

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un peuple – un but – une foi

MINISTERE DE L'EDUCATION

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP

**INSTITUT NATIONAL SUPERIEUR DE L'EDUCATION
POPULAIRE ET DU SPORT**



**MONOGRAPHIE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU
CERTIFICAT D'APTITUDE AUX FONCTIONS D'INSPECTEUR DE
L'EDUCATION POPULAIRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**



Sujet

***LES STRUCTURES D'ENCADREMENT DES
JEUNES ET DES ADOLESCENT(E)S EN SANTE
DE LA REPRODUCTION AU TOGO : IMPACTS
ET PERSPECTIVES***

Mook_01

Sous direction de :

Monsieur Moustapha TAMBA
Chef de Département de Sociologie
U.C.A.D

Présentée par :

Monsieur Eric Madjé E. AMENOUNVE

XI^{ème} Promotion 2002 – 2004

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un peuple – un but – une foi

MINISTERE DE L'EDUCATION

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP

**INSTITUT NATIONAL SUPERIEUR DE L'EDUCATION
POPULAIRE ET DU SPORT**



**MONOGRAPHIE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU
CERTIFICAT D'APTITUDE AUX FONCTIONS D'INSPECTEUR DE
L'EDUCATION POPULAIRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**



Sujet

***LES STRUCTURES D'ENCADREMENT DES
JEUNES ET DES ADOLESCENT(E)S EN SANTE
DE LA REPRODUCTION AU TOGO : IMPACTS
ET PERSPECTIVES***

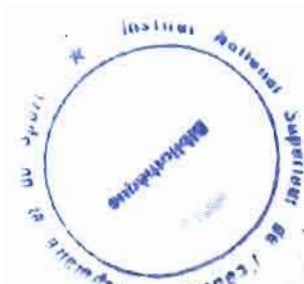
Sous direction de :

Monsieur Moustapha TAMBA
Chef de Département de Sociologie
U.C.A.D

Présentée par :

Monsieur Eric Madjé E. AMENOUNVE

XI^{ème} Promotion 2002 – 2004



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
DEDICACE	4
REMERCIEMENTS	5
GLOSSAIRE :	8
LISTE DES TABLEAUX :	10
LISTE DES GRAPHIQUES :	11
INTRODUCTION	12
PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL DE L'ETUDE	
Chapitre 1 : Problématique	17
Revue critique de la littérature	22
Chapitre 2 : Méthodologie	27
Section 1 : Présentation des instruments de collecte	27
Section 2 : Constitution de l'échantillon	28
Section 3 : Sites de collecte.....	32
Section : Contraintes	32
Chapitre 3 : Cadre de l'étude	33
Carte du Togo :.....	33
Section 1 : L'héritage historique.....	34
Section 2 : Situation géographique et administrative.....	35
Section 3 : Situation socio-économique.....	36
Section 4 : Contexte démographique.....	37
Section 5 : Couverture sanitaire.....	38

DEUXIEME PARTIE : LES STRUCTURES D'ENCADREMENT DES ADOLESCENTS EN MATIERE DE SR/ IST/ VIH/SIDA

Chapitre 1 : Les jeunes et les adolescents à travers les âges 42

Chapitre 2 : Connaissances, attitudes et comportements des jeunes et des adolescents 46

Chapitre 3 : Situation actuelle d'appui à la SSR des jeunes et des adolescents..... 49

 Section 1 : Analyse de la situation sanitaire 49

 Section 2 : Les structures spécialisées d'encadrement des Jeunes et des adolescents 51

 Section 3 : Impact 56

TROISIEME PARTIE: IDENTIFICATION DES BESOINS NON SATISFAITS

Chapitre 1 : Analyse descriptive des données d'enquête 59

 Section 1 : Le profil des jeunes et des adolescents..... 59

 Section 2 : La sexualité des jeunes..... 62

Chapitre 2 : Analyse de la fréquentation et de l'impact des structures d'encadrement en S.R. sur la connaissance, l'attitude et la pratique sexuelle des jeunes 69

 Section 1 : Fréquentation des structures spécialisées..... 69

 Section 2 : Analyse de l'impact des structures d'encadrement en S.R. sur la connaissance, l'attitude et la pratique sexuelle des jeunes 70

Chapitre 3 : Analyse des déterminants de l'attitude et de la pratique des jeunes en matière de sexualité..... 72

 Section 1 : Facteurs explicatifs de la connaissance des structures spécialisées..... 72

 Section 2 : Facteurs explicatifs de la connaissance de la sexualité..... 74

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 76

BIBLIOGRAPHIE : 82

ANNEXE 85

DÉDICACES

A notre Créateur pour tout le bienfait dont il ne cesse de nous combler et les graines d'Amour qu'il sème tous les jours dans nos cœurs. Louons-le ; Acclamons-le.

A la mémoire de mon feu père Joseph Edoh Amétowoyona AMENOUNVE qui s'est investi afin que tous ses enfants, neveux, nièces, frères et sœurs, cousins et cousines aient l'amour des études et le goût du travail bien fait.

En souvenir des œuvres immenses et inoubliables que tu as accomplies durant ton pèlerinage terrestre et surtout des bonnes grâces dont tu m'as entouré, je te dédie ce mémoire, symbole et fruit de ton amour paternel, de ton dévouement, de tes sacrifices, de tes conseils et prières. Tu avais voulu que j'hérite de tes livres de pédagogies en sortant Inspecteur de l'Education Nationale; la voie divine m'a conduit doucement aux travers des méandres du sport et du domaine associatif pour enfin atterrir comme Inspecteur d'Education Populaire, de la Jeunesse et des Sports.

Que Dieu Tout Puissant t'accorde sa grâce et le repos éternel de ton âme !

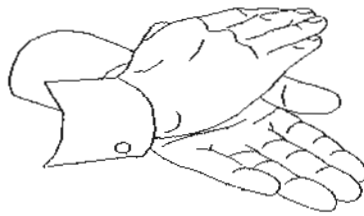
A ma mère, Veuve Ayédémé AMENOUNVE née SEZOUHLON pour tous les sacrifices consentis pour mon éducation et pour l'amour maternel dont elle m'a toujours comblé.

A mes enfants Estelle Dédé Séfako et Joseph-Antoine Folly Délassé pour toutes les peines éprouvées pendant ma longue absence et leur faire savoir que « la réussite est au bout de l'effort ».

A Monsieur Raphaël Kodjovi AGOPOME, Directeur Général du Centre International d'Athlétisme de Dakar (CIAD), vous m'avez beaucoup conseillé, aidé, soutenu durant toutes mes études à l'INSEPS de Dakar. Je ne trouve pas les mots aussi forts pour traduire ma profonde gratitude ; recevez ce modeste travail en guise de reconnaissance.

A tous mes frères et sœurs, cousines et cousins, oncles et tantes au Togo, aux USA, en Allemagne et en Côte d'Ivoire.

REMERCIEMENTS



Cette étude a été réalisée grâce à la collaboration, à l'implication et au soutien matériel et financier d'un certain nombre de personnes physiques et morales. Nous tenons ici à leur exprimer notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

- Monsieur Amadou Ibrahima DIA, Chef du département Administration, Gestion, Contrôle des Activités Physiques, Sportives et Socio-éducatives,
- Monsieur Moustapha TAMBA, Chef de Département Sociologie à l'UCAD,
- Docteur Rogo Mawuli FIANGOR et sa Femme à Paris,
- Monsieur Malick MBAYE, UNESCO-Paris,
- Monsieur Agouta OUYENGA, Ministre de la Jeunesse et des Sports du Togo,
- Monsieur Komi Sélom KLASSOU, Ministre de l'Enseignement Primaire et Secondaire du Togo,
- Monsieur Adom ABOTCHI, Directeur de Cabinet au Ministère de la Jeunesse et des Sports à Lomé,
- Monsieur Donko KASSEGNE, Directeur de Cabinet du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi à Lomé,
- Monsieur DIZEWE, Directeur Général de la Fonction Publique à Lomé,
- Monsieur Tinin Théodore ATCHEAKOU, Directeur Général de la Jeunesse et des Sports à Lomé,
- Monsieur Komlan Daniel ATSOO, Directeur de la Jeunesse et des Activités Socio-Educatives à Lomé,
- Docteur Joël Koffi KPOTSRA, Service National de la Santé des Jeunes et des Adolescents à Lomé,

- Monsieur Ayéhoubo DJOKOUI , Inspecteur de la Jeunesse et Sports de Tsévié
- Monsieur Kouassi Enyo André TOVIVO, Technicien Supérieur de Jeunesse à la retraite à Tsévié
- Monsieur Komi Emenyo WOEDEME, ex Directeur Administratif et Financier de la CONFEJES à Dakar,
- Madame Hélène AGOPOME, à Dakar,
- Madame Ndéye Coumba CISSE – AGOPOME à l'UCAD – Dakar,
- Monsieur et Mesdames Mbacké SECK, Ancien Président du Conseil National de la Jeunesse du Sénégal, Président de la Commission Presse de la Fédération Sénégalaise de Football,
- Monsieur Bassirou FALL, Inspecteur de la Jeunesse, de l'Education Populaire et des Sports à Dakar,
- Monsieur Paulin PANOU à Paris,
- Madame POULI Assouka Laurentine, Secrétaire Particulier du Ministre de l'Enseignement Primaire et Secondaire du Togo,
- Monsieur Eric DOSSOU, Directeur de l'Imprimerie GIMT à Lomé,
- Monsieur Sambiani LARE, Secrétaire Général de la Commission Nationale Togolaise pour l'UNESCO,
- Monsieur Yaovi FANIDJI, UNFPA – Togo à Lomé,
- Monsieur Bomboté DIOMANSI, ancien fonctionnaire de l'UNESCO à Dakar,
- Monsieur Kodjo KOTOKOU, Stasticien - démographe à Lomé,
- Monsieur Théo ABALO – AKUVI, Informaticien Analyste Programmeur à Lomé,
- Mesdames Gladys Massan AHOLOU-ATTOLODE et Pascaline Ahoéfa AHOLOU à Dakar,
- Madame Clémentine Rissala MABOUDOU, Economiste à Lomé,
- Madame Opportune SANTOS-NIKIEMA à Lomé,
- Monsieur Florent Komlanvi AMENOUNVE , aux USA,
- Monsieur Valentin Kouassi AGBETROBU, Assistant Médical à Lomé,

- Monsieur ATAYI, Directeur de l'Hôtel TOURIST à Lomé,
- Messieurs les membres du Bureau Exécutif du District n°6 Ablogamé (Lomé)
- Monsieur Amakoué Nestor AYHEE, Directeur de CABERI, Président du Club A.S GUEPARDS de Gbégnédzi –Allaglo à Lomé,
- Monsieur Peter HONYI-MIDADJE, B.T.D. à Lomé

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements pour leurs conseils et leurs actions diverses qui ont efficacement contribué à notre perfectionnement au cours de notre formation d'Inspecteur.

Nous exprimons une marque particulière de reconnaissance à Messieurs DIA et TAMBA, pour leur disponibilité et le suivi constant qu'ils ont manifesté tout au long de la réalisation de cette étude.

Mes remerciements vont également :

- A mes amis KANGNI DJISSI Folly Joachim , AMOUZOU Kokou Robert, AMENYON John pour leurs soutiens et sacrifices consentis dans l'encadrement de mes enfants pour suppléer au manque causé par mon absence.
- A tous mes frères, sœurs, cousines, oncles, tantes pour leur soutien moral.
- A tous mes anciens professeurs de l'INJS de Lomé, à tous mes aînés Inspecteurs de la Jeunesse et Sports pour leur sympathie.
- A tous mes collègues de la 11^{ème} promotion pour leurs soutiens moral et financier lors des événements malheureux que j'ai connu durant cette année universitaire.
- A tous les formateurs de la 11^{ème} promotion et à tout le personnel de l'administration de l'INSEPS de Dakar pour leur sérieux dans le travail.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de cette étude, nous disons de tout cœur : M E R C I.

GLOSSAIRE

1. **ATBEF** : Association Togolaise pour le Bien Etre Familial.
2. **CERPOD** : Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population et le Développement.
3. **C.H.U** : Centre Hospitalier Universitaire.
4. **CILSS** : Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel.
5. **CIPD** : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
6. **C.J** : Centre de Jeunes.
7. **C.M.S** : Centre Médico-Scolaire.
8. **CONFESJES** : Conférence des Ministres de la Jeunesse et des Sports des pays ayant en partage le français.
9. **CRASE** : Centre Rural d'Activités Socio-éducatives.
10. **DJASE** : Direction de la Jeunesse et des Activités Socio-éducatives.
11. **D.P.P** : Direction de la Planification de la Population.
12. **DSF** : Direction de la Santé Familiale.
13. **EDST** : Enquête Démographique et de Santé au Togo.
14. **EPD/SR** : Education en matière d'Environnement, de Population et de Santé de la Reproduction pour le Développement Humain.
15. **EVF** : Education à la Vie Familiale.
16. **IEC** : Information – Education – Communication.

