*. Emerging Infectious Diseases, 2006.

⁴⁴ L'objectif 5 du développement durable qui est de « Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » se donne pour cible 5.3 « l'élimination de toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage d'enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine » et pour indicateur 5.3.1 « la proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans ».

⁴⁵ Diagnostic socio-anthropologique, PASFASS 2019

peuvent résulter d'une grossesse non désirée, fruit d'une relation sexuelle entre deux adolescents ; d'autres peuvent concerner les filles qui approchent de l'âge de 18 ans et doivent se marier pour entrer dans « la norme ». Dans les autres cas, mariages forcés et mariages précoces sont considérés comme un seul et même phénomène, une seule et même violence, toujours motivé(e) par l'aspect financier de la transaction.

« L'homme te fait boire, il te donne de l'argent, il discute, il est sympathique. Ensuite, il revient et il te demande ta fille, et toi tu ne peux pas refuser ». (Grand-mère, Bedjondo)

« Ce sont les riches bien assis qui pratiquent cela, mais maintenant ils le font dans la clandestinité. Comme on dit qu'on ne peut pas se marier avant 18 ans, ils modifient l'acte de naissance, ça demande de l'argent, mais si le mari est riche, il peut le faire. Si les parents sont pauvres, ils vont accepter, surtout si le mari est vieux, parce que la fille va hériter ». (Focus Group, Doba)

Les conséquences sociales associées aux mariages précoces sont multiples. Elles concernent essentiellement la déscolarisation, l'isolement et le sentiment d'exclusion dans la famille de l'époux (conflit de classe, conflit intergénérationnel, conflit entre co-épouses, etc.), et enfin un accès limité aux opportunités de travail et de formation, ce qui renforce largement le caractère sexospécifique de la pauvreté.

6.3. CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL ET PRATIQUES À RISQUES

« Les filles maintenant boivent plus que les hommes, et manquent de responsabilité nocturne ». (Focus group, adolescent, Bedjondo)

Au cours de l'enquête de terrain, tous les répondants - quels que soient leurs genre, âge et appartenance ethnique - perçoivent une augmentation des abus d'alcool par les jeunes. Ce constat fait également l'unanimité auprès des autorités locales et des agents des services de l'action sociale. Pourtant, selon l'EDS-MICS, la consommation d'alcool chez les femmes diminue des générations anciennes aux plus récentes : en effet, la proportion de femmes qui consomment de l'alcool est de 19 % parmi les femmes âgées de 65 ans et plus, de 14 % parmi celles de 20-24 ans et seulement de 9 % parmi les adolescentes de 15 à 19 ans. Cet écart entre proportion perçue et proportion réelle est intéressant : il peut être lié aux biais de sous-déclaration des jeunes concernant une pratique perçue comme « déviante », mais il peut aussi exprimer cette attitude constante des aîné·e·s à surestimer et amplifier la prévalence des comportements à risques chez les jeunes.

Le Mandoul est la province où la consommation d'alcool est la plus importante du pays avec des taux de prévalence de 39 % chez les femmes (dont 25 % qui boivent tous les jours) et 52 % chez les hommes (dont 40 % qui boivent tous les jours). Dans le Logone-Oriental, les proportions sont également élevées avec 41 % des hommes et 27 % des femmes qui reconnaissent boire de l'alcool. Toutefois, il est important de noter que, chez les hommes, les variations selon l'âge sont assez irrégulières et ne traduisent pas de tendance très nette, sauf pour le groupe d'âge de 15 à 19 ans où la proportion est sensiblement la même que pour les jeunes femmes du même âge (9 %).

Au-delà de ces chiffres et constats, les entretiens révèlent que l'abus d'alcool est systématiquement associé aux violences domestiques et aux comportements sexuels à risques.

6.3.1. ALCOOL ET VIOLENCES DOMESTIQUES

Deux configurations différentes du lien entre VBG et abus d'alcool peuvent être analysées :

- Lorsque la violence s'exerce vis-à-vis des femmes « alcoolisées », elle est souvent envisagée par les hommes et les femmes comme « un mal nécessaire » destiné à « corriger » le comportement jugé déviant

de la femme. Il s'agit alors d'un type de violence socialement justifié. À ce titre, l'EDS-MICS 2019 révèle que 45 % des hommes et 71 % des femmes pensent qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme si elle est alcoolique.

« Les violences, c'est dû le plus souvent à la désobéissance de la femme à l'égard de son mari. Par exemple, le refus de préparer à manger, de céder au lit, ou l'alcoolisme entraînant l'infidélité, le manque de respect envers son mari ou encore la paresse ». (Homme, Bedjondo⁴⁶)

- **En revanche, lorsque les violences physiques sont dues à l'alcoolisme du mari**, elles sont systématiquement rejetées par l'ensemble de la population. C'est ici un point qui mérite toute l'attention des projets qui mettent en œuvre des activités de lutte contre les VBG. Car si la prévalence de l'abus d'alcool est moins élevée chez les jeunes que chez leurs aînés, il va sans dire que ces jeunes deviendront adultes dans quelques années et suivront vraisemblablement la même tendance.

Il n'existe pourtant pas, ou très peu, de projets qui développent des activités spécifiques de sensibilisation à l'abus d'alcool et de prise en charge des alcoolodépendants. C'est même vraisemblablement l'une des plus grandes faiblesses des interventions basées sur les VBG.

« Il y a 90 % des personnes qui boivent ici. Certains peuvent se contrôler, d'autres non. Il faut une activité dans le projet pour lutter contre l'alcoolisme ». (Chef de district)

6.3.1. ALCOOL ET COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUES

Il est depuis longtemps avéré que la consommation abusive d'alcool a un impact direct sur le respect des mesures préventives en matière de sexualité. Les *focus groups* avec les adolescents ont, à maintes reprises, fait ressortir ces risques.

« L'alcool, c'est aussi le problème. Quand ils prennent de l'alcool, ils ne veulent pas mettre le préservatif ». (Adolescente)⁴⁷

Outre le risque d'avoir des relations non protégées, la consommation abusive d'alcool augmente également les risques d'abus sexuels. Il est par ailleurs fréquent que les filles qui boivent de l'alcool soient associées à des filles « aux mœurs légères » et, pour cette raison, soient victimes d'agressions sexuelles. Là encore, il convient de rappeler que la désapprobation collective à l'égard des « buveurs » est bien plus marquée vis-à-vis des femmes que des hommes.

Les discussions de groupes mixtes avec les adolescentes et adolescents ont mis en évidence, par ordre d'ampleur, les pratiques à risques suivantes comme les plus répandues :

- 1) La consommation d'alcool ;
- 2) Les rapports sexuels non protégés ;
- 3) La consommation du tabac, des stupéfiants et autres produits hallucinogènes ;
- 4) Les abus sexuels ;
- 5) Les avortements clandestins.

Il est intéressant de noter que tous ces risques sont en réalité imbriqués et que si la consommation d'alcool est citée en priorité, c'est probablement parce qu'elle est perçue comme la cause initiale dont découlent les autres risques. Selon l'EDS-MICS 2014, la proportion de femmes ayant subi des actes de violence émotionnelle, physique

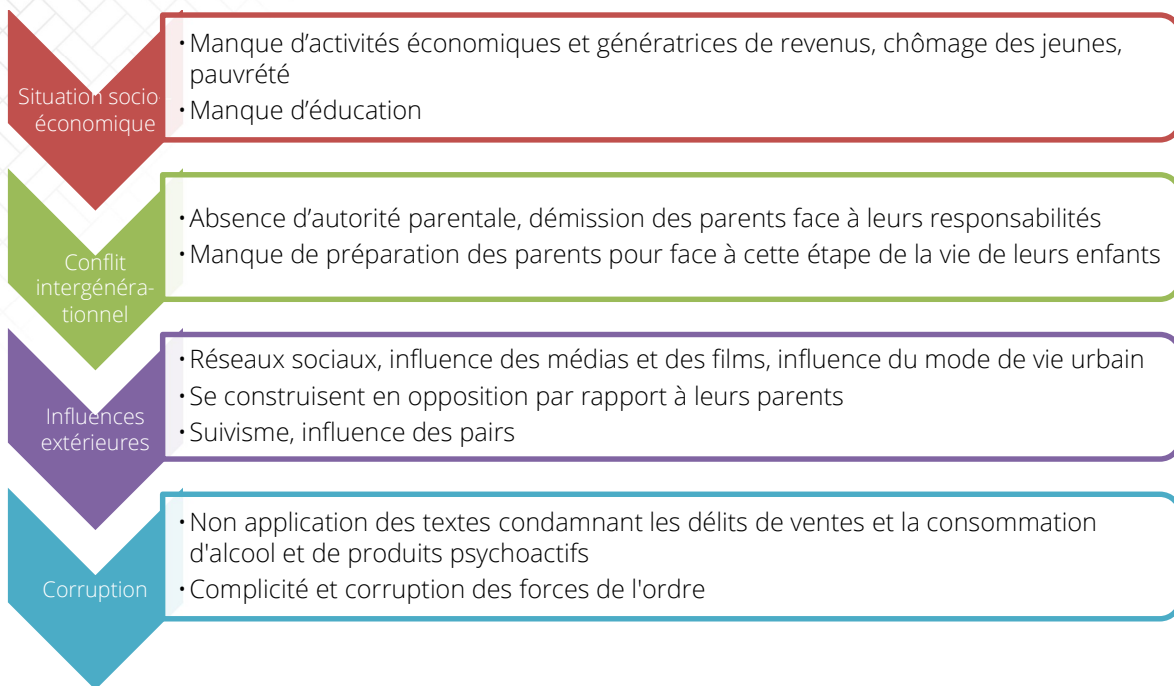
⁴⁶ Issu des entretiens réalisés durant la phase de diagnostic.

⁴⁷ *Ibidem*.

ou sexuelle augmente avec la consommation d'alcool et atteint 64 % des répondantes quand le mari ou le conjoint est « souvent ivre ».

Dans les entretiens avec les adultes, outre l'énumération des cinq cas de pratiques à risques les plus répandues, deux autres comportements ont été cités : les mariages précoces et l'excision. En revanche, s'ils maintiennent la consommation d'alcool comme risque prioritaire, suivie des rapports sexuels non protégés, les mariages précoces viennent en troisième position, et les abus sexuels en quatrième. Viennent ensuite la consommation de stupéfiants, l'excision et les avortements clandestins.

Enfin, ces mêmes entretiens ont fait ressortir une série de facteurs qui déterminent, selon eux, les pratiques à risques chez les adolescentes et adolescents. La synthèse des perceptions collectives des adultes se présente comme suit :



7. VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE (VBG) DANS L'ESPACE DOMESTIQUE, PUBLIC ET COMMUNAUTAIRE



7.1. PRÉVALENCE ET ACCEPTATION SOCIALE DES VBG AU TCHAD

La violence à l'égard des femmes et des filles est l'une des atteintes aux droits de la personne les plus fréquentes dans le monde. Elle entraîne pour celles qui en sont victimes de graves conséquences physiques, économiques et psychologiques, à court et à long terme, entravant leur participation pleine et égalitaire à la vie en société. L'ampleur de son impact, tant sur les survivantes que sur leurs familles et même sur l'ensemble de la société, est incommensurable⁴⁸.

La violence basée sur le genre (VBG), parfois aussi appelée violence sexiste, se réfère à « l'ensemble des actes nuisibles, dirigés contre un individu ou un groupe d'individus en raison de leur identité de genre. Elle prend racine dans l'inégalité entre les sexes, l'abus de pouvoir et certaines normes sociales défavorables »⁴⁹. Nous analyserons dans cette section seulement la violence à l'égard des femmes et des filles.

La violence à l'égard des femmes et des filles se définit comme « tout acte de violence basée sur le genre entraînant, ou pouvant entraîner, des souffrances ou des troubles physiques, sexuels ou mentaux ». Cette définition inclut la menace de tels actes, la coercition ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée. De même, la violence à l'égard des femmes et des filles englobe, sans s'y limiter, la violence physique, sexuelle et psychologique intrafamiliale ou au sein de la communauté en général, et qui est perpétrée ou tolérée par l'État »⁵⁰.