17. **INJS** : Institut National de la Jeunesse et des Sports.
18. **INSEPS** : Institut National Supérieur de l'Education Populaire et du Sport.
19. **IPPF** : Fédération Internationale pour la Planification Familiale.
20. **IST** : Infections Sexuellement Transmissibles.
21. **O.M.S** : Organisation Mondiale de la Santé.
22. **ONG** : Organisation Non Gouvernementale.
23. **ONU** : Organisation des Nations Unies.
24. **PNLS** : Programme National de Lutte contre le SIDA.
25. **SDN** : Société Des Nations.
26. **SFPS** : Santé Familiale et Prévention du SIDA.
27. **SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquis.
28. **SNSJA** : Service National de Santé des Jeunes et des Adolescents.
29. **SR** : Santé de la Reproduction.
30. **TSL** : Technicien Supérieur de Laboratoire.
31. **UCAD** : Université Cheikh Anta Diop.
32. **UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population.
33. **URD** : Unité de Recherche Démographique.
34. **VIH** : Virus Immunodéficience Humaine.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Sous-échantillon par préfecture.....	29
Tableau 2 : Répartition par catégorie d'âge et le milieu de provenance.....	30
Tableau 3 : Répartition par sexe selon le milieu d'origine.....	30
Tableau 4 : Répartition par milieu selon le sexe.....	30
Tableau 5 : Répartition par niveau d'instruction selon le sexe.....	31
Tableau 6 : Principales caractéristiques démographiques.....	37
Tableau 7 : Quelques ratios de population par catégorie de personnel de santé	39
Tableau 8 : Répartition géographique du personnel sanitaire.....	40
Tableau 9 : Récapitulatif des performances réalisées entre 1996-2000.....	53
Tableau 10 : Répartition des jeunes enquêtés selon le milieu familial et les caractéristiques démographiques (%)......	61
Tableau 11 : Répartition des jeunes enquêtés selon les différentes sources d'informations sur la contraception, IST/VIH/SIDA et sur la sexualité (%)......	63
Tableau 12 : Répartition des jeunes enquêtés selon l'âge à l'enquête et la source actuelle d'information (%)......	65
Tableau 13 : Répartition des jeunes enquêtés selon le niveau d'instruction e et la source souhaitée d'informations sur la contraception, IST/VIH/SIDA et sexualité (%)......	66
Tableau 14 : Répartition des jeunes enquêtés selon la source actuelle d'information et la source souhaitée d'information sur la contraception, IST/VIH/SIDA et sexualité (%)......	67
Tableau 15 : Répartition des jeunes enquêtés selon certains concepts sur la sexualité (enquête SFPS en 1998 et le notre en 2003)......	70
Tableau 16 : Modèle de régression des déterminants de la connaissance des structures spécialisées.....	72
Tableau 17 : Modèle de régression logistique des déterminants de la connaissance de la sexualité.....	74

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des jeunes selon l'âge et le sexe.....	59
Graphique 2 : Occupation des jeunes au moment de l'enquête.....	60
Graphique 3 : Sources d'informations actuelles des jeunes sur la contraception, IST/VIH/SIDA.....	64

INTRODUCTION

Aujourd'hui, des millions d'adolescents et de jeunes sont placés devant la problématique du mariage et de la maternité précoce, d'une éducation incomplète et de la menace des infections sexuellement transmissibles (IST) et surtout du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) / syndrome de l'immunodéficience acquis (SIDA).

La moitié de tous les nouveaux cas d'infections par le VIH frappent des jeunes âgés de 15 à 24 ans¹. Le dernier rapport du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) souligne qu'en élargissant les connaissances, les perspectives, les choix et la participation des jeunes, on leur permettra de mener une vie saine et productive, de sorte qu'ils puissent pleinement contribuer au développement de leurs communautés et à un monde plus stable et prospère.

Les adolescents et les jeunes d'aujourd'hui font des expériences diverses, en fonction de la diversité des réalités politiques, économiques, sociales et culturelles qu'ils rencontrent dans leurs communautés respectives. Leur vie en général est marquée par un trait commun : l'espoir d'un avenir meilleur. Cet espoir est consolidé par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), sur lesquels se sont accordés en 2001 les dirigeants du monde et qui visent à réduire l'extrême pauvreté et la faim, ralentir la propagation des IST/VIH/SIDA, réduire la mortalité maternelle et infantile, assurer l'éducation primaire pour tous et améliorer le développement durable, d'ici à 2015.

Au Togo, l'évolution rapide des données sociales et économiques a modifié les pratiques culturelles. L'urbanisation a particulièrement transformé les schémas familiaux, entraînant d'importantes conséquences pour la communication entre personnes et entre générations. Les médias modernes transmettent les images de sociétés et de modes de consommation différents. Un tel échange d'images peut être source d'enrichissement culturel et intellectuel, particulièrement lorsqu'il est mutuel.

¹ UNFPA , « Prévenir l'infection par le VIH, Promouvoir la santé en matière de reproduction : Action de l'UNFPA » 2003, New-York, p2.

Mais la propagation des modèles à travers les médias européens et américains ne s'est pas accompagnée d'une capacité accrue d'acquisition, par le jeune togolais, des moyens d'accéder aux modes de vie des sociétés de consommation qu'ils dépeignent.

C'est sur cette toile de fond que de nombreux jeunes togolais doivent prendre des décisions concernant leur comportement à l'égard de la santé. Ils sont en particulier confrontés pour la première fois à leur sexualité et à aux conséquences qui en découlent. Le nombre des grossesses précoces, des maternités à risques et des infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que la menace du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) forcent les partenaires au développement à chercher des réponses nouvelles et plus efficaces aux besoins en santé de la reproduction chez les jeunes et les adolescents à travers des structures d'encadrement idoines et la formation de leurs encadreurs.

Tenter d'élucider les structures d'encadrement des jeunes et des adolescents et leurs impacts sur la santé des jeunes au Togo, nous paraît important dans la compréhension de la prise en charge de leurs besoins.

Quels sont les facteurs explicatifs et les éléments de réponse qu'on est en droit d'apporter aux diverses mutations qui secouent la famille en Afrique ? Par quels moyens les jeunes et les adolescents sont-ils informés et comment se procurent ils des préservatifs ?

Face à la mutation profonde de la structure familiale d'encadrement des jeunes et des adolescents, des initiatives ont été prises par les Associations et ONG , ainsi que les institutions internationales telle que la Fédération Internationale de la Planification Familiale (IPPF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Dans leurs stratégies de promotion de la santé reproductive des adolescents, des Centres Conseils aux Jeunes et aux Adolescents ont vu le jour afin d'offrir à ces derniers des services en matière de santé de la reproduction.

Dans cette étude, nous nous sommes proposé d'examiner les structures d'encadrements des jeunes et des adolescents en partant du cadre familial qui a connu un profond changement d'une part et d'autre part identifier les structures spécialisées, apprécier leur travail et connaître leurs limites en vue de préconiser des solutions pour améliorer l'encadrement de cette tranche d'âge de la société togolaise.

Pour ce faire, notre analyse s'articulera autour de trois parties :

La première partie est consacrée aux caractéristiques géographiques, économiques et démographiques du Togo. Elle servira de cadre général de l'étude ;

Dans la deuxième partie, il sera question des différents aspects de santé du jeune et de l'adolescent en Afrique en général et au Togo en particulier, le statut du jeune et de l'évolution des structures familiales. Nous présenterons brièvement les structures d'encadrement spécialisées existantes ;

La troisième partie se penche sur l'analyse des données recueillies à l'issue d'une enquête menée auprès des jeunes et adolescents en milieu rural et semi-urbain en vue d'apprécier leurs connaissances, attitudes et comportements ;

Enfin, dans la conclusion, nous insisterons sur les recommandations destinées aux structures d'encadrement, aux programmes de santé en faveur des jeunes et des adolescents au Togo.

PREMIERE PARTIE

CADRE GENERAL DE L'ETUDE

Chapitre 1 : PROBLEMATIQUE

Les jeunes de 10 à 24 ans représentent 29% de la population togolaise et constituent sans doute, la tranche d'âge la plus vulnérable aux effets des grossesses non désirées, aux infections sexuellement transmissibles, au VIH/SIDA, à la toxicomanie et à la délinquance².

La jeunesse du Togo est précocement active sexuellement bien qu'elle ait une connaissance élevée de la planification familiale à hauteur de 74%, mais seulement 7% utilisent des méthodes contraceptives ; d'où, un grand nombre de grossesses non désirées (15%), d'avortements provoqués (souvent effectués dans des conditions douteuses en dehors des infrastructures médico-sanitaires dramatiques et dangereuses) et un fort taux d'infections au VIH/SIDA. Sur les 8 541 cas de SIDA déclarés au Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA de 1987 à 1997, 2 989 cas soit 25,52%³ sont enregistrés chez les jeunes de 15 à 29 ans. Au Service de dermatovénérologie de la capitale Lomé, les jeunes atteints des IST représentent 10% des consultations si on sait qu'il est admis que les jeunes n'aiment pas aller se faire soigner par honte ou par peur d'être réprimandés par le personnel. Ce pourcentage ne semble refléter pas la réalité.

Selon l'Enquête Démographique et de la Santé du Togo (EDST) de 1998, les adolescents de 15 à 19 ans ont déjà commencé leur vie féconde (41% à 19 ans) et 16% ont déjà eu au moins un enfant. A 15 ans une femme sur 10 (autrement dit 11% des femmes) était déjà entrée en union et à 22 ans, ce taux est de 76%. L'âge médian pour le premier rapport sexuel est de 17,3 ans pour les femmes et de 18,8 ans pour les hommes.

² ATBEF, « La Jeunesse et nous » Bulletin Trimestriel, n°0001, 1998

³ ATBEF, « La Jeunesse et Nous » Bulletin Trimestriel, n°0001, 1998

Comment se présentent aujourd'hui, les structures d'encadrement des jeunes et des adolescents en santé de la reproduction et la prévention des IST/VIH/SIDA ? Quels sont les déterminants de l'attitude et la pratique des jeunes et adolescents en matière de sexualité ?

Les réponses à ces questions revêtent une importance critique en particulier à la lumière des données qui révèlent que la majorité des jeunes a déjà un premier rapport sexuel avant l'âge de 20 ans, qu'ils sont relativement peu nombreux à recourir à une contraception fiable et que la moitié des nouveaux cas de VIH/SIDA sont enregistrés chez les moins de 25ans dans la sous - région Ouest africaine et au Togo en particulier.

Pourrons-nous affirmer que les prestations de services des structures actuelles d'encadrement ont un rôle important qui participent à l'éducation et à la formation extrascolaire de la jeunesse des localités où elles sont implantées ?

Les activités concourent-elles effectivement à compléter l'éducation classique ou institutionnelle que ces jeunes acquièrent ? Amènent-elles les jeunes à se retrouver pour partager leurs expériences ? Ou enfin, créent-elles véritablement un cadre aux jeunes pour qu'ils comprennent et vivent mieux leur jeunesse par la résolution de nombreux problèmes liés à leur statut ?

Aujourd'hui, les actions de quelques structures d'encadrement existantes ont incontestablement fait tâche d'huile comme en témoigne le nombre de jeunes qui les fréquentent de jour en jour, d'année en année à telle enseigne qu'elles font partie désormais des habitudes socioculturelles de la jeunesse des quartiers environnants où elles sont implantées.

Il y a lieu maintenant d'aller de l'avant en renforçant la capacité d'intervention de ces structures auprès des jeunes tant sur le plan des équipements que de la prestation de services afin de pérenniser leur existence ?

Deux enquêtes menées par l'Association Togolaise pour le Bien Etre Familial (ATBEF) en 1996, la première auprès des filles en milieu scolaire des classes de 4^{ème} à la terminale et la deuxième auprès des jeunes (garçons et filles) en milieu scolaire ont donné des résultats suivants :

- 81% des garçons ont déjà eu des rapports sexuels
- 72% des filles également.

L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 16,50 ans (garçons et filles confondus) et de 17 ans chez les filles en milieu scolaire. S'agissant des filles de façon générale et singulièrement des filles en milieu scolaire, 22% ont eu au moins une grossesse dont 87% ont abouti à un avortement avec des complications dans 41% des cas dont 8% d'ablation de l'utérus. Le taux de prévalence des grossesses en milieu scolaire est de 10% alors que 96% des filles en milieu scolaire et 79% (filles et garçons confondus) ont connaissance d'au moins une méthode de contraception.

De ces données socio-démographiques et sanitaires sur la planification familiale et les IST/VIH/SIDA, il ressort clairement que les besoins des jeunes, groupe relativement le plus important de la population togolaise, sont loin d'être satisfaits en matière d'information, de conseils et de prise en charge en santé de la reproduction.

Pour corriger cette situation et pallier l'absence de structures spécialisées au plan national à même de prendre systématiquement en compte et de répondre aux préoccupations des jeunes sur les questions de la santé de la reproduction, des institutions non gouvernementales comme l'ATBEF et gouvernementales comme le Service National de Santé des Jeunes et des Adolescents (SNSJA) et la Direction des Activités Socio-éducatives (DJASE), se sont engagés dans un programme de création de centres d'information, de conseils et de prestations de services cliniques pour les jeunes :

- Pour l'ATBEF : le Centre de Notsé ouvert en 1989, les Centres de Lomé et de Sokodé ouverts en 1996 avec le concours de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF)
- Pour le SNSJA : le Centre de Lomé ouvert en 1998.
- Pour la DJASE, l'intégration d'un volet IEC en santé de la reproduction dans les activités des Centres Ruraux d'Activités Socio-éducatives (CRASE) de Kpélé-Govié et Morétan avec l'appui financier de l'UNFPA depuis 2002.

Il s'agissait de rendre disponible l'information et les services pour les adolescents et les jeunes afin qu'ils puissent éviter le cycle de grossesses non désirées, précoces ou prématurées ; les avortements à risque, les IST et le VIH/SIDA et jouir d'un développement physique, émotionnel et psychosocial plus harmonieux.

La présente étude doit nous permettre de vérifier l'impact du travail d'encadrement relatif aux connaissances, aux attitudes et aux comportements des jeunes et des adolescents au Togo. En d'autres termes, faire ressortir l'importance de ces structures d'encadrement pour amener les jeunes et les adolescents à pratiquer des comportements responsables, notamment à minimiser au maximum les risques dès leurs premiers rapports sexuels, à réduire le nombre de leurs partenaires, à accroître autant que faire se peut l'utilisation de méthodes de prévention de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA.

Elle devra aussi servir aux *planificateurs*, aux *décideurs politiques* et aux bailleurs de fonds à élaborer des stratégies et des programmes ancrés dans des faits démontrés, qui soient à même d'améliorer la santé des jeunes, et les aider à mener une vie saine et gratifiante contribuant au bien être de leur famille et de leurs communautés.

Au Togo où les jeunes et les adolescents représentent 29% de la population, nous estimons que si l'on parvient à engager les jeunes à prendre des décisions responsables dans ce sens, ils façonneront autrement les questions de sexualité et de procréation dans le pays et détermineront d'autres perspectives pour les générations à venir.

En ce début de nouveau millénaire portons en priorité notre attention sur les droits et les besoins des jeunes. Il y a plus de jeunes aujourd'hui (que jamais auparavant) et ils méritent que nous prenions en considération leur existence et leur apports notre appui.

« Par nos efforts communs, nous pouvons aider les jeunes et les adolescents à réaliser leurs rêves d'une vie meilleure. S'ils y sont préparés par les connaissances, leur choix et les perspectives d'avenir nécessaires, ils peuvent mener une vie saine et productive et contribuer à l'avènement d'un monde plus stable. Mais si à l'opposé, leurs besoins et leurs préoccupations sont ignorés ou reçoivent un faible rang de priorité, c'est non seulement à eux, mais à nous tous qu'un mauvais service est rendu. » Mme Thoraya Ahmed Obaid ; Directrice Exécutive du FNUAP, message prononcé à l'occasion de la célébration de la Journée Mondiale de la Population (11/7/03)



Revue critique de la littérature

La santé de la reproduction est l'un des sujets qui préoccupent davantage les Etats et les Institutions des Nations Unies. Depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire (Egypte) en 1994, elle a fait l'objet d'une littérature florissante. Nous présentons ici quelques uns des documents que nous avons consultés dans le cadre de notre travail.

Family Health International dans le cadre de son programme *YOUTHNET*, a publié en mai 2003, un document sur les : « Stratégies d'intervention adaptées aux besoins des jeunes »⁴.

Le document fait le point des programmes qui ont aidé des jeunes de pays en développement à pratiquer des comportements à moindre risque, notamment à retarder l'âge de leur premier rapport sexuel, à réduire le nombre de leurs partenaires et à accroître l'utilisation des méthodes de prévention de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles (IST), dont les IST/VIH/SIDA.

Les principales conclusions de la recherche et les efforts programmatiques portent sur trois types d'interventions, à savoir : la création d'un environnement dans lequel les jeunes se sentent à l'aise, l'amélioration des connaissances et des comportements en matière de santé de la reproduction. Le document met aussi en relief les résultats de 39 évaluations d'interventions axés sur les jeunes de pays en développement. On pourrait dire qu'il décrit des questions opérationnelles fondamentales en insistant notamment sur le renforcement de la capacité, l'élargissement et la viabilité des programmes et la participation des jeunes.

Ce document a le mérite d'attirer l'attention des décideurs politiques, administratives, des responsables d'ONG et associations sur les voies et moyens pour faciliter l'accès des jeunes aux informations sur la santé de la reproduction. Cependant nous constatons un retard dans la mise en place de structures d'encadrement des jeunes, des

⁴ « Stratégies d'intervention adoptées aux besoins des jeunes » Family Health International, Document n°1, mai 2003

adolescents en matière de la Santé de la reproduction malgré la situation de crise dans laquelle les familles semblent plonger. Elles sont incapables de jouer correctement leur rôle d'éducation et de promotion sociale du jeune.

Les résultats d'une autre étude relative à la santé de la reproduction des adolescents de la région sahélienne a été initiée par le CERPOD⁵ et réalisée dans cinq pays du CILSS montrent que le problème de la Santé de la Reproduction des jeunes sahéliens est urgent, complexe, sensible et les solutions ne sont pas évidentes. En effet, l'environnement socioculturel des cinq pays du Sahel est favorable au mariage précoce et à l'éducation familiale donnée aux filles visant principalement leur mariage. Ainsi, dès qu'elles atteignent la puberté, le premier souci des parents est de les marier le plus tôt pour qu'elles ne perdent leur virginité qui est très valorisée dans certaines sociétés sahéliennes. S'y ajoute le fait que dans l'ensemble, les sociétés sahéliennes sont pronatalistes et la maternité est l'objectif primordial du mariage.

Cependant, le mariage est plus précoce en milieu rural qu'en milieu urbain et la scolarisation en est l'un des facteurs du recul de l'âge au mariage. Aussi bien en milieu rural qu'urbain, les filles scolarisées échappent beaucoup plus au mariage précoce. L'urbanisation influe également sur ce fait car de plus en plus dans les villes, il y a des filles de plus de 20 ans célibataires. Ces jeunes sont exposés à la sexualité pré-nuptiale et à toutes les conséquences qui en découlent puisque la famille, l'école, les institutions religieuses ne leur donnent pas assez d'éducation leur permettant d'assurer une sexualité responsable. Leurs principales sources d'information sont les amis, les médias, les aînés et les films pornographiques. Ils courent évidemment les risques de contracter les IST et le VIH/SIDA.

Cette étude nous permet de mettre en relief les problèmes de sexualité des jeunes selon leur milieu de vie et leur niveau scolaire.

La Santé de la Reproduction des jeunes a fait l'objet de plusieurs articles dont nous citons notamment celui du professeur LEKE (J.I.R), Santé Reproductive et Planning

⁵ CERPOD, Santé de la Reproduction du Sahel : Les jeunes en Danger, Dakar, Décembre, 1999

Familial chez l'adolescent africain⁶ qui fait état de la précocité sexuelle des jeunes africains.

Au Cameroun, en effet, une étude a montré que 41,72% des jeunes sont sexuellement actifs et parmi eux 55% avant l'âge de 18 ans.

Une autre enquête semblable effectuée au Burkina-Faso sur 446 élèves répartis dans 10 écoles a révélé que l'âge moyen aux premiers rapports sexuels est situé à 16,5 ans. Les estimations montrent que 50% des adolescentes sexuellement actives ont leur premier rapport sans contraception. Une adolescente sexuellement active ne sollicite la contraception que 6 à 12 mois après le début des activités sexuelles. Le manque d'éducation sexuelle fait que moins de 30% des adolescentes africaines connaissent bien leur période féconde, ce qui entraîne des grossesses non désirées. La santé reproductive des adolescentes demeure l'un des principaux problèmes de santé publique en Afrique car elle participe pour environ 20% de la natalité annuelle.

Dans cet article, un accent particulier est mis sur le problème de santé reproductive des jeunes en milieu scolaire.

Au Togo, dans le cadre de la recherche des voies et moyens d'implication des jeunes dans les programmes de la Santé de la Reproduction, s'est tenue du 14 au 18 décembre 1998 la réunion des points focaux jeunes des Associations de Planification Familiale d'Afrique francophone sur le thème « Stratégies pour le renforcement des programmes de santé sexuelle et de reproduction des jeunes ». Le rapport final de cette rencontre reconnaît que : la pauvreté, le sous-développement psychoaffectif, l'influence des pairs, la sous-information, l'ignorance et les comportements sexuels à risque, le multipartenariat cantonnent les jeunes dans un cercle vicieux. A cela, s'ajoutent au niveau de la communauté, l'inexistence ou l'insuffisance des services de qualité, et à celui des institutions l'absence d'une politique gouvernementale, l'insuffisance et ou l'inaccessibilité des services de SR.

⁶ Pr LEKE J.I.R., « Santé Reproductive et Planning Familial chez l'adolescent africain », in Vie et Santé n°16, Trimestriel Juillet - Août - Septembre 1993, page 19-21.

En matière de politiques et de plaidoyer, le consensus s'est dégagé sur l'implication des jeunes dans la recherche de partenariat, la sensibilisation et la participation notamment à la formulation des politiques, la conception et l'évaluation des activités de toutes les structures des Etats.

Cette rencontre a le mérite d'être un forum d'échange d'expériences et de mise en commun des synergies en vue d'affronter efficacement les défis qui se posent aux jeunes en matière de S.R. Mais on se demande les rôles qui reviennent aux jeunes dans la mise en œuvre de ces stratégies pour la résolution des problèmes prioritaires ainsi identifiés ?

Le Comité d'Etude sur les Femmes et la Famille en Afrique (CEFFEVA), en collaboration avec Family Health International (FHI) a mené une étude sous la direction du Docteur CHRISTINE NARE dont l'objet est de Mesurer l'accès à l'Education et aux Services de Planification Familiale pour les Jeunes à Dakar et Pikine (Sénégal).⁷ Les résultats de ces travaux ont abouti à l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de planification familiale et de santé reproductive. Les barrières existantes et perçues aux services de planification familiale et les attitudes du personnel clinique à l'égard des jeunes ont aussi été identifiées.

Il en ressort la nécessité de trouver de meilleurs moyens d'éduquer les jeunes sur la santé reproductive et la planification familiale. Car, il s'avère que ces jeunes ont besoin d'information et demandent que les services leur soient accessibles. Sur la base des résultats de l'étude, des suggestions ont été faites pour l'amélioration de l'accès à l'éducation et aux services de planification familiale aux jeunes.

Néanmoins, il convient de dire que l'étude n'a tenu compte que de la tranche d'âge sans se soucier des particularités des différentes catégories sociales qui existent dans ce groupe.

⁷ Dr NARE (CH), KATZ (K), TOLLEY (E), Mesurer l'accès à l'Education et aux Services de Planification Familiale pour les Jeunes à Dakar et Pikine (Sénégal), CEFFEVA -FHI, Février 1996.

Enfin, dans son article sur l'Éducation Sexuelle à l'École,⁸ Bakoraba SOUMARE montre que c'est aux parents que revient le devoir de donner l'éducation sexuelle à leurs enfants. Cependant, il y a très peu de parents qui accomplissent ce devoir.

Cette insuffisance d'information sexuelle tient au fait que l'éducation traditionnelle reçue par les parents ne les prépare pas à ce rôle. Ils n'ont pas des connaissances en matière de sexualité face aux questions de leurs enfants. En plus, la sexualité demeure un sujet tabou et les parents craignent que, munis de ces informations, les enfants se livrent à la « débauche ». Ainsi donc, il revient à l'école de prendre en charge l'éducation sexuelle des jeunes.

Cet article a le mérite de mettre l'accent sur le manque d'éducation sexuelle dans la famille qui demeure la cellule sociale de base.

L'étude de Abdoulaye Tombon BIAYE, « Les Perceptions et les attitudes des jeunes de Grand Yoff sur les phénomènes de santé de la reproduction et les stratégies d'animation : exemple des jeunes bénéficiaires des CSRJ/ASBEF »⁹, mémoire de DEA en sociologie nous montre que l'environnement socio-culturel constitue un élément déterminant dans l'explication ou dans la compréhension de la distance sociale en matière de santé de la reproduction.