⁴⁸ UNWomen <https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women>

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

De nombreuses études révèlent que les faits de violences interviennent majoritairement dans l'espace familial, et ce tout au long de la vie des femmes. Au Tchad, comme dans d'autres pays du Sahel, l'éducation coercitive reste relativement répandue au sein des ménages. Ainsi, selon l'EDS-MICS 2019, 77,4 % des enfants âgés de 1 à 14 ans ont déjà subi des agressions psychologiques et 76 % des châtiments physiques (dont 30 % des châtiments sévères). Ces proportions sont légèrement plus faibles dans le Logone-Oriental (respectivement 76 %, 75 % et 29 %), mais plus importantes dans le Mandoul (respectivement 85 %, 84 %, 28 %).

L'expérience de la violence débute donc relativement tôt et s'impose d'emblée comme une norme sociale et éducative nécessaire à la stabilité familiale qui, elle, repose sur le respect de la hiérarchie et des aîné·e·s. Nombreux sont les garçons et les filles qui grandissent dans un environnement où la discipline et les comportements punitifs sont courants, ce qui nourrit leur perception de l'autorité et influence parfois, mais pas toujours, la reproduction des mêmes comportements une fois ces enfants devenus adultes.

« On dirait que les violences contre les femmes sont pour les hommes un moyen d'affirmer leur masculinité. La violence est naturelle et même tolérée. Certaines femmes trouvent normal que leurs époux les violentent pour les corriger. La plupart des cas est réglée à l'amiable, ce qui n'envoie pas un signal fort aux auteurs et complices ». (Commandant de brigade, Bodo)

Il est ici important de noter que la justification des violences physiques à l'égard des enfants n'est pas le seul fait des pères de famille. À ce titre, l'EDS 2019 révèle que la proportion des mères et/ou des gardiennes d'enfants âgés de 1 à 14 ans qui croient que des châtiments physiques sont nécessaires pour mettre sur la bonne voie, élever ou éduquer correctement un enfant est de 48,8 % (62 % dans le Mandoul et 55,4 % dans le Logone-Oriental). Dans le même ordre d'idée, 62,6 % des femmes pensent qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme si celle-ci néglige les enfants⁵¹.

Dans les représentations collectives, la violence domestique vis-à-vis des femmes et des enfants (plus souvent qualifiée de réprimande ou de correction) a donc une fonction sociale essentiellement éducative et est perçue comme telle par l'ensemble des membres du ménage. Les entretiens avec les adolescents confirment également ce constat⁵².

« Souvent, la cause des violences conjugales, c'est que certaines femmes ne veulent pas respecter leur mari. La femme et l'homme veulent être le chef ». (Focus group, adolescent, Bedjondo)

« Les hommes font la violence pour marquer leur dignité ». (Focus group, adolescent, Bedjondo)

« La femme doit se donner à son mari quand le mari veut ». (Focus group, adolescent, Bedjondo)

« C'est bon et c'est mauvais de taper sur sa femme. Si elle fait des erreurs, par exemple l'adultère, ou si elle maltraite l'enfant, ou si elle me répond avec un ton désagréable, je suis obligé de la taper. Mais le mauvais côté, c'est quand les hommes sont saouls et que la femme n'a rien fait ». (Adolescent, Bedaya)

Près de trois femmes sur dix (29 %) ont subi, à un moment quelconque, des violences physiques depuis l'âge de 15 ans (EDS-MICS 2014-15). Parmi les femmes non célibataires, c'est le mari/partenaire - qu'il soit actuel (72 %) ou

⁵¹ Près de trois femmes sur quatre (74 %) pensent que pour au moins une des raisons citées (brûler la nourriture, argumenter avec son mari/partenaire, sortir sans avertir le mari/partenaire, négliger les enfants, refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire), il est justifié qu'un homme batte sa femme. Bien qu'élevée dans tous les groupes d'âges, cette opinion semble un peu plus répandue parmi les femmes du groupe d'âge 20-34 ans que chez les autres (76 % contre 69 % à 15-19 ans et 71 % à 45-49 ans - EDS-MICS 2019)

⁵² Entretiens réalisés au cours du diagnostic initial.

précédent (20 %) - qui est cité comme l'auteur principal des actes de violence physique. En outre, 12 % des femmes non célibataires ont cité la mère ou la femme du père et 9 % le frère ou la sœur. Chez les femmes célibataires, plus de deux sur cinq ont cité la mère ou la femme du père (43 %), 17 % le frère ou la sœur et 16 % le père ou le mari de la mère comme étant l'auteur des violences physiques.

Ces chiffres montrent bien que si la violence est majoritairement le fait des maris et/ou des partenaires vis-à-vis de leur(s) femme(s), ils n'en sont pas les seuls auteurs. Certaines femmes, particulièrement celles dont la position hiérarchique au sein de la famille est importante, sont également enclines à exercer cette même violence vis-à-vis de leur belle-fille.

« Nous sommes régulièrement appelés à gérer les cas de violences physiques. Les victimes sont toutes des femmes, mais il arrive que des femmes exercent les mêmes formes de violences à l'égard de leurs progénitures, en majorité des filles sous prétexte d'éducation et quelquefois sur des mineurs garçons. Lorsque ces cas sont portés à notre connaissance, c'est que cela devient chronique. Les causes sont l'alcoolisme, la tradition, la peur, l'absence de dénonciation et de punition ». (Chef de village de Bodo)

7.2. RECOURS ET DÉNONCIATION : LA FAIBLE MARGE DE MANŒUVRE DES ADOLESCENTES VICTIMES DE VBG

Comme nous l'avons vu précédemment, bien que la révision du Code pénal de 2017 criminalise les VBG, les recours à la justice sont rares. Globalement, les mésententes, les conflits et les violences conjugales et intrafamiliales sont considérés comme appartenant à la sphère strictement familiale. Les dénonciations - qu'elles soient le fait de la victime, de ses proches ou du voisinage - ont surtout lieu lorsqu'une atteinte physique est constatée et que celle-ci ne peut être dissimulée.

Le parcours des jeunes femmes victimes de violences qui souhaiteraient porter plainte est semé d'obstacles. Tout d'abord, lorsque les cas de VBG sont portés à la connaissance des familles (ce qui n'est pas fréquent), très peu sont traduits devant les autorités compétentes, car les familles tentent toujours de résoudre le problème à leur niveau, en concertation avec la famille de l'agresseur. De même, lorsque ces cas sont traduits devant les autorités villageoises et coutumières, ces dernières tentent de trouver une conciliation entre les familles. Selon un chef de village, ces tentatives de résolution sont entreprises pour « *sauvegarder l'honneur de la victime et de la famille tout en assurant l'équilibre de la communauté* ».

Outre la compensation financière, il arrive que les mariages forcés résultent des conciliations entre familles. Dans ce cas, il s'agit de mariages arrangés destinés là aussi à sauver l'honneur de la famille de la victime. La victime, elle, n'obtient ni justice ni réparation, et n'a d'autre choix que d'accepter l'union avec son agresseur, ou de s'enfuir.

Face à ces atteintes flagrantes à l'intégrité et aux droits fondamentaux des femmes, certaines personnes brisent le silence et reportent les cas aux autorités ou aux associations. Ces dénonciations peuvent provenir d'un membre de l'une des deux familles qui désapprouve la décision, ou encore d'une tierce personne qui connaît un membre influent ou un(e) activiste des droits humains. Il semble que l'ampleur du problème et le travail des associations des droits des femmes aient pour conséquence l'augmentation des recours en justice et des condamnations. Cependant, même lorsque les cas sont traduits en justice, les tentatives de négociation et de conciliation sont souvent privilégiées par rapport au droit.

Selon certains informateurs, la position sociale de l'auteur des violences détermine la probabilité qu'il a d'être poursuivi. Les forces de sécurité, les commerçants et les fonctionnaires jouissent en particulier d'une certaine impunité et sont rarement inquiétés car ils ont les moyens financiers d'acheter le silence de la victime.

« Les violences sexuelles à l'égard des jeunes filles et même des femmes sont courantes. Elles sont souvent le fait de personnes bien placées avec un certain pouvoir décisionnel ou économique qui échappent en général à toute sanction du fait de leur statut social ». (Chef de village, Bodo)

« Dans la plupart des cas, lorsque nous portons l'affaire devant les autorités compétentes, les auteurs des violences ne sont guère inquiétés quand ils parviennent à donner de l'argent. Seuls ceux qui sont pauvres sont punis, certains vont même en prison ». (Chef coutumier, Bodo)

À ce titre, le sous-préfet de Badaya confirmait sa difficulté à convaincre les parents des victimes de refuser la somme proposée par l'agresseur en dédommagement du sévice subi. Aussi, chaque étape de la trajectoire de plainte des jeunes femmes victimes de violence comporte de nombreuses contraintes qui sont si lourdes de conséquences qu'elles découragent la très grande majorité des jeunes femmes à signaler l'acte et à dénoncer son auteur. Les différentes étapes de cette trajectoire et leurs contraintes peuvent être synthétisées dans le tableau suivant :

Étapes de la trajectoire	Contraintes
1. Épisode de violence	
2. Signalement à un ou des proches	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Peur de jeter le déshonneur sur le ménage (d'autant plus si l'auteur est un membre de la famille) ⇒ Risque que l'auteur se retourne contre sa victime en cas de dénonciation ⇒ Honte d'avouer une agression sexuelle ⇒ Absence d'écoute ou de personnes de confiance au sein du ménage
3. Signalement aux responsables religieux	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Peur du jugement des responsables religieux ⇒ Honte d'avouer une agression sexuelle ⇒ Crainte de la sanction religieuse en cas de viol et/ou de grossesse survenue à la suite d'un viol
4. Visite au centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Crainte que les agents de santé ne respectent pas le secret médical ⇒ Crainte que les agents de santé sermonnent les victimes et questionnent leur responsabilité dans l'agression ⇒ Peur de « visibiliser » l'épisode au sein de la communauté
5. Règlement entre les familles	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Crainte que le règlement soit défavorable pour la victime ⇒ Peur d'avoir à épouser son agresseur en cas de viol ⇒ Crainte de ne pas trouver de résolution à l'amiable et que l'agression soit rendue « publique »
6. Signalement aux autorités coutumières (chefs de quartier, chefs)	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Risque que l'un des chefs soit lié de près ou de loin à l'agresseur et que le règlement soit défavorable à la victime ⇒ Risque de corruption : paiement compensatoire aux autorités avec la libération de l'agresseur pour conséquence ⇒ Crainte de représailles de la part de l'auteur et/ou de sa famille

de village, chefs de canton)	⇒ En cas d'agression sexuelle, crainte des fausses rumeurs concernant l'aspect consenti de l'agression
7. Signalement aux autorités judiciaires (sous-préfet, préfet, juge, procureur)	⇒ Risque que le sous-préfet ou le préfet soit lié de près ou de loin à l'agresseur et que le règlement soit défavorable ⇒ Risque de corruption : paiement compensatoire aux autorités ⇒ Insuffisance de ressources nécessaires pour payer les autorités judiciaires ⇒ Risque de représailles

« Ici au village, il y a plusieurs formes de violences. Les hommes qui battent leurs épouses et leurs enfants, les garçons. Les mères qui battent leurs filles. Les parents qui battent les enfants sous leur garde, tous sexes confondus. Les enseignants qui battent les élèves. L'alcool joue un grand rôle dans toutes ces formes de violence, surtout chez les hommes, même si les femmes en consomment aussi. Les pratiques qui font croire que les châtiments corporels sont une forme d'éducation y concourent également. Enfin, la méconnaissance des lois ou l'impunité augmentent les violences. Il y a aussi le cas où les filles sont données en mariage sans leur consentement ou celui où les hommes épousent les femmes de leurs frères décédés. On observe aussi beaucoup des cas de viols que de nombreuses victimes n'osent pas déclarer mais lorsque cela parvient jusqu'à nous, d'une manière ou d'une autre, nous convoquons les auteurs, nous les mettons en garde, nous les amendons et quand cela ne change pas, alors nous portons l'affaire devant les autorités compétentes. » (Chef coutumier, Bodo)

D'après les discussions avec les adolescents et adolescentes, les formes de violence les plus répandues à l'égard des jeunes filles sont par ordre d'importance : le bafouement du droit à l'éducation, les violences physiques, les dénis de ressources et les violences psychologiques. Les adolescentes et adolescents sont unanimes pour affirmer que ces pratiques sont quotidiennes. Les jeunes filles en parlent très peu, préférant garder le silence de peur d'être à nouveau victimes de violence si les auteurs l'apprennent.