La distance sociale est cet écart noté entre les pratiques initiées en matière d'animation et de sensibilisation en santé de la reproduction et les attitudes actualisées par les jeunes et adolescents. Cette distance relève de la culture, des perceptions et des formes de représentations propres à chaque groupe social et culturel.

C'est pourquoi, il affirme que dans leur rapport à la sexualité, les perceptions et les formes de représentations qu'ils se font dans ce domaine ont une large emprise sur leurs attitudes et pratiques.

Les différentes thèses énoncées dans cette étude nous permettent de faire ressortir l'hypothèse d'une distance sociale entre les comportements et les pratiques en matière de santé de la reproduction et des attitudes actualisées par les populations.

Ceci nous permet d'entrevoir dans quel milieu social évoluent ces jeunes et adolescents et quels sont les problèmes de sexualité et reproduction qui les affectent.

⁸ BAKORABA SOUMARE « L'éducation sexuelle à l'école » - in Famille et Développement, n° 53, Septembre 1989, P. 30 – 32.

⁹ Abdoulaye Tombon BIAYE, « Les Perceptions et les attitudes des jeunes de Grand Yoff sur les phénomènes de santé de la reproduction et les stratégies d'animation : exemple des jeunes bénéficiaires des CSRJ/ASBEF »⁹, Mémoire de DEA en sociologie, 2002

Chapitre 2 : **METHODOLOGIE**

Une étude sur l'impact et les perspectives des structures d'encadrement des jeunes et des adolescents en santé et de la reproduction paraît à première vue d'importance moindre aux problèmes d'insertion socio-économique et de chômage que connaît cette tranche d'âge en ce début de siècle.

C'est un exercice difficile car il s'agit ici « *d'investiguer et de mettre à jour ce qui est vécu et senti au plus intime de l'être* »¹⁰ dans une société où il existe encore une poche de conservatisme et surtout, où les questions relatives au sexe demeurent à ce jour empreintes de mythes et de mystères qu'il ne convient pas de dévoiler au risque de s'attirer des problèmes.

Section 1 : Présentation des instruments de collecte

Pour mener notre étude, deux techniques ont été utilisées. Nous avons mené une recherche documentaire et un questionnaire pour l'enquête de terrain.

1.1. La recherche documentaire :

Nous avons commencé notre recherche documentaire dès que le sujet d'étude a été identifié. Ensuite, elle a continué pendant l'étude suivant une méthode itérative. Des revues spécialisées, des publications, des rapports, des ouvrages, des mémoires d'étudiants à Dakar à l'INSEPS et au Département de Sociologie de l'UCAD, ont été parcourus.

Nous avons aussi bénéficié de la documentation fournie par des professeurs de l'INSEPS tout comme certaines de nos autres relations.

Elle s'est déroulée tout au long de l'étude et les outils sont constitués d'ouvrages généraux, documents Internet, statistiques existantes, des rapports, des journaux. Cette

¹⁰ Myre J.C ; Demers, H ; Quiviger, A ; *La force des rencontres*, Ed. Fides, Montréal, 1982, 123p.

recherche a permis de recenser les littératures existantes et les activités réalisées en vue d'un encadrement efficace des jeunes et des adolescents au Togo.

1.2. Le questionnaire :

L'une des étapes de l'analyse est le recueil d'information sur le terrain. Un questionnaire léger a été conçu à cet effet. Cet instrument de collecte a servi d'outil de communication pour l'équipe d'enquêteurs.

Au cours de la passation, des questions relatives au counseling ont situé l'équipe d'enquêteurs sur le niveau de connaissances, d'aptitudes et pratiques des jeunes et adolescents enquêtés.

Le questionnaire comprend sept grandes items : identification, caractéristiques des parents ou tuteur, environnement fraternel et relationnel, autorité parentale, mode de transmission des informations sur la sexualité, connaissances sur la sexualité et parenté responsable et IST/VIH/SIDA.

Pour le traitement, nous avons utilisé le logiciel EPI INFO6 comme environnement global pour la création de la base de données (dictionnaire) et la saisie des données (enregistrement des réponses des enquêtes).

Section 2 : Constitution de l'échantillon

L'étude porte sur les jeunes et les adolescents scolarisés ou non de cinq localités du Togo : Kpélé-Govié (Préfecture de Kloto) ; Morétan (préfecture de l'Est Mono), Sokodé (Préfecture de Tchaoudjo), Kara (préfecture de la Kozah) et Dapaong (préfecture de Tône).

Cependant, dans le cadre de ce travail, vu le temps et les moyens disponibles, ne pouvant interroger tous les jeunes dans les différentes localités, nous avons procédé à un tirage au sort aléatoire d'un sous-échantillon, constitué des jeunes de chacune des localités.

C'est ainsi que dans le village de Kpélé-Govié-Adéta, et Morétan nous avons procédé au tirage au sort aléatoire d'un sous échantillon constitué du 1/100^{ème} de l'estimation de notre groupe cible (tranche d'âge de 10-24 ans) qui est respectivement de 9 800 jeunes et 9 600 jeunes. Nous avons donc obtenu un total de 98 jeunes pour Kpélé-Govié-Adéta et 96 jeunes pour Morétan.

En ce qui concerne les autres localités qui représentent des chefs lieux de préfecture, nous avons utilisé la même procédure. Mais contrairement aux deux premières localités nous avons pris 1/1275^{ème}. Ce qui nous donné : pour Sokodé un sous-échantillon de 88 jeunes, pour Kara, un sous-échantillon de 98 jeunes et Dapaong un sous-échantillon de 103 jeunes.

Au total, notre sous-échantillon d'enquête compte 483 jeunes et adolescents. Il nous a paru plus judicieux de choisir les jeunes parmi les différentes couches sociales de la population des localités concernées tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

Le choix a été fait au hasard, toutefois des précautions ont été observées :

- le choix des jeunes doit respecter les tendances générales qui se dégagent des questionnaires,
- les jeunes enquêtés ne doivent pas appartenir à la même famille.

Tableau 1 : Sous-échantillon par préfecture

PREFECTURE	Fréquence	Pourcentage	Cumul
EST MONO	96	19.9%	19.9%
KLOTO	98	20.3%	40.2%
KOZAH	98	20.3%	60.5%
TCHAOU DJO	88	18.2%	78.7%
TONE	103	21.3%	100%
Total	483	100%	

Tableau 2 : Répartition par catégorie d'âge et le milieu de provenance

Tranche d'âge	MILIEU				TOTAL	
	RURAL		URBAIN		Fréquence	%
	Fréquence	%	Fréquence	%		
10 – 14 ans	36	18,6	16	5,5	52	10,8
15 - 19 ans	98	50,5	152	52,6	250	51,8
20 – 24 ans	60	30,9	121	41,9	181	37,4
TOTAL	194	100	289	100	483	100

Tableau 3 : Répartition par sexe selon le milieu d'origine.

Tranche d'âge	MILIEU				TOTAL	
	RURAL		URBAIN		Fréquence	%
	Fréquence	%	Fréquence	%		
FEMININ	77	39,7	151	52,2	228	47,2
MASCULIN	117	60,3	138	47,8	255	52,8
TOTAL	194	100	289	100	483	100

Tableau 4 : Répartition par milieu selon le sexe

Tranche d'âge	SEXE				TOTAL	
	FEMININ		MASCULIN		Fréquence	%
	Fréquence	%	Fréquence	%		
RURAL	77	33,8	117	45,9	194	40,2
URBAIN	151	66,2	138	54,1	289	59,8
TOTAL	228	100	255	100	483	100

Tableau 5 : Répartition par âge selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge	MILIEU				TOTAL	
	RURAL		URBAIN		Fréquence	%
	Fréquence	%	Fréquence	%		
10 ans	6	3,1	6	2,1	12	2,5
11 ans	37	19,1	52	18,0	89	18,4
12 ans	85	43,8	145	50,2	230	47,6
13 ans	37	19,1	50	17,3	87	18,0
14 ans	29	14,9	36	12,5	65	13,5
TOTAL	194	100	289	59,8	483	100

Tableau 5 : Répartition par niveau d'instruction selon le sexe

MILIEU	INSTRUCTION								TOTAL	
	ANALPHA		DEGRE 1		DEGRE 2		DEGRE 3		fréq.	%
	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%		
FEMININ	23	60,5	27	40,9	121	49,0	57	43,2	228	47,2
MASCULIN	15	39,5	39	59,1	126	51,1	75	56,8	255	52,8
TOTAL	38	100	66	100	247	100	132	100	483	100

N.B.

- Indépendamment du milieu de résidence, les 483 enquêtés se composent de 47,2% de filles et de 52,8% de garçons ;
- Indépendamment du sexe, deux enquêtés sur cinq résident en milieu rural (40,2%) ;
- Sur les 228 filles enquêtées, le tiers (33,8%) proviennent du milieu rural qui abrite deux filles sur cinq enquêtés (37,7%) tout sexe confondu ;

Section 3 : Sites de collecte des données .

Les enquêtes se sont déroulées pendant les mois de septembre et octobre 2003 dans cinq localités différentes du Togo : deux en milieu rural et trois en milieu urbain.

Ces localités ont été retenues parce qu'abritant des structures conventionnelles d'encadrement de jeunes et surtout accueillant le projet TOG/01/P02 intitulé « Appui à la prévention des IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées en milieu jeune » piloté par le Ministère de la Jeunesse et des Sports avec un financement du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Section 4 : Contraintes :

Quiconque a une expérience des enquêtes de ce genre, connaît la méfiance et la réticence des jeunes gens et des jeunes filles quand il s'agit de répondre à des questions du genre : à quel âge aimerais-tu te marier ? Combien d'enfants voudrais-tu avoir ? As-tu déjà eu de rapport sexuel ? Si oui à quel âge as-tu eu le premier rapport ? etc. Globalement, cette attitude de réticence, quelque peu négative dont ils font preuve dans la communication des informations les concernant n'a guère facilité le traitement des données dans leur globalité.

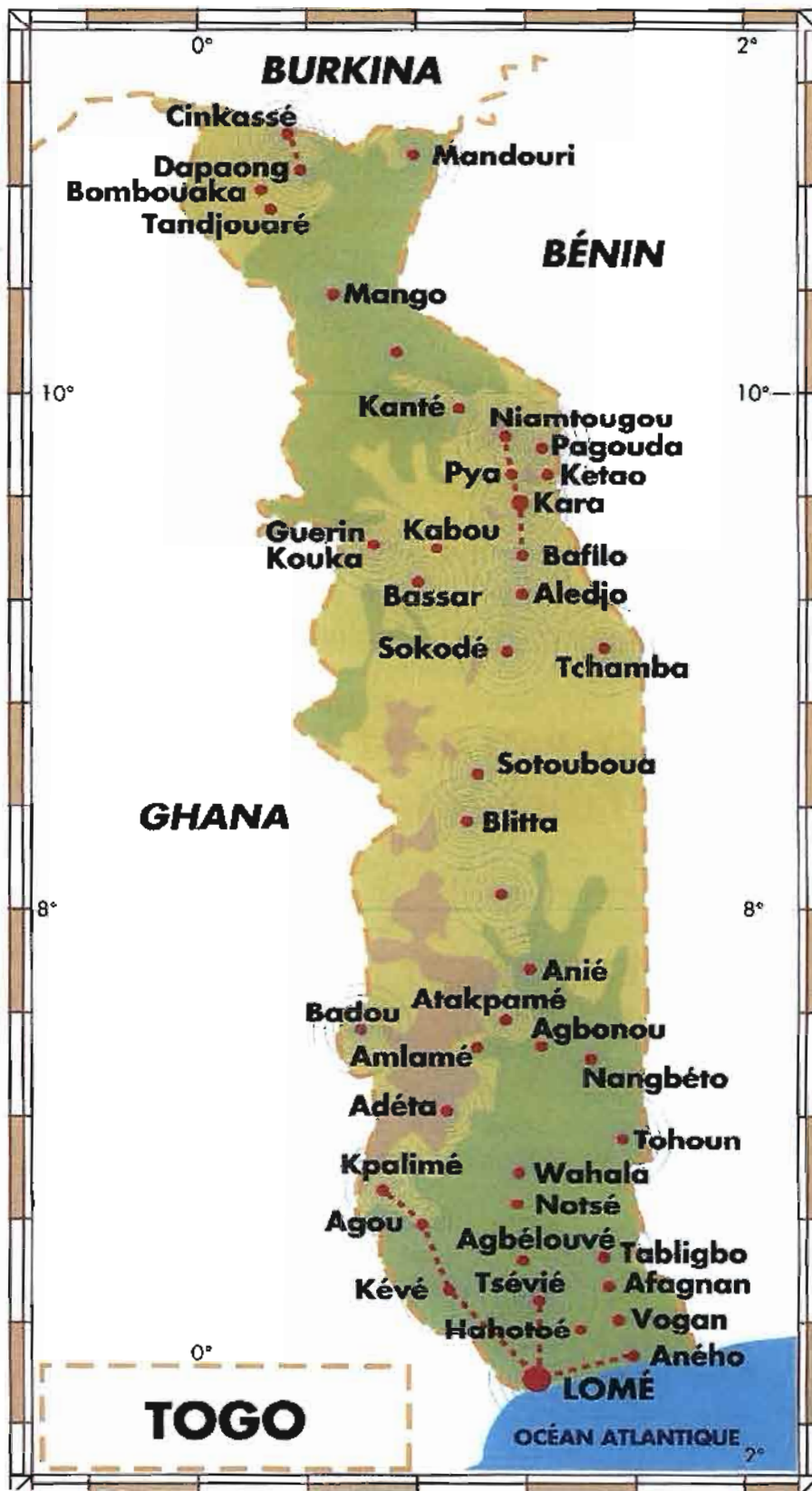
Nous estimons qu'il nous fallait une sensibilisation auprès des jeunes pour du moins atténuer la méfiance et la surprise. Malheureusement les moyens financiers et le temps matériel nous ont fait défaut. Toutefois, nous avons essayé d'expliquer aux jeunes l'objectif de l'enquête en insistant sur le caractère d'inventaire et de collecte d'information ; ce qui nous a permis d'obtenir les résultats faisant l'objet de développement à la troisième partie.