Certaines femmes particulièrement engagées dans la lutte contre les VBG ne perçoivent pas l'intérêt de distinguer les violences physiques des violences psychologiques et expliquent que cette « classification » n'a que peu de pertinence dans la réalité. Selon elles, toutes les violences physiques sont systématiquement accompagnées de violences psychologiques, et toute violence psychologique comporte le risque de se transformer, un jour ou l'autre, en agression physique. De même, un tel classement peut donner l'impression que les violences psychologiques sont globalement moins graves que les violences physiques, ce qui n'est pas toujours le cas dans la réalité. Selon ces femmes, les VBG existent à tous les niveaux de la société et dans tous les secteurs. Elles résument ainsi leur point de vue de la manière suivante :

- Milieu familial : on inculque à la jeune fille et au jeune garçon les rapports inégaux entre les sexes, les tâches dévolues à chacun et leur périmètre de décision ;
- Milieu communautaire : les normes sociales communautaires « réelles » vont souvent à l'encontre des normes officielles qui, elles, mettent en avant l'égalité des genres, des droits et des responsabilités ;
- Milieu scolaire : l'école ne fait pas assez pour corriger les préjugés sexistes de la société et reproduit parfois le modèle de domination masculine et les VBG ;
- Milieu médical : les CS excluent les adolescentes des services de planification familiale et rejettent souvent la sexualité prémaritale.

7.3. LES CENTRES DE SANTÉ : UN RECOURS « PAR DÉFAUT » EN CAS DE VIOLENCES PHYSIQUES

Selon l'EDS-MICS 2014-2015, près de la moitié des femmes (49 %) ont déclaré avoir été blessées au cours des 12 derniers mois à la suite d'actes de violences conjugales, physique ou sexuelle. Pour autant, le recours aux centres

de santé en cas de violence n'est pas systématique et s'opère par défaut, si les blessures sont trop importantes pour être soignées à la maison. Selon les agents de santé rencontrés durant l'étude, rares sont les femmes et les filles qui viennent se confier dans l'objectif d'être soutenue psychologiquement. De plus, la très grande majorité des prestataires ne sont pas formés au *counseling* et ne savent donc pas comment venir en aide aux victimes. De fait, les actes de violence ne sont connus des agents de santé que lorsqu'ils ont donné lieu à des blessures physiques pour lesquelles un recours médical s'est avéré nécessaire.

« S'il y a une complication et que l'agent de santé le voit, il doit le reporter aux autorités, mais il ne le fait pas. Ces histoires, ça ne concerne pas les centres de santé ». (Focus group de femmes, Doba)

« S'il y a un problème grave, les gens vont à l'hôpital. Ici, au centre de santé, on n'en voit pas trop. Ce sont des bagarres seulement, s'il y a une faute que le mari veut corriger. Des fois, ça peut être violent, par exemple des points de suture causés par des coups de bâton, mais ce n'est pas trop fréquent. En fait, si elles ne viennent pas, c'est qu'elles ne veulent pas trahir leur mari ». (Responsable d'un CS)

Cette situation s'explique par le fait que, dans l'entendement populaire, les violences conjugales sont des problèmes « de couple », voire « de famille », qui ne doivent pas être exposés de façon publique car la réputation de la famille et du mari en dépend. Ainsi, parmi les femmes ayant subi des actes de violence, quelle qu'en soit la forme, 44 % n'ont pas recherché d'aide et n'ont parlé à personne des violences dont elles avaient été victimes (EDS-MICS 2014-2015). Dans le cas des violences sexuelles, seulement 6 % des répondantes ont cherché de l'aide.

Ces chiffres de l'EDS confirment les tendances observées durant les entretiens puisque pour 83 % des répondantes, c'est au sein de leur propre famille que l'aide a été recherchée, et pour 14 % d'entre elles c'est auprès de leur voisinage. Les structures institutionnelles (centre de santé, police) sont consultées dans une très faible proportion (respectivement 2,4 % et 1,5 %). En effet, l'anonymat est un principe relativement peu appliqué au sein des services de l'État présents dans l'espace villageois : d'une part, car les agents qui y travaillent font partie intégrante de la vie sociale ; d'autre part, car le simple fait de se rendre à la sous-préfecture ou au centre de santé est soumis, de façon visible, au jugement collectif. De ce fait, au nom de l'honneur ou de la dignité familiale, de nombreuses victimes vivent au quotidien aux côtés de leur(s) agresseur(s) sans que ce(s) dernier(s) ne soi(en)t jamais inquiété(s).

7.4. VIOLENCES ET EXODES RURALES CHEZ LES ADOLESCENTES

Un autre phénomène qui semble en progression depuis plusieurs années est celui de l'exode des jeunes ruraux en quête d'opportunités économiques à N'Djamena. Les jeunes femmes et les jeunes hommes résidant dans les provinces du sud du pays sont concernés, principalement ceux en provenance du Mandoul. En ville, les filles et les adolescentes employées à des travaux domestiques sont souvent victimes d'exploitation, laquelle revêt des formes si diverses qu'il est impossible de contrôler leurs conditions d'emploi en raison de la « clandestinité » du travail exercé⁵³.

À N'Djamena, l'emploi abusif des enfants et des adolescent·e·s dans les travaux domestiques, tout comme les cas de violences sexuelles sur des jeunes domestiques, sont fréquents, et les agresseurs rarement interpellés. La honte, l'isolement, le manque de liens sociaux et l'ignorance de leurs droits, sont autant de facteurs limitant la capacité des jeunes femmes, et des jeunes hommes, à porter plainte⁵⁴. Ainsi, certains « travailleurs de la rue 40 » (quartier riche de la ville) vivent dans des situations de semi-servitude et les cas de jeunes domestiques congédiées suite à

⁵³ ILO, 2013.

⁵⁴ Une association de défense des droits des femmes, Diaspora Initiative Sociale pour le Tchad, a réalisé en 2021 un film documentaire sur le travail domestique à N'Djamena intitulé *Mirage citadin* qui alerte sur le trafic des enfants et des jeunes qui arrivent à N'Djamena.

une grossesse sont, de fait, assez rependus. Là aussi, les jeunes femmes disposent d'une marge de manœuvre extrêmement réduite pour faire valoir leurs droits car la paternité n'est jamais déclarée et les « patrons » disposent d'un capital économique et social qui les met à l'abri de possibles poursuites. Les conséquences sur la vie reproductive des jeunes femmes sont nombreuses : avortements clandestins, précarisation urbaine, perte de liens avec la famille qui rejette l'enfant illégitime, etc.

7.5. VIOLENCE EN MILIEU SCOLAIRE

Si les VBG s'exercent principalement dans l'espace domestique, de nombreux entretiens auprès des adolescents et adolescentes attestent de leur existence en milieu scolaire. Les principaux éléments ressortis de l'enquête initiale concernent les sollicitations sexuelles des professeurs. En effet, les adolescentes sont parfois victimes de chantage sexuel de la part de leur professeur : des faveurs sexuelles peuvent être échangées contre de bonnes appréciations et des bonnes notes.

« Certains professeurs abusent des élèves, et ils changent les notes avec le sexe. Ce sont des choses inévitables dans notre société ». (Focus group, adolescentes, Bedjondo)

« Si un enseignant veut une fille et que la fille ne veut pas, l'enseignant va lui donner de mauvaises notes. Mais ça ne se dit pas, on ne peut pas aller se plaindre, il faudrait aller voir le chef d'établissement, et après l'enseignant le saura ». (Focus group, adolescentes, Bedjondo)

La position hiérarchique et l'autorité des enseignants au sein de l'école leur permettent en effet de bénéficier d'une certaine immunité. Là aussi, les recours des élèves sont très limités puisqu'en cas de plainte, celles-ci s'exposent à une possible exclusion de l'école et au risque réputationnel. Par ailleurs, certains jeunes hommes rencontrés au cours de l'étude mettaient directement en cause les filles victimes en affirmant que, selon eux, la majorité des relations sexuelles entre un enseignant et une élève étaient provoquées par l'élève elle-même afin de s'assurer les faveurs de l'enseignant et de bénéficier de bonnes notes. L'argument de la « provocation féminine » n'est pas nouveau et bien qu'il soit permis de douter de sa pertinence, il montre que les filles disposent d'un espace extrêmement réduit pour dénoncer les violences.

Pour autant, si l'école - au même titre que les autres espaces publics - est concernée par les violences à l'égard des filles, elle représente aussi un lieu où elles peuvent trouver du réconfort et une écoute de la part de leurs pair(e)s et, souvent également, des professeurs. Selon le chef du canton de Bedaya, il arrive que les professeurs qui constatent des marques physiques de violence sur leurs élèves en réfèrent aux autorités coutumières afin que celles-ci interviennent.

La difficulté pour les adolescentes de témoigner des violences subies, quel que soit l'espace social dans lequel elles se produisent (école, foyer, communauté), est un aspect qui n'est pas réellement pris en compte dans les politiques de santé car celles-ci ont tendance à considérer les adolescents comme une classe d'âge plutôt qu'un groupe vulnérable à part entière. Que le problème concerne la sexualité, l'accès à la contraception, les mariages précoces et forcés ou les violences, l'espace villageois ne dispose pas de structures destinées à accueillir, informer et accompagner les adolescents et les adolescentes.

8. LES AVORTEMENTS ILLÉGAUX : UNE PRATIQUE LOURDE DE CONSÉQUENCES

8.1. PRÉVALENCE ET RISQUES ASSOCIÉS AUX AVORTEMENTS ILLÉGAUX

Dans le monde, chaque année, 8.5 millions de femmes nécessitent une prise en charge pour des complications dues à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions. 3 millions d'entre elles ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin⁵⁵. L'OMS estime que 45 % de l'ensemble des interruptions volontaires de grossesse sont non sécurisées. Un tiers de tous les avortements non sécurisés sont pratiqués dans les conditions les plus dangereuses, c'est-à-dire par des personnes ne disposant pas de la formation adéquate dans ce domaine et ayant recours à des méthodes dangereuses et invasives.

En Afrique, selon l'OMS, la majorité des avortements (approximativement 3 sur 4) ne sont pas sécurisés et près de la moitié des avortements ont lieu dans les conditions les plus dangereuses (OMS 2021). Chaque année, 4,7 % à 13,2 % des décès maternels peuvent ainsi être attribués à un avortement non sécurisé.

En Afrique de l'Ouest, le taux d'avortement est de 28 avortements pour 1,000 femmes, mais presque tous sont à risque (UNFPA 2013).

Enfin, selon une étude du Guttmacher Institute, l'Afrique subsaharienne a le taux le plus élevé de décès liés à l'avortement au monde, avec 185 décès maternels pour 100 000 avortements. Néanmoins, cela représente une baisse des deux cinquièmes depuis 2000, qui s'est produite en partie en raison des améliorations de la sécurité de l'avortement et des soins après avortement⁵⁶.

Depuis décembre 2021, l'avortement au Bénin est légal jusqu'à douze semaines de grossesse. Il vient allonger la liste très restreinte des 10 pays africains à avoir dépénaliser la pratique. À commencer par la Tunisie très en avance, puisque le droit à l'IVG a été inscrit dans la loi dès 1973 (deux ans avant la France), de l'Afrique du Sud, de l'Angola, du Cap-Vert, de la Guinée-Bissau, du Botswana, du Liberia, du Mozambique et de la Zambie.

Au Tchad, malgré sa révision, le Code pénal conditionne l'accès à l'avortement médicalisé à l'obtention d'une autorisation délivrée par le ministère public (art. 358.3) et punit d'une peine d'emprisonnement et d'une amende une femme qui se fait avorter et ceux qui contribuent directement ou indirectement à l'acte (art. 356).

Les avortements clandestins interviennent essentiellement dans le cadre de relations sexuelles non-consenties et de relations sexuelles survenues avant le mariage ou hors mariage. Les adolescentes sont particulièrement concernées par ce phénomène puisque l'utilisation de la contraception est socialement réprouvée à leur égard, ce qui montre bien que le recours à l'avortement ne « se résume pas à un problème de planification familiale, mais

⁵⁵ Nuriye Ortayli, *Soins Après Avortement dans les pays d'Afrique de l'Ouest, Une revue basée sur les enquêtes des besoins en Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)*, Sexual & Reproductive Health Branch Technical Division, UNFPA 2013

⁵⁶ Akinrinola Bankole, Lisa Remez, Onikepe Owolabi, Jesse Philbin, Patrice Williams, « De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne: des progrès lents mais constants », Guttmacher Institute, décembre 2020.

pose plus largement la question de la reconnaissance de la sexualité des adolescentes » (Guillaume 2004)⁵⁷. Du fait de la stigmatisation et de l'exclusion sociale dont font l'objet les femmes et les jeunes femmes qui ont avorté, les recours aux CS pour des soins post-avortement ne se font qu'en cas de complication, lorsque la vie des usagères est en danger.