Aussi, le lecteur doit avoir à l'esprit relativement au choix de la méthodologie que les résultats présentés ne peuvent en aucun cas être extrapolables et donner lieu à une interprétation de type statistique.

Ils ne constituent que des indicateurs de tendance vraisemblable et pour certains d'entre eux des indicateurs de perception qu'ont les jeunes du problème posé ou du phénomène considéré.

Néanmoins, tous ces indicateurs ont permis d'aboutir à des résultats intéressants , et à mettre en évidence certains problèmes sensibles des jeunes. De même, ils ont permis de formuler des recommandations et d'envisager des actions et stratégies que nous pouvons mettre en œuvre en notre qualité d'Inspecteur de l'Education Populaire, de la Jeunesse et des Sports à l'issue de cette formation.

CARTE DU TOGO



Section 1 : L'héritage Historique

La configuration actuelle du Togo a été le fruit d'un long processus historique qui plonge ses racines dans le passé colonial.

Le 4 juillet 1884, le traité germano-togolais avec le roi Mlapa III de Togoville permettait à l'Allemagne d'assurer une protection douanière, sociale et coloniale aux intérêts allemands devenus importants face aux menaces franco-britanniques. La puissance coloniale allemande s'installa donc au Togo, à partir de cette date et s'attacha à la mise en valeur du territoire qui s'étendit alors sur 85 000 Km² avec plus d'un million d'habitants.

La discipline et l'ordre dans le travail qui caractérisaient les Allemands amenèrent des résultats favorables, à savoir l'accroissement considérable du produit d'exploitation. Ce développement rapide de l'économie suscita la hantise des autres colonisateurs européens. La Première Guerre Mondiale mit fin ainsi à cette expérience économique. Les allemands furent ainsi contraints par la défaite militaire de quitter le Togo en cédant la place aux français et anglais dont le premier acte politique fut le partage du territoire en deux : le Togo français et le Togo Britannique. Le Togo français s'identifie à la République Togolaise dans sa forme actuelle.

Après la Première Guerre Mondiale, le Togo français fut placé sous mandat de la SDN (Société des Nations) qui confia l'administration du nouveau territoire à la France.

A la fin de la Deuxième Guerre Mondiale, le Togo français passa sous le régime de tutelle de l'ONU. L'évolution du pays à partir de cette période se fera alors dans des conditions d'extrême tension entre les représentants du pays administrateur et ceux des populations administrées. Le 03 août 1957, la République Autonome du Togo fut proclamée.

L'indépendance du Ghana voisin en 1957 avec le Togo britannique qui fut cédée au Ghana, a eu pour conséquence directe de précipiter les événements au Togo français. La période allant de septembre 1959 au 27 avril 1960 fut celle d'une dégradation de la situation politique intérieure, des luttes fratricides entre les différents partis politiques et d'une absence totale de l'appareil économique.

Se fondant sur la résolution n° 1182 de l'Assemblée des Nations Unies relative aux transferts des pouvoirs et à l'avenir du Togo, la France accepta le principe des négociations bilatérales, et les deux parties convinrent de l'octroi de l'indépendance pour 1960. Ainsi, le 27 avril 1960, un nouvel Etat est né.

Section 2 : Situation Géographique et administrative

Situé en Afrique de l'Ouest, plus précisément dans le Golfe de Guinée, le Togo couvre une superficie de 56 600 Km² avec une population estimée en 1995 à 4 052 000 habitants. En l'an 2010, cette population devrait atteindre 6 427 000 habitants selon les prévisions des Nations Unies. Il s'étire sur 650 km de long et 45 à 150 km de large avec une façade de 50 km sur la côte atlantique. Il est limité au nord par le Burkina Faso, à l'Est par le Bénin, à l'Ouest par le Ghana et au sud par l'Océan Atlantique.

Il est divisé en cinq régions économiques qui sont, du nord au sud : Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime. Chaque région économique est subdivisée en préfectures. Le Togo compte 30 préfectures et 4 sous-préfectures.

La zone méridionale est caractérisée par une alternance de deux saisons sèches et de deux saisons de pluies avec des précipitations pouvant atteindre 1200 mm dans les régions montagneuses. Le Nord du pays a un climat du type sahélien avec une seule saison de pluies dans l'année, de juillet à octobre.

La population togolaise est jeune (près de la moitié a moins de 15 ans) et essentiellement rurale (75%)¹¹. Le revenu par tête d'habitant est estimé à 410 dollars en 1990¹².

La population togolaise est à plus de 80% rurale. Elle compte une quarantaine d'ethnies dont les plus importantes sont les Ewe-Adja et les Tem. La ville de Lomé, véritable melting-pot, rassemble presque toutes les ethnies du Togo (Ewé, mina, kabyè, adja, fon, cotokoli, peulh, akposso, moba, tchokossi etc.) et une forte colonie de pays africains et méditerranéens. Les communautés religieuses dominantes sont : les animistes 58,8%, les chrétiens 29,1 et les musulmans 12,1%.

Le réseau de communication togolais comprend tous les modes traditionnels de transport, sauf fluviaux. Il se compose de :

- 7 500 km de routes
- 440 km de chemin de fer
- un port en eau profonde
- un aéroport international à Lomé
- un aéroport non commercial à 420 km environ de Lomé
- cinq aéroports secondaires répartis dans le pays.

Le réseau de postes et télécommunications couvre tout le pays. Toutes les localités importantes sont branchées sur le réseau téléphonique automatique.

¹¹ Rapport National sur la Population 1993

¹² Country Human Development Indicators, 1993, UNDP

Section 3 : Situation socio-économique

Le Togo, à l'instar de la grande majorité des pays de l'Afrique au Sud du Sahara, connaît depuis les années 80, une crise économique qui devait contraindre le pays à adopter en 1989, un plan d'ajustement structurel.

Cette situation économique morose, s'est aggravée dans les années 90, avec la dévaluation du franc CFA en janvier 1994, doublée d'une crise socio-politique toujours dans l'impasse. La suspension au Togo de l'aide publique au développement par ses partenaires ne fait que affaiblir un peu plus le paysage économique togolais, où la pression fiscale, laisse très peu de marge d'autofinancement aux entreprises pour leur développement.

La fluctuation excessive des prix du cacao, du coton, du café et des phosphates, principaux produits d'exportation dont est tributaire le Togo, ne permet pas au pays de disposer de ressources stables pour faire face à ses besoins d'investissement.

Comme conséquences, on note une diminution du pouvoir d'achat des individus et des ménages, une paupérisation et une dégradation des conditions de vie des populations surtout en milieu rural.

L'économie du pays a durement subi aussi, le contrecoup de la crise socio-politique dont les effets sont encore perceptibles. Elle se caractérise par une dégradation continue des principaux indicateurs économiques.

Le secteur primaire, représente 42%¹³ du PIB en 1999 avec 27,5%¹⁴ pour les cultures vivrières, et occupe plus de 50% de la population active. Le secteur tertiaire contribue pour 36% au PIB en 1999 contre 22% pour le secteur secondaire¹⁵. Le revenu par tête d'habitant est resté quasiment stationnaire sur la dernière décennie (55.200 FCFA en 1995 contre 55.600 FCFA en 1999) et le taux de chômage national a atteint un niveau très élevé (25,6% de la population active). Il résulte de cette situation une intensification croissante de la pauvreté et une dégradation importante du contexte social mesurée par un indice de développement humain (IDH) de 0,468, et un indice de pauvreté de 72,1% en 1999¹⁶

¹³ Quatrième Programme d'Assistance du FNUAP au Togo, Avril 2001

¹⁴ *ibid.*

¹⁵ *ibid.*

¹⁶ *ibid.*

Section 4 : Contexte démographique

Le Togo a, à son actif, diverses opérations de collectes de données démographiques depuis 1960. Le pays a réalisé trois recensements généraux de la population respectivement en 1960, 1970 et 1981, deux enquêtes démographiques et de santé en 1988 et en 1998, et une enquête budget - consommation en 1987-1990. Le quatrième recensement programmé pour le début des années 1990 n'a pas vu le jour du fait des difficultés de mobilisation des ressources pour son financement. De ce fait, la base de données disponibles est dépassée et les informations qu'elle contient sont de moins en moins fiables et complètes.

D'après les données socio-démographiques disponibles, la population togolaise est passée de 1.443.000 habitants en 1960 à 4 506 000 habitants en 1999 selon les dernières estimations faites par le Direction de la Statistique Générale. Le taux d'accroissement naturel aura évolué de 2,6% par an entre 1960 et 1970 à 2,9% entre 1970 et 1981, 3% en 1981 et 1990 et, selon les données issues de l'EDST-II en 1998, 2,4% par an entre 1990 et 1998 avec un taux brut de natalité estimé à 37‰ et le taux de mortalité à 13‰ .

Tableau 6 : Principales caractéristiques démographiques

REGIONS	SUPERFICIE EN Km2	POPULATION TOTALE	INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE	DENSITE habitant/Km2	POPULATION AGEE DE 10 à 24 ans
MARITIME	6 100	1 825 000	5,23	299	565 750
PLATEAUX	16 975	863 000	6,09	51	265 530
CENTRALE	13 317	362 000	7,49	27	112 220
KARA	11 738	565 000	6,75	48	175 150
SAVANES	8 470	437 000	7,95	52	135 470
TOGO	56 600	4 052 000	6,47	72	1 256 120

SOURCE : La population togolaise dans ses grandes lignes ; publication du FNUAP 1995.

La structure par âge de la population togolaise révèle une forte proportion de jeunes conséquence d'une fécondité encore élevée malgré les changements observés pendant cette dernière décennie. Si les tendances actuelles sont maintenues le pays comptera en l'an 2015 environ 10,58 millions d'habitants et la tranche d'âge de moins de 15 ans passera de 2 026 000 à 5 290 000 et celle de 10 à 24 ans passera de 1 256 120 à 3 052 371 selon une étude de la Direction de la Planification de la Population.

Section 5 : Couverture sanitaire

La couverture générale en infrastructure est d'une unité de soins pour 8 500 habitants alors que la norme de l'OMS est d'une unité pour 5 000 habitants. Cette couverture géographique est inégalement répartie.

Dans le secteur public, on note à ce jour, 03 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), 02 Hôpitaux spécialisés, 01 Hôpital secondaire urbain, 06 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), 26 Hôpitaux de District, 79 Centres Médico-Sociaux, 07 polycliniques, 397 dispensaires, 22 PMI, environ 400 postes de santé, 03 centres de transfusion sanguine, 01 Institut National d'hygiène et 02 Centres Nationaux d'Appareillage Orthopédique.

Dans le secteur privé lucratif, on compte 25 cliniques, 74 cabinets médicaux, 12 cabinets dentaires, 04 cabinets d'ophtalmologie, 02 cabinets de laboratoires, 03 cabinets d'optique, 01 dispensaire.

Le secteur privé non lucratif comprend 07 hôpitaux confessionnels, 07 centres médico-sociaux confessionnels, 08 dispensaires confessionnels, 01 infirmerie confessionnelle, 07 protections maternelles et infantiles.

La situation des ressources humaines du secteur public est caractérisée par un effectif de 5 893 agents en début 2002, dont 72,4% de personnel soignant. Parmi le personnel soignant, 29% sont des infirmiers, 8% des sages-femmes contre 6% de médecins (265) et 5% d'Assistants médicaux (211). Quelques ratios de population par catégorie de personnel de santé sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 7 : Quelques ratios de population par catégorie de personnel de santé.