Rappelons que les CS ne correspondent pas toujours à l'image de lieux d'écoute et de soutien qu'on leur attribue parfois. Certains agents de santé véhiculent les mêmes stéréotypes et la même désinformation que les acteurs les plus conservateurs de l'espace villageois. Les matrones, par exemple, disposent des compétences de base pour pratiquer des CPN ou des accouchements non-pathologiques, mais ne sont pas toujours de bonnes conseillères en santé reproductive, particulièrement lorsque les besoins exprimés entrent en conflit avec les normes sociales et les valeurs qu'elles défendent. L'appréhension du jugement des prestataires vis-à-vis des jeunes femmes en demande de SAA limite donc largement leur prise en charge alors que les conséquences des recours tardifs aux SAA sont considérables.

Parmi les risques pour la santé physique associés à l'avortement non sécurisé figurent notamment :

- Une évacuation incomplète (les tissus et produits de la grossesse n'ont pas été complètement retirés ou expulsés de l'utérus) ;
- Les hémorragies (saignements abondants) ;
- Les infections ;
- Les perforations de l'utérus (lorsque l'utérus a été perforé par un objet pointu ou tranchant) ; et
- Les lésions de l'appareil génital et des organes internes par insertion d'objets dangereux dans le vagin (OMS 2021).

8.2. LE SECTEUR MÉDICAL INFORMEL

Le Tchad est caractérisé par une pluralité d'offres de soins qui se situent dans le secteur formel et informel. Dans le secteur informel, cette pluralité de l'offre comprend les soins domestiques, les soins fournis dans un cadre non médicalisé par du personnel soignant (service privé fournit à domicile par des agents publics), et les soins prodigués par les « docteurs choukou ». Certains choukous sont de simples revendeurs de médicaments, d'autres sont des infirmiers diplômés qui ne sont pas en poste. Ils tirent leurs ressources de la revente de médicaments sur les marchés et des « consultations » à domicile. Les médicaments sont, pour la plupart, des produits de contrefaçon et de contrebande, et leurs effets thérapeutiques peuvent être, au mieux insignifiants, au pire réellement nocifs. Dans tous les cas, les médicaments sont pris hors du cadre médical formel.

Le marché informel de médicaments est extrêmement présent au Tchad, et accessible dans tous les villages. Pour certains informateurs, les choukous comblent le déficit structurel de médicaments en fournissant à moindre coût des traitements essentiels comme les antibiotiques, les antipaludéens etc. Il semblerait que le Misoprostol⁵⁸ soit accessible chez les Dr. Choukous, nous y reviendrons.

« Il y a certains Choukous qui sont diplômés mais qui ne sont pas encore intégrés, qui font quand même du bon travail et qui soignent moins cher, car l'hôpital c'est très cher. Mais il y en a qui donnent des médicaments sans expliquer les contre-indications, et là c'est dangereux » (Sage-femme, Mandoul).

Selon les dires de nombreuses personnes, certains CS se fournissent également chez les Dr Choukous lorsque les médicaments sont en rupture. La revente aux patientes s'opère au sein du CS, et les surfacturations sont

⁵⁷ Voir Agnès Guillaume, « L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences », 2005.

⁵⁸ Utilisé comme médicament notamment en cas de fausses couches, IVG, ou pour déclencher le travail lors de l'accouchement.

relativement fréquentes. Il s'agit là d'une stratégie relativement rependue de détournement des protocoles en place au profit des intérêts financiers personnels des prestataires.

« Tu as aussi certains produits qui ne sont pas bien. Les sage-femmes et les infirmières amènent les produits du marché dans leur poche ou dans leur sac. Et quand on te prescrit une ordonnance, elle te le donne et tu payes directement à elles » (Femme, Koumra)

Outre les risques que cela représente pour la santé des patientes, ce type de pratique tend à exacerber les inégalités sociales qui caractérisent l'accès aux soins, car elles jouent également sur la vulnérabilité des femmes et leur ignorance des normes médicales.

8.3. MÉDECINE TRADITIONNELLE ET USAGE DÉTOURNÉS DE MÉDICAMENTS

Dans la pharmacopée traditionnelle, certaines plantes sont connues pour leurs vertus abortives. C'est le cas notamment des feuilles de savonnières et de certains fruits très amers qui poussent sur des arbres appelés *séko*.

Achetées sur les marchés ou prescrites par des tradipraticiens, ces plantes sont, la plupart du temps, bouillies ou séchées et réduites en poudre, puis ingérées. Une autre pratique consiste à mélanger un fruit amer avec d'autres médicaments, comme la chloroquine par exemple, et à introduire ce mélange au niveau du col de l'utérus afin de dilater celui-ci.

Au-delà des méthodes traditionnelles, des produits de consommation courante et des médicaments sont également utilisés de façon détournée et en surdosage pour leur pouvoir abortif. C'est le cas de certaines boissons alcoolisées (vin, bière), sucrées et chaudes ingérées à haute dose. À ce titre, la consommation abusive de bière Guinness préalablement chauffée nous a été rapportée, de même qu'une pratique qui consiste à faire fondre le soufre dans un verre d'eau et à ingérer le contenu du verre.

Certains produits pharmaceutiques, comme les antipaludéens (nivaquine, quinine), les antibiotiques, l'ibuprofène ou le paracétamol sont également utilisés en surdosage, de même que l'ocytocine⁵⁹ ou le diazépam (valium)⁶⁰.

D'autres pratiques, plus risquées, consistent à introduire des objets solides et coupants dans l'utérus afin de provoquer la rupture de la membrane entourant l'embryon (tiges ou racines de plantes, objets métalliques ou en plastique).

Selon Agnès Guillaume, « Ces méthodes traditionnelles présentent souvent des risques pour la santé des femmes. Leur usage se solde le plus souvent par un échec de l'avortement ou un avortement incomplet et des complications qui affectent davantage les femmes de milieu socioéconomique défavorisé, premières utilisatrices de ces méthodes dans les pays où l'avortement est illégal, du fait de leur faible coût » (Guillaume A, 2018).

8.4. LES MÉTHODES MÉDICALISÉES

Les méthodes médicalisées d'avortement sont chirurgicales (dilatation, curetage) ou médicamenteuses.

Les méthodes chirurgicales consistent en une dilatation du col de l'utérus et l'évacuation de la cavité utérine soit par curetage, soit par aspiration. La technique choisie est liée à la durée de la grossesse, mais aussi aux capacités techniques et professionnelles des structures sanitaires. La procédure de dilatation et de curetage se fait à l'aide d'instruments mécaniques, elle nécessite un plateau technique et des compétences adéquates (Guillaume, 2018).

⁵⁹ Hormone hypophysaire qui provoque les contractions de l'utérus lors de l'accouchement

⁶⁰ Le diazépam est un médicament de la famille des benzodiazépines. Il possède des propriétés anxiolytiques et sédatives

Au cours de l'étude, plusieurs femmes ont reconnu que des avortements illégaux étaient pratiqués par le personnel soignant des hôpitaux de district. Les curetages sont réalisés par des professionnels spécialisés, comme les assistant-e-s chirurgiens par exemple. Le paiement peut s'élever à 400 000 CFA, soit plus de 600 €.

Cette méthode présente des risques importants de complications notamment des risques d'infections, d'hémorragies, voire de stérilité secondaire. Bien entendu, toutes ces informations ont été obtenues de façon confidentielle au cours d'entretiens qualitatifs prolongés. Les discours « publics » ou « institutionnels » sont très différents mais, tout comme les protocoles sur lesquels ils s'appuient, correspondent assez peu aux pratiques informelles réelles en matière d'avortement.

8.5. LES MÉTHODES MÉDICAMENTEUSES

Les méthodes médicamenteuses sont utilisées pour les avortements et pour les soins après-avortement. Le type de médicament généralement employé est le Misoprostol. Selon Agnès Guillaume, le recours à l'avortement médicamenteux s'est largement développé depuis la fin des années 1980, aussi bien dans les pays ayant légalisé l'avortement que les autres. Les conditions d'approvisionnement et d'utilisation des médicaments varient, ce qui a des conséquences sur l'efficacité de la méthode et ses effets (Fernandez et al., 2009⁶¹). Dans les pays où l'accès à l'avortement est restreint, son usage s'est diffusé depuis une trentaine d'années. En particulier, le Misoprostol a acquis une certaine « notoriété » pour ses propriétés abortives (Guillaume 2018).

Même lorsqu'il n'est pas disponible dans les services de santé, il semble que les femmes puissent l'obtenir à travers des réseaux informels (via les Dr Choukous par exemple). Dans les provinces du Mandoul et du Logone Oriental, le Misoprostol est disponible dans les pharmacies privées. En revanche, il ne fait pas partie de la liste nationale des médicaments essentiels génériques et n'est pas non plus inclus dans le mécanisme du fond d'achat de soins stratégiques (FASS) mis en place par le projet PASFASS.

8.6. PRATIQUES ET PERCEPTIONS AUTOUR DE L'AVORTEMENT

Au cours des discussions avec les adolescent-e-s, ceux-ci reconnaissent que des cas d'avortements clandestins intervenaient dans leur entourage chaque année. En 2021, deux cas de décès survenus à la suite d'avortements clandestins ont été portés à leur connaissance. Tous les cas qu'ils citaient concernaient des interruptions de grossesses non-désirées et hors mariage touchant des jeunes femmes.

À ce titre, si la grande majorité des femmes qui ont recours aux avortements illégaux sont des adolescentes non-mariées, certaines interlocutrices attestent de la pratique parmi les femmes mariées (pour espacer les naissances) ou encore en cas de grossesse survenue en situation d'adultère. Rappelons que l'accès à la contraception pour les femmes mariées se heurte également à de nombreux obstacles, dont celui qui conditionne l'utilisation des méthodes à l'accord du mari. Comme nous l'avons vu précédemment, même s'il ne s'agit plus d'une condition légale, certains prestataires continuent d'exiger la présence du mari pour la délivrance de contraceptifs.

L'acte de recourir à un avortement clandestin peut provenir de l'auteur de la grossesse, de la famille de la jeune fille ou de la jeune fille elle-même. La décision est toujours influencée par la crainte d'être humiliée, exclue (de la famille ou du groupe confessionnel) ou déscolarisée, mais souvent également lorsque l'auteur de la grossesse refuse de reconnaître la paternité.

Là encore, l'opinion familiale joue donc un rôle central dans le recours à l'avortement. Par exemple, si les deux familles ne trouvent pas d'accord, le jeune homme peut être contraint par ses parents à réfuter sa paternité et à

⁶¹ Guillaume A, Rossier C., *L'avortement dans le monde, état des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*. Populations 2018

prétexter l'existence de partenaires sexuels multiples, qui l'empêche de reconnaître l'enfant comme le sien. L'argument est aussi dégradant qu'injuste pour la jeune femme, mais rares sont les hommes (et les femmes) qui le remettraient en question.

« Des fois les parents de la fille peuvent porter plainte, mais si les beaux-parents refusent de prendre la fille et l'enfant avec eux, ils vont forcer le garçon à nier. Et après quelquefois le petit est le portrait craché du père, mais il n'y a rien à faire » (femme, Doba)

Le recours à l'avortement peut donc être décidé pour éviter ce type de situation. Ce sont principalement les femmes de l'entourage de la jeune fille qui l'aide dans cette entreprise : les tantes, les cousines, les grand-mères, les mères et les amies.

Pour les autorités religieuses, toutes confessions confondues, l'avortement est considéré comme une violation des préceptes religieux et une négation du droit à la vie humaine. Selon l'un de nos informateurs, dans la religion chrétienne, lorsqu'une femme est accusée d'avoir eu recours à l'avortement (en dehors des raisons fixées par la loi), elle est excommuniée jusqu'à ce que « la situation se régularise » par le paiement de la dote ou le mariage par exemple. La période de repentance et de réparation à l'issue de laquelle elles peuvent être « réhabilitée » par l'église peut durer de nombreuses années.

Elles sont considérées comme des analphabètes, des prostituées, des criminelles. Il y en a qui sont rejetées par les membres de leur famille. Elles sont excommuniées de l'église. Ce sont des pratiques contraires à nos coutumes (Focus group, Bedaya)

Pour les autorités locales et coutumières, ainsi que les représentants de la loi et de l'ordre que nous avons rencontrés, il s'agit également d'actes reprehensibles qui justifient que des poursuites judiciaires soient engagées. Dans le Mandoul et le Logone Oriental, il semble que des poursuites et des incarcérations aient déjà eu lieu, mais nous ne disposons pas d'informations précises à leurs sujets.

Enfin, de l'avis de tous, ce phénomène est en expansion par rapport à la génération précédente.

8.7. LES SOINS APRÈS-AVORTEMENT (SAA)

Il est peu probable que la législation tchadienne évolue dans le sens d'une plus grande permissivité. Comme c'est le cas dans le cadre du projet PASFASS, la stratégie visant à réduire les conséquences néfastes des avortements est d'étendre la prise en charge des soins après-avortement (SAA). Les SAA sont l'une des fonctions des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et représente un point d'entrée pour la planification familiale. Quel que soit le statut légal de l'avortement, c'est un droit pour les femmes d'avoir accès à ce service (UNFPA 2013). En 2020, Des documents de référence en soins après avortement ont été adoptés par les autorités sanitaires du Tchad. Ils visent à encadrer les SAA, à former le personnel soignant et à systématiser l'accès à la contraception pour les femmes ayant bénéficié de SAA.

L'évaluation des FOSA réalisée dans le cadre du projet PASFASS en 2019 incluait le niveau de disponibilité des Services Après Avortement (SAA) dans les structures sanitaires ciblées par le projet. Elle s'appuyait sur les éléments suivants : disponibilité de AMIU (Aspiration Manuelle Intra-utérine), Traitement médical (Misoprostol) ; Dilatation-Curetage ; Planification Familiale après les SAA. Parmi ces traceurs, aucune FOSA ne disposait en 2019 simultanément de tous les éléments traceurs pour offrir des services SAA adéquats. Deux FOSA (soit 4 %) disposaient d'un kit AMIU, mais aucune ne disposait de misoprostol⁶² y compris les hôpitaux de district.

⁶² Utilisé comme médicament notamment en cas de fausses couches, IVG, ou pour déclencher le travail lors de l'accouchement

Si le projet a permis de combler ces manques en incluant les SAA dans les structures sanitaires ciblées (mise à part pour le Misoprostol), il est probable que les FOSA ne privilégient plus ce type de services une fois le projet terminé et sans autre système de financement de santé. Il serait intéressant de savoir si le système de Fond Basé sur les Résultats (FBR) mis en œuvre par la Banque Mondiale à partir de septembre 2022 prévoit les SSA dans le paquet complet de santé reproductive destiné aux femmes et aux adolescentes.

En conclusion, comme tous les comportements à risques pénalisés par la loi (MGF, usage de drogue, prostitution etc.), l'avortement illégal est une pratique « invisible » - mais connue de tous - qui tout en faisant l'objet de représentations collectives extrêmement négatives, constitue l'ultime possibilité d'échapper à l'opprobre et à l'exclusion sociale pour les jeunes filles qui ont contracté une grossesse non-désirée. Celles-ci s'engagent donc, avec le soutien (ou sous la pression) de leur mère ou d'autres membres féminins de la famille dans des pratiques d'avortement lourdes de conséquences.

La question des avortements illégaux au Tchad est complexe, ses déterminants sociaux sont multiples et imbriqués, et le contexte socio-politique et religieux dans lequel elle s'inscrit est également très changeant. La société tchadienne se transforme peu à peu. Les adolescents et les adolescentes ne se construisent pas de façon linéaire, ils « naviguent » entre le désir d'autonomisation et la nécessité de se conformer aux normes sociales établies.

À ce titre, les prétentions individualistes des jeunes sont globalement considérées comme « risquées », alors que faire partir d'un tout est sécurisant. Beaucoup d'adolescents et d'adolescentes défendent les normes en vigueur justement car elles garantissent cette sécurité. Une analyse qui ne s'en tiendrait qu'à décrire l'image d'une « jeunesse rêvant de liberté, mais enfermée dans le carcan de la tradition » serait probablement réductrice (et un peu « occidental-centrée »). Les jeunes ont parfois, eux aussi, des opinions et des réactions très critiques vis-à-vis des comportements considérés comme « déviants » (accès à la contraception, abus d'alcool, pratique de la « séduction » etc.). Les entretiens nous ont mainte fois révélé que le niveau de tolérance des jeunes vis-à-vis, par exemple, de l'avortement, peut être aussi réduit que celui de leurs aîné·e·s.

Il convient donc de prendre en compte les nuances qui existent dans les représentations des jeunes vis-à-vis de la sexualité et de la reproduction. Car c'est en s'appuyant sur ces représentations que les messages de sensibilisation et de prévention pourront mieux se « greffer ». Comme pour les rumeurs, il est important de comprendre les perceptions négatives collectives pour mieux les combattre.

9. LA PROSTITUTION CHEZ LES JEUNES ET LES TRAJECTOIRES DE VIE DES TRAVAILLEUSES DU SEXE

9.1. LE CADRE LÉGAL

La prostitution est illégale au Tchad, mais relativement courante⁶³, essentiellement dans les villes et le sud du pays. En 2016, l'ONUSIDA⁶⁴ dénombrait 1200 prostituées dans le pays. Beaucoup d'entre elles viennent du Cameroun voisin.

Les dispositions pénales dans le pays sont les suivantes :

- L'article 286 du Code pénal de 2017⁶⁵ précise que « le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, la grossesse forcée, la stérilisation forcée ou toute autre forme de violence sexuelle constituent une infraction grave aux Conventions de Genève ».
- Les articles 335 listent les délits de proxénétisme et l'article 336 les délits aggravés⁶⁶. Quant aux articles 279 et 280 du Code pénal, ils interdisent la prostitution des enfants. Par ailleurs, il est interdit, en vertu des articles 281 et 282, de tenir des établissements de prostitution.

L'exploitation des filles inclut des activités correspondant aux formes de travail visées par la Convention de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur les pires formes de travail des enfants (OIT, Convention n°182), que le Tchad a ratifiée en 2000.

⁶³ The Legal Status of Prostitution by Country », ChartsBin

⁶⁴ « Sex workers: Population size estimate, 2016 » www.aidsinfoonline.org UNAIDS

⁶⁵ Loi n°001/PR/2017 du 8 mai 2017 portant Code Pénal.

⁶⁶ L'article 335 précise : « sera considérée comme proxénète et punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 FCFA la personne qui :

- a) d'une manière quelconque, aide, assiste ou protège sciemment la prostitution d'autrui ou le racolage en vue de la prostitution
- b) sous une forme quelconque, partage les produits de la prostitution d'autrui ou reçoit les subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ;
- c) vivant sciemment avec une personne se livrant habituellement à la prostitution, ne peut justifier de ressources suffisantes pour lui permettre de subvenir seule à sa propre existence ;
- d) embauche, entraîne ou entretient, même avec son consentement, une personne même majeure, en vue de la prostitution, ou la livre à la prostitution ou à la débauche ;
- e) fait office d'intermédiaire, à un titre quelconque, entre les personnes se livrant à la prostitution ou à la débauche et les individus qui exploitent ou rémunèrent la prostitution ou la débauche d'autrui.

La peine sera d'un emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 2.000.000 FCFA dans les cas où (article 336) :

- a) le délit a été commis à l'égard d'un mineur ;
- b) le délit a été accompagné de contrainte, d'abus d'autorité ou de viol ;
- c) l'auteur du délit était porteur d'une arme apparente ou cachée ;
- d) l'auteur du délit est époux, père, mère ou tuteur de la victime, instituteur ou serviteur à gages de la victime ou à un titre quelconque a autorité sur elle ;
- e) l'auteur du délit est appelé à participer, de par ses fonctions, à lutter contre la prostitution, à la protection de la santé ou au maintien de l'ordre public.

De fait, si le cadre légal existe et pénalise la prostitution, rares sont les recherches et enquêtes qui documentent ce phénomène dans le pays. Le présent rapport n'avait pas inclus ce sujet dans le périmètre initial de l'étude, mais il nous a paru essentiel de l'analyser tout de même. Bien qu'exploratoire sur cette question, le travail de terrain a fait ressortir une réalité extrêmement préoccupante qui nécessiterait la mise en place de recherches qualitatives sur l'exploitation et le trafic des adolescentes dans le pays, et plus largement dans la zone sahéenne. En 2017, l'UNHCR recommandait déjà de développer des recherches plus poussées à ce sujet afin de développer des mesures de protection appropriées pour les travailleuses du sexe.

Dans le cadre de cette étude, vingt-trois entretiens non directifs avec des autorités, des représentants de la loi et de l'ordre, des chefs religieux (prêtres, pasteurs et imams), des directeurs d'écoles et des responsables de centres de santé ont été réalisés. Nous avons également recueilli des histoires de vie de la part de trois travailleuses du sexe et de deux clients de la prostitution.

9.2. EXPLOITATION SEXUELLE ET PROSTITUTION

Le Tchad est un pays d'origine, de transit et de destination des enfants et des adolescent·e·s victimes de trafic sexuel. Bien que des réseaux de trafic vers le Cameroun aient été révélés, le trafic s'opère généralement à l'intérieur du pays. Dans la plupart des cas, les enfants sont confiés à des parents ou à des intermédiaires (tuteurs) en échange de promesses d'éducation, d'apprentissage, de biens ou d'argent. Comme nous l'avons vu précédemment, la recherche d'opportunités de travail pousse de nombreux jeunes à s'installer en ville, où recrutent les réseaux de trafic.

Outre l'esclavage domestique déjà abordé plus haut, une forme de proxénétisme est également pratiquée à l'égard des filles (et en moindre proposition des garçons), aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. C'est le cas par exemple dans certains bars et maquis, c'est-à-dire des lieux confidentialisés fréquentés par des hommes d'un certain milieu social. Dans ces cas, il peut arriver que la tutrice encourage tacitement des relations entre les jeunes serveuses et les clients. La fille peut être également convoitée par plusieurs prétendants, ce qui représente une source de revenus additionnels pour la tutrice.

« Toutes ces alimentations ou ventes à domicile sont des repères et points de rencontres. Les tenancières ou tenanciers facilitent d'ailleurs le contact entre les clients et les prostituées, et je crois même que celles-ci leur reversent un pourcentage pour le service. Moi j'ai aussi un endroit précis où je prends ma bière, et quand je vois une « forme » ou un « visage » qui me plaisent, alors je taquine la propriétaire des lieux qui s'occupe du reste sauf si c'est un produit "prohibé". Ces filles-là font de la clientèle aux détenteurs de ces commerces ». (Fonctionnaire, 50 ans)

En dehors de ces formes d'exploitation, la prostitution dans le Mandoul et le Logone-Oriental est une pratique, certes extrêmement stigmatisée et clandestine, mais bien installée. Si certaines femmes pratiquent le sexe tarifé de façon régulière avec des prix plus ou moins fixes, d'autres sont des TdS occasionnelles dont les tarifs sont variables. Les marchés hebdomadaires constituent des lieux stratégiques pour entrer en contact avec les clients tout en restant « invisibles », une « invisibilité » toute relative mais qui se distingue tout de même du racolage public.

« J'habite à Moundou avec ma famille. Je parcours presque tous les marchés hebdomadaires du Sud du pays transportant les commerçants qui s'y rendent pour vendre ou acheter. Il peut arriver que nous fassions plus d'un mois de voyage. Pendant ces voyages, nous avons notre vie intime à nous aussi. Partout où nous allons, on peut trouver du sexe. C'est différent d'un milieu à un autre, mais la pratique est là et il faut s'y connaître. L'âge des femmes qui pratiquent la prostitution varie, des toutes petites aux plus âgées. Le jour des marchés hebdomadaires c'est assez simple car le village grouille de monde, l'alcool coule à flot, on peut donc négocier facilement et passer à l'acte à la tombée de la nuit. Dans les petits centres, c'est très rare d'avoir des rapports en pleine journée, à moins d'être un habitué du milieu. Ces filles se couvrent derrière un petit commerce : des arachides, des patates, du manioc, des feuilles de haricot, de la soupe, de la bouillie, etc. Pour les nouveaux clients, les négociations ont lieu en faisant semblant de vouloir acheter ce que la jeune fille vend. On

l'abordé et on discute du prix, du moment et de l'heure. On peut aussi se tromper et tomber sur une fille qui ne pratique pas la prostitution. Les femmes d'âge mûr elles font plutôt le commerce fixe, c'est-à-dire qu'elles sont devant leur étalage et c'est de la clientèle habituée, ou fidèle. C'est très discret, mais c'est connu.