INDICATEURS	NORMES (OMS)	VALEURS NATIONALES
Nombre d'habitant pour un médecin	10 000	17 887
Nombre d'habitant pour un infirmier	5 000	6 061
Nombre d'habitant pour une Sage-femme	5 000	13 700
Nombre d'habitant pour un Assistant Médical	5 000	22 465
Nombre d'habitant pour un Technicien Supérieur de Laboratoire	5 000	52 667
Nombre d'habitant pour un Laborantin d'Etat	5 000	24 948

SOURCE : Plan National de Développement Sanitaire, 2002.

Le Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour certaines catégories de prestations notamment la Santé de la Reproduction n'est pas disponible dans toutes les formations sanitaires. La qualité des soins et services n'est pas satisfaisante. L'accessibilité financière surtout des groupes vulnérables et pauvres n'est pas assurée. L'absence d'une politique sectorielle des ressources humaines constitue un handicap pour l'amélioration de la qualité des soins de santé à la base et le rétablissement de l'équité régionale dans la répartition du personnel. Elle se traduit par ailleurs par :

- un déficit quantitatif et qualitatif des ressources humaines
- une répartition géographique inadéquate du personnel avec une grande concentration urbaine des agents surtout dans la Commune de Lomé au détriment des zones rurales comme le montre ce tableau de la répartition des catégories de personnel médical et paramédical selon la région. En effet l'inégalité de la répartition des ressources humaines disponibles entraîne de graves disparités : dans la ville de Lomé, on compte 53% de médecins, 42% de Sages-femmes, 26% d'infirmiers soit au total 33% du personnel médical.

De nombreuses formations sanitaires sont tenues par le personnel non-qualifié. Un inventaire des besoins effectué en 1996 a révélé que 17% des dispensaires sont tenus par des manœuvres et 42% des agents de soins étaient formés sur le tas.

Tableau 8 : Répartition géographique du personnel sanitaire

Catégorie Région	Médecin	Infirmiers d'Etat	Sages- Femmes	Assistant Médical	Labo- rants	TSL	TSG	Autres Soignants	Total
Lomé- Commune	149	211	171	57	67	34	10	657	1 356
Maritime	27	151	57	30	15	8	7	315	610
Plateaux	32	170	54	48	35	15	9	354	817
Centrale	12	48	13	16	12	7	2	159	269
Kara	31	140	37	44	48	20	10	562	892
Savanes	14	62	14	16	13	6	5	318	448
Ensemble	265	782	346	211	190	90	43	2 465	4 392

SOURCE : Plan National de Développement Sanitaire, 2002.

DEUXIEME PARTIE

**LES STRUCTURES D'ENCADREMENT
DES JEUNES ET DES ADOLESCENTS
EN MATIERE DE SR/IST/VIH/SIDA.**

Chapitre 1 : Les jeunes et les adolescents à travers les âges.

Les termes “adolescents”, “jeunes” et “jeune génération” ont une valeur différente selon les sociétés. Ces catégories sont associées – là où elles sont reconnues comme telles – à différents rôles, responsabilités et âges en fonction du contexte local. Les moments clés d’une vie : mariage, début des rapports sexuels (premier rapport sexuel), emploi, grossesse, acceptation dans les organisations d’adultes, participation politique, surviennent à des moments différents selon les sociétés et au sein d’une même société.

Cette étude applique les définitions qui sont d’usage courant dans différents contextes démographiques, politiques et sociaux :

- Adolescents : de 10 à 19 ans (première adolescence, 10-14 ans; seconde adolescence, 15-19 ans).
- Jeunes : 15-24 ans (20 à 35 pour les pays francophones d’Afrique)
- Jeune génération : 10-24 ans.

Les politiques et programmes des différents pays font souvent des distinctions qui leur sont propres. Dans nos pays francophones en Afrique, la politique de la jeunesse s’applique jusqu’à l’âge de 35 ans.

Au Togo, les programmes de santé en matière de reproduction destinés aux adolescents ont des buts et des stratégies différents selon l’âge (en reconnaissance du fait que les intérêts, savoir-faire et besoins de la première adolescence ne sont pas les mêmes que ceux de la seconde adolescence). Les documents pédagogiques en matière d’éducation à la santé en sont les preuves. Ils sont conçus différemment selon l’année d’étude.

L’adolescence est un processus de croissance. Orienter les enfants jusqu’à leur accession à l’âge adulte n’est pas et n’a jamais été une tâche relevant exclusivement des parents. Dans les communautés rurales traditionnelles, c’est le rôle de la famille étendue et des systèmes bien établis fondés sur la hiérarchie et le respect régissant la

tradition. Mais, dans tous les pays en développement, les certitudes de la tradition rurale font place à la vie urbaine, avec ses perspectives et ses risques, les libertés individuelles qu'elle confère, les attentes plus complexes imposées par la société et ses armatures qui soutiennent l'individu.

Dans un environnement urbain en évolution rapide, les jeunes obtiennent de leurs compagnons d'âge, et de plus en plus des médias, la plus grande partie de leur information sur le monde extérieur, sur les attentes à nourrir et le comportement à suivre. Cette tension entre les parents, qui souvent voient dans les jeunes des enfants qui ont besoin d'être protégés, et le monde extérieur, qui les traite en adultes, traduit le dilemme central des adolescents d'aujourd'hui.

Entre 10 et 19 ans, les transitions s'accumulent. La manière et le moment où les jeunes les traversent varient considérablement selon leur situation. À 10 ans, dans la plupart des sociétés, les enfants sont supposés vivre avec leurs parents, aller à l'école, n'avoir pas encore atteint la puberté, n'être pas mariés et n'avoir jamais travaillé. À 20 ans, beaucoup d'adolescents ont quitté l'école et leur famille. Ils sont devenus sexuellement actifs, se sont mariés et font partie de la population active.

Si les recherches comparatives sont peu nombreuses, les différences au sein des sociétés et entre les sociétés sont plus prononcées en ce qui concerne les adolescents, et il peut être moins utile de les généraliser que pour tout autre groupe d'âge : certaines sociétés reconnaissent à peine une transition prolongée à l'âge adulte ; pour d'autres, l'adolescence semble aller de la fin de l'enfance jusque bien au-delà de 20 ans.

En outre, nous disposons d'un ensemble de connaissances beaucoup moins solidement constitués concernant les adolescents que pour tout autre groupe d'âge, et ceci est encore plus vrai concernant la première adolescence, de 10 à 14 ans, que la seconde adolescence, de 15 à 19 ans. Si l'information sur les jeunes commence à s'améliorer, on dispose de peu de données fiables sur les plus fortes influences qui modèlent leur vie : les compagnons d'âge, les familles et les communautés.

L'adolescence peut être décrite comme une période de transition de l'enfance à l'âge adulte marquée par des changements enchevêtrés dans le corps, l'esprit et les relations sociales. C'est pendant la jeunesse que se forment de nouvelles structures de comportements susceptibles de durer toute la vie. L'adolescence est la période des premières expériences dans de nombreux domaines : relations inter humaines surtout les relations sexuelles, essai du tabac, de l'alcool et d'autres drogues. La prise de risques, étape normale du développement des jeunes, peut toutefois se révéler plus dangereuse si elle s'associe à la consommation d'alcool et de drogues.

De plus, de nombreux facteurs supplémentaires ont eu des répercussions sur le comportement et la santé des jeunes ; par exemple : l'afflux d'un grand nombre de gens vers les villes, le développement des télécommunications par delà les frontières culturelles et géographiques, la multiplication des déplacements, la survenue de la puberté à un âge généralement plus précoce et du mariage à un âge plus tardif, la perte de l'influence et du pouvoir de la famille, l'impact néfaste du VIH/SIDA ainsi que l'intensification de la violence.

Hormis les changements biologiques bien connus, le développement psychologique s'opérant durant cette période peut être caractérisé par le processus d'acquisition d'un sens d'identité sexuelle, d'appartenance à un groupe d'individus de même sexe et la curiosité de connaître le sexe opposé.

Comme caractéristiques particulières de ce groupe, toujours en prenant en considération les différences socioculturelles, on peut rassembler quelques traits dominants des jeunes :

- manque d'information, de connaissance et d'expérience,
- absence de perception des conséquences à long terme de leur comportement,
- plaisir à mener des actions comprenant des risques,
- réorientation de groupes de même sexe vers des groupes mixtes,
- recherche d'indépendance,
- liaison étroite de toute capacité cognitive aux émotions,

- forte orientation de leurs comportements sur l'avis présumé des autres (susceptibilité à la pression par des pairs),
- prédominance des conflits (entre les jeunes, conflits entre leurs attitudes et celles de leurs parents, avec leur partenaire, etc.

Eu égard à l'esprit de ce qui vient d'être mentionné et aussi :

- les problèmes des sociétés de transition à cause du déclin des normes et des règles traditionnelles,
- le combat du système des valeurs traditionnelles (exemple une plus grande valeur accordée à la virginité) et les valeurs des pays industrialisés (libertinage sexuel et des biens consommables),
- l'abandon de la famille étendue qui traditionnellement permettait de supporter la jeunesse,

il est tout à fait concevable d'affirmer que « *le chemin à travers l'adolescence peut paraître effrayant et incertain* »¹⁷

L'ensemble de toutes ces caractéristiques montre que le travail avec ce groupe demande une communication bien réfléchie et équilibrée ainsi que beaucoup de sensibilité, de crédibilité, de confiance, de compréhension et de patience.

Les décideurs, les communautés et les familles doivent élaborer des politiques et des programmes et donner une orientation afin que les jeunes, dans leur immense majorité, aient les ressources qui leur sont nécessaires pour contribuer à leurs sociétés respectives.

Pour les besoins de cette étude, les termes « jeunes » et « adolescents » seront utilisés de manière interchangeable et couvre la tranche d'âge de 10 à 24 ans.

¹⁷ Baker 1990 p.9

Chapitre 2 : Connaissances, attitudes et comportements des jeunes et des adolescents dans une société togolaise en mutation.

Au Togo, dans un passé récent, l'éducation sexuelle était bien intégrée dans un système social d'initiation et de protection. La transmission des normes et des valeurs était garantie par la famille et la communauté. Aujourd'hui, les modifications et les éclatements de la structure traditionnelle font qu'il y a une rupture dans cette chaîne de transmission. Et comme il n'y a pas un système de remplacement pour l'éducation sexuelle traditionnelle, les jeunes reçoivent les informations, qui sont souvent contradictoires, incomplètes et fausses, par le biais des médias modernes, des parents, des pairs, ou à travers les conversations, les rumeurs, les observations, etc. Dans une telle situation, les jeunes gens se perdent en ce qui concerne à la fois leur identité et leurs comportements sexuels.

Il existe aujourd'hui, un bon nombre d'études quantitatives et qualitatives où on peut trouver nombre d'informations concernant le comportement, les attitudes et les connaissances des jeunes et comme conséquence souvent dégagée leurs besoins « non-satisfaits » dans le domaine de la sexualité.

L'analyse documentaire dans le cadre de la présente étude nous permet de tirer les conclusions suivantes, qui résument assez pertinemment les propos tenus dans ce chapitre :

1. Les jeunes sont sexuellement actifs avant le mariage et surtout à partir de l'âge de la puberté. A l'âge de 20 ans la grande majorité se livre régulièrement ou occasionnellement à des rapports sexuels ;
2. Les rapports sexuels se font souvent de manière non planifiée et occasionnelle, par exemple après une soirée dansante sous l'effet d'alcool ou de la drogue;

3. Les partenaires changent souvent après un temps court car la fidélité et la permanence des relations entre jeunes avant le mariage ne sont pas favorisés par certains aspects culturels comme la polygamie ;
4. En majorité les jeunes garçons évitent sans trop de moyens convainquants de ne pas mettre en grossesse et les jeunes filles évitent, comme elles peuvent, c'est-à-dire parfois avec des moyens très aléatoires, de tomber enceinte ;
5. Les jeunes ont la vision ou le rêve d'une famille moins nombreuse que la famille de leurs parents. Le nombre d'enfants souhaité, de génération en génération, est toujours plus réduit que le nombre souhaité par les adultes qui précèdent ;
6. La différence d'âge qui souvent existe entre les partenaires (jeune fille avec un homme adulte, jeune garçon avec une femme adulte) rend la communication et les échanges sur la contraception difficiles ;
7. Les jeunes sont en majorité capable de citer des moyens contraceptifs ainsi que les moyens de prévenir le Sida. Mais cette aptitude de nommer les produits n'implique pas l'aptitude à les utiliser correctement ;
8. Les jeunes n'ont pas de connaissances approfondies concernant le fonctionnement de leurs corps et la conception, faute d'éducation et d'informations bien précises en la matière ;
9. Les jeunes, surtout ceux qui ont moins de 20 ans, utilisent rarement, par timidité ou inconscience, par insouciance ou encore par curiosité mal placée, des moyens contraceptifs lors de leurs premiers rapports sexuels, malgré leur volonté d'éviter les grossesses. Débutant ainsi, ils courent les plus grands risques ;

10. La méthode du calendrier est bien appréciée mais les connaissances de son utilisation correcte et de ses faiblesses font défaut, ainsi que la faiblesse de la maîtrise des envies ;
11. Le condom par le fait que sa promotion semble orientée vers la lutte contre le Sida, est souvent perçu comme moyen de prévention des maladies avec les partenaires douteux. Proposer son utilisation à un partenaire honnête semble être inacceptable et frise dans l'esprit de certains des soupçons, un manque de confiance ou carrément une insulte ;
12. Les jeunes connaissent une gamme de produits dits « abortifs » qu'offre surtout la pharmacopée voire dans une certaine mesure la médecine moderne. Cette connaissance crée à tort l'idée qu'en cas « d'accident », il y a des moyens de remédier aux risques ;
13. Les filles craignent avant tout l'infertilité. Ainsi elles sont tentées - surtout après un certain temps d'activité sexuelle- de tester une preuve de leur fertilité par une grossesse quoique précoce ;
14. L'impact des IST sur la fertilité est ignoré.