Dans ces villages, les filles se fichent des préservatifs. Soit le client est conscient et les utilise, soit lui aussi s'en fiche et ne les utilise pas. Dans la plupart des cas, on se passe des intermédiaires. Mais lorsque l'on arrive dans une localité pour la première fois, on peut se faire rapidement des amis autour d'un pot et quand on tisse de bonnes relations avec les jeunes, c'est facile de poser la question et d'obtenir des réponses, mais quand on a une bonne technique d'approche, c'est simple ». (Chauffeur, 40 ans, marié)

Aux dires de nos interlocuteurs, certaines femmes, en général d'âge mur, sont connues de tous ; d'autres, plus jeunes, se cachent, portent le Nikab, ou vont exercer dans d'autres villages. De nombreuses TdS sont des mères célibataires qui ont fui la violence domestique ou qui ont été chassées par leur famille à la suite d'une grossesse hors mariage.

Les clients sont essentiellement des fonctionnaires, des commerçants et des hommes en transit. Les bars, les maquis et les débits de boisson sont des espaces réputés : c'est là que se fait la « négociation ». Certains clients réguliers connaissent le domicile de leur TdS « attirée » et s'y rendent sans plus de façon. Les autres fréquentent essentiellement les hôtels et les auberges. Certaines auberges sont essentiellement, ou uniquement, dédiées à la pratique. Les patrons de ces lieux tirent profit de la transaction lorsque les TdS sont indépendantes, alors que d'autres lieux sont des maisons closes où les femmes vivent en quasi-captivité⁶⁷.

Enfin, il semblerait que dans les capitales du Logone-Oriental et du Logone-Occidental, Doba et Moundou, le nombre de TdS ait augmenté depuis quelques années. Des adolescentes de 15 ans y travailleraient régulièrement.

9.3. HISTOIRE DE VIE DES TDS

Certains témoignages se passent d'interprétation et d'analyse, et amènent le lecteur à comprendre de façon plus « ancrée » la réalité que vivent nos interlocutrices.

Dans cette section, nous avons donc décidé de conserver certains entretiens dans leur intégralité. C'est le cas des deux histoires ci-dessous.

Histoire d'Eugénie⁶⁸, 28 ans, mère de deux enfants, veuve :

« Je viens d'une famille modeste et heureuse. Nous sommes une fratrie de huit enfants dont cinq filles. Nous avons tous été inscrits à l'école et avons tous franchi le cap du primaire. Moi j'ai interrompu mes études en terminale, je n'ai pas eu le courage de continuer après mon échec au baccalauréat et ma seconde maternité. J'ai eu mon premier enfant en classe de seconde. Ma famille et celle de l'auteur de ma grossesse se sont entendues pour que je rejoigne le foyer une fois que l'enfant serait né. J'ai donc rejoint le père de ma fille pendant les vacances de seconde. Ce n'était pas un mariage forcé. Le père de ma fille me fréquentait depuis presque un an. Quelques mois après la naissance de notre deuxième fils, mon mari s'était efforcé pour apporter la dot à ma famille, ce qui était un grand honneur pour nous. Mais moins d'un an après, mon mari est décédé à la suite d'un accident de la circulation. C'était une épreuve très difficile pour moi. Nous avons vécu de mon petit commerce et de l'aide de ma famille. Ma belle-famille m'aidait quand elle pouvait, mais cela ne suffisait pas. Deux années plus tard, un monsieur a commencé à me fréquenter. Compte tenu de ce que disait l'entourage, j'ai dû déménager avec mes deux enfants dans une autre maison. Après un peu plus d'une année avec ce monsieur, il est tombé sérieusement malade et a fini par rendre l'âme après de nombreux mois de traitements aussi bien dans les centres de santé que chez les guérisseurs traditionnels. Peu à peu, les rumeurs ont commencé à circuler comme quoi j'étais tantôt maudite ou encore comme quoi le père de mes deux enfants m'avait jeté un sort. Il fallait affronter tous les mauvais regards, et toutes les mauvaises paroles. Je sortais difficilement et j'étais isolée. Les rares visites que je recevais étaient celles de mes frères et

⁶⁷ TV5 Monde, juillet 2020 (www.youtube.com/watch?v=eQ3jtOusG8w).

⁶⁸ Le prénom a été changé pour respecter l'anonymat de la personne.

sœurs, mais aussi quelques amies. Au bout d'un moment j'ai dû déménager à nouveau. Mon petit commerce ne permettait plus de couvrir nos besoins (loyer, repas, entretien des enfants et leur scolarité). C'est ainsi que j'ai commencé à vendre de la soupe chaque soir devant un bar dancing de la place. C'est aussi là que j'ai commencé à recevoir quelques avances. Quand je finis de vendre, je rentre avec un client, la plupart du temps c'est dans une auberge et souvent pour toute la nuit. Quelquefois cela peut être aussi en journée lorsqu'ils m'appellent. Je n'amène jamais un client chez moi à la maison. Pour m'aider dans les travaux de la maison et s'occuper des enfants, j'ai fait venir une cousine qui reste à la maison. Moi je choisis des clients qui ont l'air responsable et pas ces délinquants qui ne te paient pas et finissent par te brutaliser. Je n'accepte pas de coucher avec un homme pour moins de 5000 FCFA et s'il veut passer toute la nuit avec moi, j'exige un minimum de 10000 FCFA sauf si c'est quelqu'un que je connais bien et qui peut être à court d'argent pour une fois. Je me protège toujours et je suis sous contraceptif. Il est déjà arrivé des accidents avec le préservatif et à ce moment-là j'invoque Dieu de me protéger. Plusieurs filles font cette activité, mais elles circulent d'un bar à un autre et c'est très dangereux car elles vont avec le premier venu. J'en ai vu beaucoup tomber enceintes parce qu'elles ne se protègent pas et disparaissent rapidement de la circulation. Beaucoup d'autres ont eu à pratiquer des avortements aussi. Presque chaque nuit à une heure avancée, il y a des scènes de violence à l'égard des TDS soit parce qu'elles refusent de partir avec le client après qu'il ait acheté quelques bières pour elles, soit parce que l'endroit qu'il propose ne lui convient pas, soit parce qu'elles ont suggéré d'acheter des préservatifs ou simplement parce qu'ils ne se sont pas entendus sur le prix. J'ai de la chance parce que cela fait plusieurs années que je suis dans ce « milieu » et je n'ai pas été physiquement agressée même si on voit de tout dans les chambres. Je n'ai pas besoin d'intermédiaires, je suis indépendante ».

Histoire de Sylvie⁶⁹, 27 ans, divorcée sans enfants :

J'ai quitté mon foyer après sept ans de mariage, parce que je n'avais pas d'autre choix. Mon problème, c'est de n'avoir pas donné d'enfant à mon mari. Juste après la première année de mariage sans enfant, les problèmes ont commencé. La pression venait de partout, de sa famille et de la mienne aussi. Je faisais l'objet d'insultes et de moqueries. Mon mari a commencé à devenir insupportable également. Je ne représentais plus rien devant lui, j'étais devenue une charge inutile. Il a pris une deuxième femme qu'il a amené à la maison. Celle-ci a quitté le foyer après à peine une année de mariage sans avoir réussi à lui donner d'enfant également. Il s'est alors enfoncé dans l'alcool et a commencé avec des violences physiques. Un beau matin, comme par « miracle », nous apprenons qu'il a enceinté une jeune fille et qu'il devait en assurer la responsabilité. Je ne sais pas comment cela s'est passé, mais en moins d'un mois, la fille était conduite à la maison. Depuis ce moment-là, mon mari ne m'approchait plus et je peux compter le nombre de nuits qu'il a passé dans ma chambre parce qu'il rentrait si saoul et à une heure si tardive. Je ne recevais plus rien de lui, ni denrées alimentaires, ni la modique somme qu'il me remettait une fois par an après avoir vendu les récoltes. Je ne pouvais plus cuisiner pour ses visiteurs. Pour sa famille, j'étais la femme stérile. Sa jeune épouse m'empoisonnait la vie.

Lors d'une cérémonie funèbre d'un notable du village, une de mes tantes venues de la capitale pour la circonstance m'avait conseillé de suggérer à mon époux que nous fassions des analyses dans un hôpital pour connaître l'origine de notre problème. Lorsque j'en ai fait part à mon époux, cela a suscité une véritable folie chez lui. Il m'a simplement demandé de faire mes bagages et de retourner chez mes parents car la personne qui est stérile c'est moi, pas lui. Les jours qui s'en sont suivis étaient insupportables. À mon âge, je ne pouvais plus retourner chez mes parents et je ne voulais pas non plus continuer d'être la risée du village. Alors j'ai pris la décision de quitter le village.

Voilà comment je me suis retrouvée ici. Je suis descendue chez ma tante qui détient une petite vente à domicile de bières et de repas. C'est un petit endroit assez fréquenté. Les clients viennent de partout : des fonctionnaires, des travailleurs du privé, des commerçants, des voyageurs. Au début c'était difficile de faire ça. Je partais avec une seule personne pendant longtemps. Ensuite j'ai compris qu'ils n'étaient pas fidèles et ne paient plus quand on s'habitue. Alors j'ai décidé moi aussi de ne pas m'attacher. Je vais avec eux, je prends ce qu'ils m'offrent et je rentre. Il y en a qui peuvent te donner jusqu'à 10 000 CFA quand tu as passé la nuit, les avarés te tendent 5000 CFA. Lorsque c'est pour quelques heures on peut te donner 5000 CFA si tu tombes sur un bon client, et d'autre fois 2000 CFA quand tu as la malchance de tomber sur un client pauvre. Par précaution, j'ai toujours deux à trois préservatifs quand je pars, on ne sait jamais. Il est arrivé que le client dise ne pas en avoir ou refuser de l'utiliser. J'ai déjà contracté des MST, alors sans préservatifs, je ne fais pas.

⁶⁹ Le prénom a été changé pour respecter l'anonymat de la personne.

CONCLUSION

L'accès à la santé reproductive pour les jeunes est caractérisé par une succession de contraintes : contraintes économiques liées à la difficulté de payer les médicaments et les traitements ; contraintes sociales liées à la stigmatisation qui entoure la sexualité des adolescentes ; contraintes structurelles liées à la faible disponibilité des méthodes de contraception dans les FOSA ; contraintes familiales liées aux normes intrinsèques qui régissent les rapports de genre au sein des ménages ; contraintes politiques enfin liées à l'absence de lois qui condamnent toutes les VBG et garantissent un accès satisfaisant à la santé.

Face à ces difficultés, les adolescentes et les adolescents disposent de marges de manœuvre faibles, mais réelles, et mettent en œuvre des stratégies spécifiques pour les contourner. Certains couples qui n'étaient pas « prévus » dans les projets matrimoniaux de leurs parents parviennent tout de même à se marier, certaines filles qui devaient être données en mariage parviennent à y échapper et à poursuivre leurs études, d'autres identifient des professionnelles de santé compréhensives qui acceptent de leur délivrer une méthode de contraception, etc. Chaque contrainte a donc son corollaire de « débrouille », chaque obstacle dispose d'un espace, aussi réduit soit-il, pour être contourné.

S'il est important de relever les enjeux auxquels sont confrontés les jeunes, il l'est tout autant d'identifier les comportements qu'ils développent pour y faire face. Car si les normes sociales conditionnent en grande partie l'entrée dans la vie adulte en attribuant aux différents comportements des adolescents et des adolescentes une nature soit « déviante » soit « observante », il convient de garder à l'esprit que ces normes ne sont pas immuables. Au contraire, elles sont extrêmement changeantes et s'adaptent en permanence. Bien qu'il soit ne soit pas toujours aisé d'identifier ces changements (et tout à fait impossible de les mesurer sur une courte période), ils existent pourtant et méritent d'être analysés de façon rigoureuse. Ne pas en tenir compte reviendrait, pour les acteurs extérieurs, à appréhender la société rurale tchadienne comme « passéiste », « embourbée dans la tradition » et incapable de se « renouveler ». Or, de tels stéréotypes sont tout aussi contreproductifs que le recours quasi-systématique à une analyse purement victimisante de la condition féminine.

Il ne s'agit pas ici de remettre en cause les obstacles immenses auxquels sont confrontées les femmes et les jeunes filles tchadiennes, ni de sous-estimer le poids de la domination masculine à toutes les étapes et dans tous les espaces sociaux de la vie des femmes. Il s'agit uniquement de ne pas les enfermer une fois pour toute dans une seule et même catégorie - celle de « victime » - car ce serait non seulement oublier la diversité des statuts, des comportements et des perceptions propres aux femmes, mais également ignorer leurs capacités à agir dans la société et à réagir face aux « chocs ».

Comprendre par exemple la prégnance de l'autorité des femmes « aînées » dans l'espace familial permet de nuancer quelque peu la vision strictement masculine de la domination intergénérationnelle. S'en tenir à une analyse uniquement paternaliste de la distribution du pouvoir revient à ignorer les autres formes d'autorités exercées par les autres membres, parfois féminins, du ménage et de la communauté. La pression des belles-mères, des coépouses, des tantes paternelles, des grands-mères, des matrones, etc. est certes de nature différente, mais elle peut être tout aussi violente que celle « des hommes ». Cette pression des « aînées » joue incontestablement un rôle dans la construction identitaire des adolescentes : elle a une influence sur les comportements également autoritaires des futurs maris et des futures femmes et a une fonction dans le système de valeur qui régit la société.

C'est aussi ce qui explique qu'une fois débarrassés de leur position subalterne dans l'espace social, les jeunes devenus adultes reproduisent une partie des normes subjectives qui les ont construits, mais y ajoutent, à chaque génération, une part de changement et d'innovation. Entre une stricte conformité aux normes et une totale (et

illusoire) autonomie sociale, il existe un espace dans lequel s'inscrivent les marges de manœuvre des jeunes. Et c'est dans cet espace qu'émerge le changement social qu'il nous faut comprendre et analyser.

Enfin, il est important que les projets de développement continuent à combiner la mise en œuvre des activités avec une analyse approfondie des changements sociaux, aussi infimes soient-ils. Sans ce dispositif d'analyse itérative, il existe un risque de développer des activités qui, au fil du temps, et selon les contextes, ne seront plus adaptées à ces micro-changements.

RECOMMANDATIONS EN DIRECTION DES INTERVENTIONS EN SR POUR LES JEUNES

Recommandations issues de l'étude sur les contraintes d'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescent·e·s PASFASS – Groupe URD Novembre 2022

Thématique	Constats	Recommandations	Types d'activité
Politiques publiques de santé reproductive (SRAJ)	<ul style="list-style-type: none"> - Le Tchad n'a toujours pas adopté un Code de la famille conforme aux standards internationaux. - L'inceste, le viol conjugal et le harcèlement sexuel ne sont pas punis dans le nouveau Code pénal promulgué en mai 2017 - Le Code pénal conditionne l'accès à l'avortement médicalisé à l'obtention d'une autorisation délivrée par le ministère et punit une femme qui se fait avorter et ceux qui contribuent directement ou indirectement à l'acte 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer pour l'accélération des délais d'adoption des textes législatifs et réglementaires du secteur sanitaire (réforme hospitalière, réforme des écoles de santé, réforme du secteur pharmaceutique, couverture sanitaire universelle recommandation issue de la politique nationale de santé 2016 – 2030) - Contribuer au renforcement d'un environnement légal favorable, aux niveaux local et national, à travers des actions de sensibilisation et de plaidoyer auprès des acteurs-clés (autorités locales, personnel soignant, enseignants, jeunes leaders, etc.) - Soutenir le développement d'un plan stratégique national sur la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Disséminer la loi 006/PR/2002 portant promotion de la santé de la reproduction - Disséminer la loi 029/PR/2015 portant interdiction du mariage d'enfants auprès de tous les acteurs (parlementaires, populations, autorités administratives et coutumières, personnels soignants, professeurs etc.) - Soutenir le gouvernement et les acteurs de la société civile dans la mise en œuvre d'une feuille de route pour mettre fin au mariage d'enfants - Développer des activités de plaidoyer pour la révision du Code pénal et l'inclusion de peines punitives pour les cas d'inceste, de viol conjugal et de harcèlement sexuel - Réaliser des émissions (radios et télévisions), publier des articles de presse écrite pour une diffusion de masse - Renforcer les capacités de documentation et de communication du MSP - Développer des outils de communication pour l'application des lois 006 et 029 et contribuer à leur traduction et à leur dissémination au sein des communautés rurales (théâtres itinérants, bandes-dessinées, boîtes à images, concerts, etc.)

		<p>reproductive chez les adolescent·e·s et les jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le plaidoyer pour faciliter l'accès aux contraceptifs d'urgence hormonal (la pilule dite « du lendemain ») et autoriser l'avortement en cas de viol 	
Prévention et sensibilisation orientées vers les hommes et les chefs religieux	<ul style="list-style-type: none"> - Ce sont majoritairement les hommes qui prennent les décisions concernant la vie conjugale et procréative des femmes et des filles. Or, les activités de sensibilisation ont tendance à s'adresser prioritairement aux femmes et aux jeunes femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des activités de sensibilisation (VBG, mariages précoces, mariages forcés, planification familiale, etc.) en direction des hommes et des jeunes hommes, et particulièrement en direction de ceux qui ont un rôle de « garants » des normes sociales et conjugales, c'est-à-dire les autorités coutumières et religieuses 	<ul style="list-style-type: none"> - Foras communautaires auprès des représentants coutumiers et religieux - Sensibilisation dans les lieux publics fréquentés par les hommes (terrains de sport, cinéma, bars, maquis, etc.) - Distribution massive de préservatifs dans les lieux publics - Identification d'un « parrain » parmi les personnalités de la scène culturelle et artistique tchadienne : diffusion sur les réseaux sociaux, radios, etc. - Réalisation d'un documentaire sur la lutte contre les VBG
	<ul style="list-style-type: none"> - Certains représentants confessionnels attribuent aux textes religieux des prescriptions qui constituent des pratiques à risques pour la santé des femmes et des jeunes (mariage précoce, multiplication des coépouses, excisions, etc.). - Il en est de même pour les responsables coutumiers qui assignent à « la coutume » des pratiques qui n'ont rien de traditionnelles (ex. : excision) 	<ul style="list-style-type: none"> - Orienter les séances de dialogue communautaire vers une déconstruction des fausses interprétations concernant les prérogatives et interdictions religieuses et/ou coutumières qui mettent en danger la santé des femmes et des jeunes filles 	<ul style="list-style-type: none"> - Interventions publiques de hauts responsables religieux des trois confessions majoritaires qui se positionnent publiquement contre les mariages précoces, les mariages forcés et les VBG - Plaidoyer auprès des responsables religieux pour qu'ils abordent ces thèmes durant leurs sermons.
	<ul style="list-style-type: none"> - Les « rumeurs » influencent largement les comportements préventifs des jeunes femmes en 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclure dans les diagnostics initiaux « l'approche par les rumeurs » qui vise à recueillir les stéréotypes communs 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des diagnostics initiaux de type socio-anthropologique (de façon systématique en début de projet)

	<p>matière de sexualité et de procréation (ex. : la pilule provoque la stérilité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une communication efficace ne se limite pas à donner une information, mais vise davantage l'appropriation de l'information par la population. Elle nécessite donc qu'un lien ait été fait entre les savoirs populaires et les connaissances théoriques. 	<p>concernant l'accès à la contraception, les mariages précoces, la violence conjugale, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adopter une attitude de non-jugement basée sur l'acceptation des pratiques réelles et des perceptions des populations 	<ul style="list-style-type: none"> - En l'absence de diagnostic initial, organiser une journée dédiée au « recueil des rumeurs » par tous les membres des équipes projet - Faire un débriefing sur l'identification des stéréotypes communs - Animer un atelier d'élaboration des messages clés de sensibilisation (en réponse à ses rumeurs) - Développer des stratégies de communication en début de projet
Sensibilisation aux causes et conséquences des violences basées sur le genre	<ul style="list-style-type: none"> - Dans la très grande majorité des cas, les VBG sont liées à la consommation abusive d'alcool au sein des ménages ou dans l'espace public. Pourtant, rares sont les projets qui incluent des activités de prévention et de prise en charge à destination des personnes alcoolo-dépendantes. - Les représentants des autorités coutumières, religieuses, administratives, sanitaires, etc., s'accordent pour reconnaître que la consommation d'alcool est la cause première des violences. 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des séances de sensibilisation portant sur les conséquences sanitaires et sociales de l'abus d'alcool. - Mettre en place des activités spécifiques à destination des personnes alcoolo-dépendantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Théâtre itinérant : spectacle de prévention - Caravanes de cinéma - Émissions de radio / reportage - Groupes de paroles (de type Alcooliques Anonymes) - Sensibilisation à l'aide de boîtes à images - Jeux, animations, compétition « prévention alcool » pour les jeunes - Distribution de prospectus type « bande dessinée » sur les méfaits de l'alcool - Affichages dans les centres de santé - Campagne de lutte contre l'abus d'alcool dans les villages - Sensibilisation dans les écoles, élections de représentants parmi les élèves
	<ul style="list-style-type: none"> - Outre les violences domestiques, les VBG sont présentes dans l'espace public (milieux scolaires, confessionnels, sanitaires, judiciaires, etc.), c'est-à-dire les lieux où se cristallisent les rapports inégalitaires hiérarchiques et de genre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplier les activités de sensibilisation aux VBG dans les écoles - Collaborer avec les chefs religieux et coutumiers pour favoriser la sensibilisation et la communication contre les VBG 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des activités de sensibilisation aux VBG dans les communautés et les écoles en utilisant tous les médias et stratégies de communication disponibles (événements sportifs et culturels, théâtre, projections de films, radio, reportages, concerts, etc.) - Collaborer avec les Associations de Protection des Enfants (APE) pour qu'ils interviennent lors des sessions d'information et de prévention dans les écoles

			<ul style="list-style-type: none"> - Identifier des étudiants « leaders » (garçons et filles) parmi les élèves afin qu'ils diffusent les messages clés de lutte contre les VBG - Initier la création de spectacles de prévention au sein des écoles (dances, chants, musique, théâtre) - Réaliser un film d'animation contre les VBG sur le modèle « Mannequin challenge » : https://www.youtube.com/watch?v=7GRIvoDeyZ0&feature=emb_title - Programmer les évènements de sensibilisation lors des journées suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (6 février) • Journée internationale de la sage-femme (5 mai) • Journée internationale de la fille (11 octobre) • Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes (25 novembre) • Journée internationale des droits humains (10 décembre) • Campagne annuelle internationale « 16 Jours d'activisme contre la violence basée sur le genre à l'égard des femmes et des filles » qui débute le 25 novembre à l'occasion de la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, et prend fin le 10 décembre (Journée des droits humains)
	- L'éducation coercitive reste relativement répandue au sein des ménages (76 % des enfants de 1 à 14 ans ont subi des châtiments physiques, dont 30 % des châtiments sévères).	- Sensibiliser les parents aux conséquences à long terme de la maltraitance infantile comme moyen d'éducation	- Multiplier les activités de sensibilisation dans les communautés en utilisant tous les médias et stratégies de communication disponibles (événements sportifs et culturels, théâtre, projection film, radio, reportage, concerts, etc.)
	- L'exode des jeunes ruraux en quête d'opportunités économiques dans les grandes villes (dont Doba et Moundou) a pour conséquence l'exploitation	- Sensibiliser les enfants et les adolescents aux risques inhérents à l'exode rurale, à l'exploitation et au trafic	- Développer des activités de sensibilisation dans les écoles et des outils de communication adaptés aux jeunes (bandes dessinées, concerts, théâtre, etc.) sur les risques liés à l'exode des jeunes et des adolescent·e·s