En conséquence, il est évident que la formulation des politiques et la définition des programmes d'éducation pour les jeunes et les adolescents doivent prendre en compte ces informations pour leur réussite.

Chapitre 3 : Situation actuelle d'appui à la SR des jeunes et des adolescents.

Section 1 : Analyse de la situation sanitaire

Les jeunes et les adolescents qui constituent une frange importante de la société sont très vulnérables et donc exposés aux risques que constituent les grossesses et les maternités précoces et aux comportements à risques.

Selon l'EDST-II, la fécondité précoce est la cause du poids de la tradition qui constitue un des problèmes majeurs des jeunes et adolescents. En effet, le taux brut de fécondité des adolescentes est estimé à 89‰. Pour les adolescents (15-19 ans), 19% ont déjà commencé leur vie active féconde et 16% ont déjà eu au moins un enfant. La périodicité de la fécondité est plus accentuée chez les adolescents vivant en milieu rural où 25% des adolescents ont déjà commencé leur vie féconde contre 12% en milieu urbain. Parmi les jeunes, 8% ont leurs premiers rapports sexuels à 15 ans et 38% à 18 ans. Le comportement sexuel des jeunes se caractérise par sa précocité et l'irrésistibilité des jeunes à l'acte sexuel. Une récente étude¹⁸ a révélé une périodicité des rapports sexuels chez les filles avec l'âge moyen des rapports sexuels qui équivaut à 18,35 ans avec un écart type de 2,55 ans.

Dans la tranche d'âge des jeunes et des adolescents, plusieurs risques pour la santé sont liés à une sexualité mal maîtrisée et surtout aux rapports sexuels non protégés qui se traduit par les grossesses précoces et non désirées aboutissant très souvent aux avortements provoqués et aux IST/VIH/SIDA.

A l'absence de données nationales sur la santé des jeunes et des adolescents, une étude réalisée en 1997 dans la commune de Lomé et dans la préfecture de Vo sur les jeunes scolaires, extrascolaires et marginaux permet de dégager un certain nombre de problèmes auxquels les jeunes sont confrontés.

¹⁸ Pr AKPADZA Koffi, Pr NAPO-Koura et al en juin 2002

Dans les maternités de l'Hôpital Secondaire de Bè et du CHU-Tokoin, 10% de jeunes qui viennent en consultation prénatale ont moins de 15 ans. A la maternité de Vogan, 21% des jeunes filles hospitalisées sont reçues pour avortements incomplets ou menaces d'avortement, 15% pour accouchement compliqués, 5% pour toxémie gravidique et autres pathologies sur la grossesse. Une autre étude montre que 10% des jeunes consultés dans le service de dermato-vénérologie souffrent des IST.

Pour ce qui concerne le VIH/SIDA, selon les données du PNLS, 8,1% de garçons contre 30,5% de filles entre 15 et 19 ans sont infectés parmi les 12 527 cas officiellement enregistrés de 1987 à 2000.

Les causes sous-jacentes aux rapports sexuels précoces et non-protégés concernent surtout l'insuffisance d'informations scientifiques sur la sexualité et les risques, l'accessibilité insuffisante aux moyens contraceptifs et leur coût qui bien que modeste reste dissuasif pour certains jeunes et adolescents sans ressources.

Le taux de fréquentation des formations sanitaires par les jeunes est faible. Les raisons évoquées par les jeunes et adolescents, sont pour l'essentiel : l'insuffisance des structures de prise en charge des jeunes et des adolescents ; l'insuffisance du personnel qualifié en SR des jeunes et des adolescents et l'accessibilité financière aux soins.

En effet, les structures traditionnelles de soins existantes ne répondent ni aux aspirations des jeunes et des adolescents, ni à leurs problèmes et besoins de santé de communication et d'affection. Par manque de formation spécifique le personnel des formations sanitaires ne leur réserve pas un accueil approprié, ne respecte pas leur intimité et ne se met pas souvent à leur écoute. C'est ainsi qu'on voit de plus en plus de jeunes et adolescents « raser les murs » des formations sanitaires pour s'assurer d'abord de la non présence sur les lieux des parents et des proches avant de se décider à y pénétrer.

Les formations sanitaires et surtout les hôpitaux ne bénéficient d'aucun appui spécifique pour prendre en charge les problèmes de santé des jeunes et des adolescents. Leurs frais médicaux sont exclusivement à la charge des parents ; ce qui ne leur facilite pas du tout l'accès aux soins.

En résumé, l'analyse de la situation sanitaire des jeunes et des adolescents montre que le système de soins développé en leur faveur est généralement inadéquat et irrationnel. Par ailleurs, la paupérisation de la population caractérisée par la perte de l'identité socioculturelle des jeunes et des adolescents favorise la déscolarisation, l'exode rural, la dévalorisation des jeunes et des adolescents et l'accroissement des comportements à risque tels que : la sexualité précoce, les grossesses précoces, les maternités, les avortements provoqués, la prostitution et les IST/VIH/SIDA.

C'est pour répondre à ces besoins que des initiatives louables ont été entreprises par la mise en place de structures spécialisées à travers le pays. Nous allons à travers les lignes qui suivent présenter les structures existantes.

Section 2 : Les structures spécialisées d'encadrement des jeunes et des adolescents existantes.

Pour pallier l'absence de structures spécialisées au plan national à même de prendre systématiquement en compte et de répondre aux préoccupations des jeunes sur les questions de la santé de la reproduction, l'ATBEF s'est engagée dans un programme de création de centre d'information, de conseils et de prestations de services cliniques aux jeunes à Notsé (1989), à Lomé et à Sokodé (1996) avec le concours de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF).

Le Ministère de Santé sur recommandation de la Banque Mondiale, transforme la Médecine scolaire en Service National de la Santé des Jeunes et des Adolescents (SNSJA) et Le Ministère de la Jeunesse et des Sports, intègre le volet IEC en santé de la reproduction aux activités de ses Centres Ruraux d'Activités Socio-éducatives (CRASE) avec l'appui du UNFPA à travers le projet TOG/01/ P02 intitulé « Appui à la prévention des IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées en milieu jeune ».

Avec l'appui de l'UNFPA, le Ministère de l'Éducation a mis en place le projet EPD qui après sa phase pilote, a été étendu à tout le territoire depuis la rentrée scolaire 1996-1997.

D'autres ONG et Associations interviennent dans le domaine de la santé des jeunes et des adolescents.

1. CENTRES DE JEUNES DE L'ATBEF

Ils ont pour objectif général «de contribuer à l'amélioration de l'état de santé physique et morale des jeunes. Et pour objectifs spécifiques de:

- favoriser l'accès aux services de santé de la reproduction de qualité à 12 000 jeunes de 13 à 24 ans des localités concernées,
- amener 6 000 nouveaux accepteurs de 13 à 24 ans à adopter des méthodes contraceptives dans les centres,
- réaliser 3500 Couple Année Protection (CAP) chez les jeunes de 13 à 24 ans bénéficiaires des services,
- améliorer le niveau de compétence en Santé de la reproduction de 60 000 jeunes filles et garçons scolaires et non scolaires des localités concernées en vue de l'adoption d'un comportement sexuel responsable,
- renforcer le niveau de compétence en gestion des programmes de jeunes, du personnel et des volontaires impliqués dans la gestion du projet,
- assurer la pérennité du projet y compris la pérennité institutionnelle et au moins 30% de l'autosuffisance financière dans un cadre efficace de partenariat et de participation communautaire.

Quatre grands domaines d'activités étaient prévus pour ce projet à savoir :

- les prestations cliniques,
- les activités IEC,
- les activités éducatives et de loisirs,
- les autres activités.

Analyse en tableau condensé des réalisations des centres de l'ATBEF :

Tableau 9 : RECAPITULATIF DES PERFORMANCES REALISEES ENTRE 1996 - 2000

Document du Projet Objectif : Extrants Attendus	Extrants réalisés	Ecart	Pourcentage	Commentaire
60 000 jeunes sensibilisés en EVF et SR/PF	75 944 jeunes sensibilisés en EVF et SR/PF	+ 15 944	+ 26,57%	Les efforts conjugués du personnel des centres et des pairs-conseillers pour réaliser des causeries aux centres et hors des centres ont permis ce résultat
IEC/PF intégré dans 19 centres médico-scolaires (CMS) à Lomé et à Sokodé	IEC/PF intégré dans 11 CMS	- 8	- 42,10%	Le Service de la Santé des Jeunes et des Adolescents, chargé de proposer les participants, n'a pas envoyé le nombre de participants requis pour la formation, ce qui fait qu'en fin de compte il n'y a que le personnel de 11 centres qui sont formés.
27 agents de 19 centres médico-scolaires (CMS) et 2 centres de jeunes formés en IEC et technologie contraceptive	22 agents de centres médico-scolaires (CMS) et Centres formés en IEC et technologie contraceptive	- 5	- 18,51%	
398 pairs conseillers formés en SR/PF et EVF	398 pairs conseillers formés en SR/PF et EVF	0	100%	
6 000 nouveaux accepteurs de PF	7 045 nouveaux de PF	+ 1 045	+ 17,44%	
3880 anciens accepteurs	1 607 anciens accepteurs	- 2273	- 58%	Les jeunes adoptent plus les méthodes non médicales (les préservatifs surtout) lesquelles ne sont pas comptabilisées pour les anciens accepteurs.
3 500 CAP réalisés	2 883,87 CAP réalisés	- 616,13	- 17,60%	
12 000 jeunes conseillés ou ayant eu accès aux services de SR	13 168 jeunes conseillés en SR/PF	+ 1168	+ 9,73%	Prise de conscience de la nécessité de consulter – Priorité à la santé
120 formateurs EVF formés	120 formateurs EVF formés	0	100%	Souci de l'ATBEF d'assurer un meilleur encadrement des jeunes et des adolescents
80 leaders communautaires sensibilisés	1 206 leaders communautaires sensibilisés	+ 1126	+ 1407,5%	Dans le souci de faire approprier le projet par les communautés, leur sensibilisation a été intensifiée.
12 groupes de discussion animés dans les localités concernées	12 groupes de discussion animés	0	100%	

Source : Rapport annuel de l'ATBEF – 2002

2. CENTRE DE JEUNES DU SNSJA

Le Service National de Santé des Jeunes et des Adolescents (SNSJA) a été créé par arrêté n°85/96/MSP du 31 mai 1996 en remplacement du Service National de Santé Scolaire et Universitaire pour prendre en compte tous les problèmes de santé des jeunes scolaires, universitaires et extrascolaires.

Il a pour objectif de promouvoir la santé et le développement des jeunes et des adolescents, que ce soit sur le plan physique, mental ou social en leur permettant d'acquérir davantage de connaissances et de savoir faire et en les incitant à entretenir des relations positives avec leur entourage et adopter des comportements qui favorisent la santé.

Pour atteindre cet objectif, un Programme National de Santé des Jeunes et des Adolescents a été élaboré depuis novembre 1997 et a pour mission de contribuer à offrir à tous les jeunes et adolescents des services de santé rationnels et adéquats et l'opportunité d'être les premiers acteurs de leur propre développement.

Activités réalisées au centre :

Au cours des causeries de grands groupes tous les lundi et mercredi soir, jours fériés et les samedis, 4 508 jeunes et adolescents ont été informés et sensibilisés sur les grands maux qui minent la jeunesse actuelle à savoir : échec scolaire, drogue, sexualité précoce et IST/VIH/SIDA.