	des adolescent-e-s dans les travaux domestiques.		
Prise en charge légale et médicale des VBG	- Les contraintes relatives au recours aux autorités judiciaires découragent la très grande majorité des jeunes femmes victimes de VBG pour dénoncer leur auteur.	- Fournir un soutien juridique aux victimes de VBG	- Recenser les organisations locales investies dans la lutte contre les VBG et évaluer les opportunités de collaboration (particulièrement avec l'Association des Femmes Juristes du Tchad, mais également LTDH, CONACIAF, AFJT, APLFT, ATPDH, etc.)
	- Les femmes et adolescentes n'ont recours aux structures sanitaires en cas de VBG que lorsque des soins sont nécessaires.	- Fournir un soutien psychosocial et médical aux femmes victimes de VBG	- Prévoir un budget dédié à la prise en charge des frais médicaux relatifs aux VBG - Former les prestataires à la prise en charge psychologique (premiers secours)
Accès à la contraception et aux préservatifs	- La stigmatisation à l'égard des adolescentes au sein des CS les exclut des services de SR. - Le taux d'utilisation de la contraception par les femmes en âge de procréer est très bas (8 % à 9 %), particulièrement chez les jeunes. - Les méthodes contraceptives sont régulièrement indisponibles dans les structures sanitaires. - Le taux de prévalence du VIH est toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes, surtout chez les adolescentes.	- Faciliter l'accès aux structures sanitaires pour les adolescent-e-s et les jeunes - Améliorer l'accès aux méthodes contraceptives et aux préservatifs pour les adolescent-e-s	- Développer des curricula spécifiques et former les prestataires de santé à la déontologie et à la délivrance des soins à destination des adolescent-e-s - Former les prestataires de santé à la délivrance des soins après avortement (SAA) - Former les prestataires sur l'éducation à la sexualité afin qu'ils puissent eux-mêmes informer les jeunes - Former les prestataires au <i>counseling</i> et au référencement en cas de VBG - Explorer des possibilités de collaboration avec les pharmacies privées afin de disponibiliser les préservatifs gratuitement ou à un prix très abordable (l'accès aux pharmacies privées est moins stigmatisante que l'accès aux CS pour les jeunes) - Initier un projet de marketing social pour la délivrance des préservatifs
	- Les « rumeurs » influencent largement les comportements préventifs des jeunes femmes en matière de sexualité et de	- Inclure dans les diagnostics initiaux « l'approche par les rumeurs » qui vise à recueillir les stéréotypes communs concernant l'accès à la contraception,	- Réaliser des diagnostics initiaux de type socio-anthropologique (de façon systématique en début de projet) - En l'absence de diagnostic initial, organiser une journée dédiée au « recueil des rumeurs » par tous les membres des équipes projet. Faire un débriefing sur l'identification des stéréotypes communs. Animer un

	<p>procréation (ex. : la pilule provoque la stérilité).</p> <p>- Une communication efficace ne se limite pas à donner une information, mais vise davantage l'appropriation de l'information par la population. Elle nécessite donc qu'un lien ait été fait entre les savoirs populaires et les connaissances théoriques.</p>	<p>les mariages précoces, la violence conjugale, etc.</p>	<p>atelier d'élaboration des messages clés de sensibilisation (en réponse à ses rumeurs)</p>
<p>Connaissance, prévention et prise en charge des avortements illégaux</p>	<p>- La connaissance des déterminants sociaux liés aux avortements clandestins et à leur conséquence sur la santé des adolescentes est insuffisante.</p>	<p>- Améliorer la connaissance des déterminants sociaux liés aux avortements clandestins et à leur conséquence sur la santé des adolescentes</p>	<p>- Réaliser une recherche mixte (socio-anthropologie et épidémiologie) sur la prévalence des avortements illégaux et leur conséquences sociales et médicales</p> <p>- Réaliser un film documentaire sur le sujet</p> <p>- Réaliser une bande dessinée sur le sujet</p>
	<p>- De nombreux prestataires de santé ne disposent pas des compétences techniques nécessaires pour fournir des soins post-avortement.</p>	<p>- Améliorer la prise en charge des femmes et des adolescentes qui ont eu recours à un avortement non sécurisé</p>	<p>- Former les prestataires de santé aux soins post-avortement</p> <p>- Systématiser la délivrance d'une méthode contraceptive aux femmes et adolescentes qui ont eu recours à l'avortement</p>
<p>Collaboration avec les structures et</p>	<p>- Les associations de jeunes (ex : CLAC) sont relativement peu dynamiques et souffrent de sous-financement</p> <p>- Les services provinciaux de l'action sociale sont rarement inclus dans les projets de SRMINA (qui ont tendance à cibler uniquement les structures et délégations sanitaires).</p>	<p>- Travailler en collaboration avec la délégation de l'action sociale et ses représentants communautaires</p>	<p>- Former les éducateurs pairs des centres de lecture et d'animation culturelle (CLAC) au soutien psychosocial et au <i>counselling</i></p> <p>- Mettre en place des espaces d'écoute et de <i>counselling</i> à destination des jeunes et des adolescents</p> <p>- Proposer des activités ludiques et éducatives (« clubs de jeunes ») au sein des CLAC</p> <p>- Former des équipes mobiles d'éducateurs pairs pour sensibiliser les jeunes dans les villages</p> <p>- Collaborer étroitement avec la délégation de l'action sociale de Koumra pour l'organisation des campagnes et la création des outils de sensibilisation</p>

associations locales			<ul style="list-style-type: none"> - Inviter les sensibilisatrices communautaires de l'action sociale lors des formations des équipes du projet (témoignages, messages clés) - Soutenir les agents communautaires de la délégation de l'action sociale
	<ul style="list-style-type: none"> - Les organisations internationales ne travaillent pas toujours en réseaux avec les associations locales et les <i>clusters</i> préexistants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les réseaux SRAJ préexistants et soutenir les actions collectives de plaidoyer 	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les organisations locales qui travaillent auprès des femmes et des jeunes et évaluer les opportunités de collaboration (LTDH, CONACIAF, AFJT, APLFT, ATPDH, etc.) - Créer un réseau provincial de plaidoyer pour faciliter l'accès à la SRJA (ONG locales, Action Sociale, UNICEF, etc.) - Contacter les organisations internationales (IPPF, Croix-Rouge, UNFPA, UNICEF, etc.) pour les associer au réseau (financement, communication, plaidoyer) - Organiser une campagne de lutte contre les VBG en partenariat avec les membres du réseau - Contacter la LTDH pour explorer un partenariat possible avec la troupe de théâtre « La Colombe » et la radio « Radio Liberté »

BIBLIOGRAPHIE

- Agnès Guillaume, « *L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences* », Laboratoire Population-Environnement-Développement, IRD-Université de Provence, 2005
- D. Bonnet, Agnès Guillaume, *La santé reproductive : une émergence des droits individuels*, CEPED-CIRAD
- Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS), 2014-2015. (INSEED-TCHAD)
- Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS), 2019. (INSEED-TCHAD)
- Françoise Héritier, *Masculin/féminin. La pensée de la différence*. L'état linguiste, 1997
- Hertrich V, Andro Armelle, « *La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ?* », Population, 2001/5 (Vol. 56), p. 721-771
- Jaffré Y. (dir.), Olivier de Sardan Jean-Pierre (dir.), *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, Presses Universitaires de France, p. 15-40
- Jean-Pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde, *L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger, Les contradictions des politiques publiques*, Afrique contemporaine, 2012/3 n° 243, p. 11-32.
- Jean-Pierre Olivier de Sardan, *La sage-femme et le douanier, cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest*, Presses de Sciences Po, 2001/4 n° 20, p. 61-73
- Mohamed Ag Erless, *La grossesse et le suivi de l'accouchement chez les Touaregs Kel-Adagh* (Kidal, Mali), L'Harmattan, 2008
- Politique nationale de Santé Tchad 2016-2030. Ministère de la santé publique, mars 2016.
- Sarah Memmi et Annable Desgrées du Loû, *Rapports de genre et pratiques contraceptives*, Population, 2015, Vol. 70
- Tizio Stéphane, Flori Yves-Antoine, « *L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?* », Tiers-Monde, tome 38, n°152, 1997, p. 837-858
- Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD-Khartala, Paris, 2003
- Adjamagbo A., Guillaume A. 2001, *La santé de la reproduction en milieu rural ivoirien*, Autrepart, Presses de Sciences Po, n°19, pp. 11-27.
- Bajos N., 2013, *Sexuality, Contraception, Unplanned Pregnancies and Abortion in West Africa and Morocco: The ECAF Survey*, Population, n°68, pp. 7-14.
- Bonnet D., Guillaume A. 1999, *La santé de la reproduction : Concepts et acteurs*, IRD, document de recherche n°8, p. 20.
- Bonnet D., Guillaume A. 2004, *La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels*, dans Guillaume A., Khat M. *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Paris, CEPED, pp. 11-32.
- Cissé R., Fall A.S., Jacquemin M. 2017, *Les adolescents en Afrique de l'Ouest et du centre*, dans Vidal L. *Renforcement de la recherche en sciences sociales en appui des priorités régionales du bureau Régional Afrique de l'Ouest et du centre de l'Unicef : analyses thématiques*, Dakar, IRD, pp. 15-36.
- Coulibaly M-L. 2013, *Les victimisations scolaires au Sénégal à l'épreuve de l'analyse de « genre » : De la construction socioculturelle et institutionnelle des violences sexuelles en Afrique subsaharienne*, Recherches & éducations, pp. 65-80.
- Delaunay V., Guillaume A. 2007, *Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne*, dans Adjamagbo A., Msellati P., Vimard P., *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Academia- Bruylant, pp. 1-52.

- Gautier A. 2000, *Les droits reproductifs, une nouvelle génération de droits ?* Autrepart, Presses de Sciences Po, pp. 167-180.
- Gautier A., Grenier-Torres C. 2014, *Controverses autour des droits reproductifs et sexuels*, Autrepart, Presses de Sciences Po, n°170, pp. 3-21.
- Guiella G., Woog V. 2006, *Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents au Burkina Faso : Résultats de l'Enquête Nationale sur les Adolescents du Burkina Faso*, Occasional Report, New York, Guttmacher Institute, 2006, n°21, p. 152.
- Guillaume A., Rossier C. 2018. *L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*. Population, n°73, pp. 225-322.
- Guillaume A. 2005, *L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences*, IRD, Série Santé de la reproduction, fécondité et développement, Document de recherche n°7, p. 26.
- Kalau Mutej J-M. 2013, *Étude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi : Une contribution à la théorie socio-psychologique de la santé*, Thèse en Santé publique et épidémiologie, Université de Lubumbashi, P. 271.
- Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014-2015. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2014-2015)*. Rockville, Maryland, USA: INSEED, MSP et ICF International.
- Kessler A. 1992, Establishment and development of the program - Establishment and early development of the programme, in Khanna J., Van Look P.F.A., Griffin P.D. *Reproductive health: a key to a brighter future, Biennial report 1990-1991*, Geneva, World Health Organization, pp. 43-59.
- Nations Unies. 1994, *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire, 5-13 septembre 1994*, p. 194.
- Marques-Pereira B., Raes F. 2002, *Les droits reproductifs comme droits humains : une perspective internationale*, POL-HIS, De Boeck Supérieur, pp. 19-38.
- Morris J. L., Rushwan H. 2015, *Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges*, International Journal of Gynecology and Obstetrics, n°131, pp.40-42.
- Rwenge J-R M. 2013, *Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés*, African Journal of Reproductive Health, n°17, pp. 49-66.
- Sow F. 1995, *La Cinquième Conférence régionale africaine des femmes de Dakar, Recherches féministes*, n°8, pp. 175-183.
- Stevanovic Fenn N., Edmeades J., Lantos H., Onovo O. 2015, *Child marriage, adolescent pregnancy and family formation in West and Central Africa*, ICRW and UNICEF, p.84.
- Tantchou Yakam J.C. 2009, *Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale*, Natures Sciences Sociétés, n°17, pp. 18-28.
- Watts C., Mayhew S. 2004, *Services de santé reproductive et violences par un partenaire intime : élaboration d'une réponse pragmatique en Afrique subsaharienne*, Perspectives Internationales sur le Planning Familial, n°30, pp. 207-2013.



Siège du Groupe URD
La Fontaine des Marins
26170 Plaisians – France
Tel : +33 (0)4 75 28 29 35

urd@urd.org

www.urd.org

SUIVEZ-NOUS SUR