Le Service de la Planification familiale a reçu (à titre d'exemple) au cours de l'année 2003, 117 clients (107 pour le counseling individuel sans adoption de méthodes et 10 pour le counseling individuel avec adoption de méthodes).

Le Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme a reçu pour le compte de l'année 2003 un total de 770 clients qui ont subi le test (393 garçons et 377 jeunes dames). Sur les 393 jeunes hommes dépistés, 31 sont séropositifs soit 7,88% et sur les 377 jeunes dames dépistées, 61 sont séropositives soit 16,18%.

3. LES CENTRES RURAUX D'ACTIVITES SOCIO EDUCATIVES DU MINISTERE DE LA JEUNESSE ET SPORTS

La Direction de la Jeunesse et des Activités Socio-éducatives (DJASE), dans sa mission d'encadrer la jeunesse, de faire participer les jeunes à des activités concrètes et d'organiser des loisirs sains pour promouvoir un comportement responsable des jeunes, a créé des Centres Ruraux d'Activités Socio-Educatives (CRASE). Des cinq existants, deux d'entre eux ont bénéficié à partir de 2002 d'un appui financier de l'UNFPA en vue d'intégrer à leurs activités habituelles un volet spécifique sur la Santé de la reproduction des jeunes et des adolescents.

Ce projet est en phase d'évaluation. Mais avant les conclusions de l'évaluation, l'UNFPA a décidé de l'étendre à la région de la Kara.

4. ACTIONS D'AUTRES ONG ET ASSOCIATIONS

Depuis 1996, l'ONG BORNFONDEN travaille avec l'ONG SILD dans certaines localités pour le suivi des enfants. SILD met en place un certain nombre d'outils pour le suivi de ces enfants. SILD est une ONG nationale de professionnelle de la Santé qui mène des activités en faveur des jeunes et des adolescents. Nous pouvons citer :

- le suivi médical d'environ 2000 enfants parrainés par le projet BORNFONDEN dans les régions Maritime et Plateaux ;
- projet de sensibilisation de mobilisation des jeunes pour la promotion de la Planification familiale (PF) et l'éducation à la vie familiale (EVF).

Pour la « COLOMBE » une organisation féminine pour l'éducation et la promotion de la femme et de la jeunes fille, elle a mené des projets de sensibilisation et d'éducation des jeunes filles en matière des IST/VIH/SIDA et la PF financé par le PNLS et les Volontaires Allemands (DED).

Nous pouvons aussi citer les actions de l'ONG FAMME (Forces en Action pour le Mieux Etre de la Mère et de l'Enfant) en prestation de soins médicaux et de

sensibilisation des jeunes et des femmes dans les domaines de la prévention des IST/VIH/SIDA, de la PF et de la prise en charge des jeunes filles marginalisées.

En ce qui concerne, l'Association Culturelle de Promotion et de Protection des Droits de l'Enfant et l'Education au Développement « Arc-en-ciel », elle a mené beaucoup d'activités de sensibilisation des jeunes et des femmes dans les domaines de la prévention des IST/VIH/SIDA. Elle a organisé des activités de formation des jeunes et de vente sociale de contraceptif.

Section 3 : IMPACT

D'une manière générale, la création des centres de jeunes et l'action des ONG et Associations ont un impact positif sur la vie des jeunes du point de vue de l'accès aux soins (surtout d'IST), du comportement sexuel, des loisirs, etc.

Les jeunes qui souffrent d'IST ont généralement peur d'aller se faire soigner dans les formations sanitaires à cause du comportement du personnel soignant non préparé à leur prise en charge. De ce fait, ils se livrent à l'automédication avec ses conséquences.

Les jeunes sensibilisés par les centres de jeunes et qui souffrent d'IST vont se faire soigner plus aisément dans les centres de jeunes de Lomé (ATBEF et SNSJA) et Sokodé. A titre d'exemple, en 2003 ont enregistré 132 cas de contraception d'urgence et 384 cas d'IST. Il en est de même pour les autres affections dont 2236 cas ont été enregistrés au cours de la même période.

Selon l'enquête « EVAC · JEUNES II » menée par l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé, 94% des jeunes qui fréquentent les centres de jeunes sont satisfaits des services offerts. Le sexe n'étant plus un tabou pour les jeunes sensibilisés, il leur est plus facile de s'informer et d'informer sur ce sujet ce qui facilite la pratique de l'hygiène y afférente.

Selon la même enquête de l'URD, le pourcentage de jeunes qui ont utilisé une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel est passé de 26% en 1998 à 37% en 2000 ; le préservatif étant la méthode la plus employée.

De plus en plus de jeunes filles qui ont eu des rapports sexuels sans protection n'hésitent plus de venir dans les centres pour la contraception d'urgence, chose qui était impossible il y a quelques années.

Dans le souci d'optimiser les résultats, les différentes institutions ont opté pour la formation des pairs conseillers et des formateurs en EVF. Ceci devrait en principe accroître la fréquentation des centres de jeunes et des centres médico-scolaires dont le personnel a été recyclé.

S'agissant des activités cliniques, un accent particulier a été mis sur la prise en charge thérapeutique des cas d'IST par la mise à disposition des jeunes des produits génériques à des prix assez réduits voire gratuits selon les possibilités offertes par les partenaires des centres.

Somme toute, les bénéficiaires, aussi bien les jeunes que les parents, expriment leur satisfaction en ce qui concerne les services offerts par les centres de jeunes. Selon le Directeur de Jeunesse et des Activités Socio-éducatives « les centres de jeunes créent un cadre propice permettant aux jeunes de comprendre et de mieux vivre leur jeunesse par la résolution de nombreux problèmes inhérents à leur statut ».

Outre sa mission d'encadrement des jeunes et des adolescents, les centres assurent la formation des personnes extérieures. Pour le Centre de Lomé, des étudiants de l'INJS et les membres de l'Union Chrétienne des Jeunes Gens (UCJG) ont eu l'opportunité de travailler avec des jeunes sur le terrain.

TROISIEME PARTIE:
IDENTIFICATION DES BESOINS
NON SATISFAITS

Chapitre 1 : ANALYSE DES DONNEES

Cette analyse concerne essentiellement l'échantillon de l'enquête. Il sera question des caractéristiques socio-démographiques et de la sexualité des jeunes (sources d'informations et état de la connaissance).

Section 1 : Le profil des jeunes et des adolescents

L'enquête a porté sur 483 jeunes âgés de 10 à 24 ans. La répartition des enquêtés selon le sexe apparaît assez équilibré. On dénombre 47,2% de filles pour 52,8% de garçons.

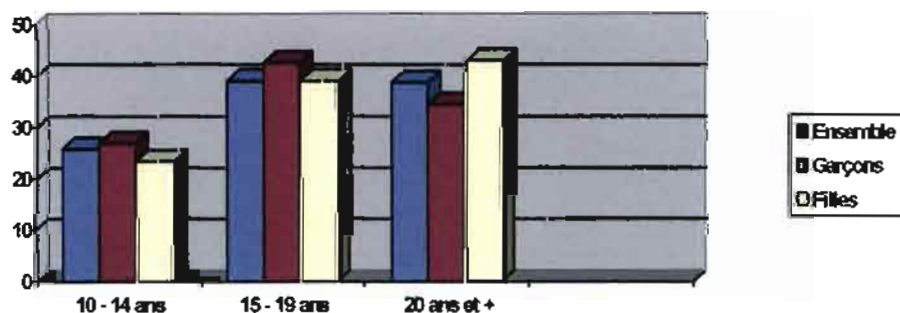
1.1. Structure par âge et par sexe des jeunes.

La majorité des jeunes sont âgés de plus de 14 ans. On retrouve presque les mêmes proportions de jeunes dans les classes d'âge 15-19 ans et 20 ans et plus (soit respectivement 51,8% et 37,5%). La moyenne d'âge se situe autour de 18,2 ans et l'âge médian s'élève à 18 ans.

L'analyse selon le sexe montre que les filles sont légèrement plus âgées que les garçons dans la mesure où la moyenne d'âge des filles s'élève à 18,4 ans alors que celle des garçons est de 17,9 ans.

L'analyse selon les différentes répartitions dans les classes d'âges montre qu'il y a plus de filles âgées de 20 ans et plus que de garçons appartenant à cette même tranche. Le graphique 1, sur la répartition des jeunes selon la classe d'âge et le sexe de l'enquêté, montre bien cette différence au niveau des différents groupes d'âges.

Graphique 1 : Répartition des jeunes selon l'âge et le sexe (%)



1.2. Niveau d'instruction

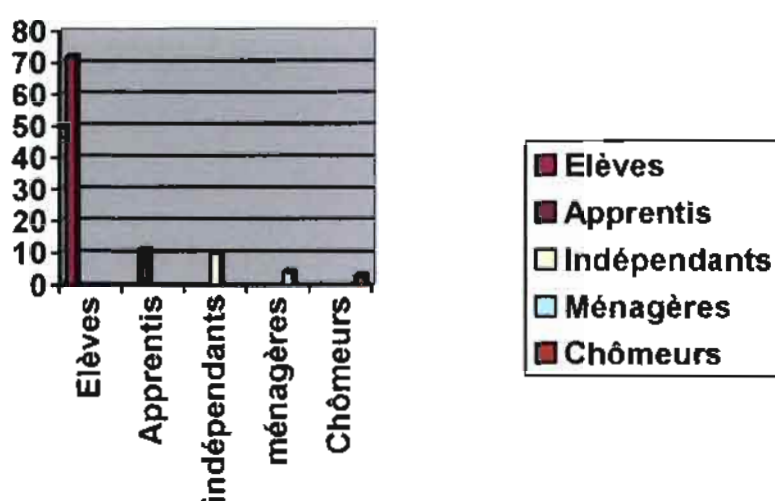
Il s'agit du niveau d'instruction atteint par le jeune au moment de l'enquête. Parmi les jeunes interviewés, 7,9% d'entre eux n'ont reçu aucune instruction, 13,7% ont atteint le niveau du 1^{er} degré (primaire), 51,1% sont au 2^{ème} degré (collège) et 27,3% sont au 3^{ème} degré (lycée).

L'analyse selon le sexe des enquêtés montre que pour 1% de garçon sans instruction, on dénombre 11% de filles. Il y a donc plus de filles non scolarisées que de garçons. Si nous considérons tous les autres qui déclarent avoir atteint un niveau d'instruction donné, on note également des différences selon le sexe de l'enquêté. Le niveau d'instruction atteint par les garçons est supérieur à celui atteint par les filles.

1.3. Occupation professionnelle des jeunes

La plupart des jeunes ont déclaré être élève (72%). Ensuite, viennent les apprentis (10%), les indépendants (11%), les ménagères (4%) et 3% de chômeurs.

De l'autre côté, on note que les filles sont en proportion plus importante dans les activités telles que apprenti et indépendant. Le graphique 2, présente l'occupation des jeunes au moment de l'enquête.



Graphique 2 : Occupation des jeunes au moment de l'enquête

1.4. Environnement familial

Le contexte familial dans lequel vivent les jeunes constitue un des déterminants de leurs comportements et attitudes en matière de sexualité. A la question de savoir avec qui ils vivaient au moment de l'enquête, 11,8% des jeunes avaient déclaré vivre seulement avec leur père, 20,3% vivaient avec leur mère seule, 50,3% avec les deux parents et 17,6% avaient déclarés ne vivre ni avec le père, ni avec la mère.

Tableau 10 : Répartition des jeunes enquêtés selon le milieu familial et les caractéristiques démographiques (%)

Caractéristiques démographiques	Vit avec père seul	Vit avec mère seule	Vit avec père et mère	Ni l'un ni l'autre parent	Total
Classe d'âge					
• moins de 15 ans	11,5	20,3	52,4	15,7	100
• 15 – 19 ans	10,4	24,0	43,7	21,9	100
• 20 ans et +	9,3	19,6	25,8	46,3	100
Sexe					
• Masculin	13,5	19,8	43,3	23,3	100
• Féminin	6,2	23,1	34,2	36,5	100
Occupation des jeunes					
• Chômeur	16	18,0	28,0	38,0	100
• Elève	11,4	22,2	51,1	15,3	100
• Apprenti	9,8	28,4	28,4	33,3	100
• Indépendant	11,5	19,4	17,8	51,3	100
• Ménagère	0,6	15,4	13,7	70,3	100
Statut scolaire					
• Hors école	7,6	20,5	21,0	50,9	100
• A l'école	11,4	22,2	51,1	15,3	100
Ensemble	10	22	38	30	100

Le tableau ci-dessus présente l'environnement familial des jeunes selon certaines caractéristiques démographiques. Les résultats de ce tableau s'analysent en plusieurs points :

- par rapport à la classe d'âge de l'enquêté, on remarque que, plus ils sont âgés moins nombreux ils sont à vivre avec les deux parents. Dans le même temps, on remarque également que les jeunes sont plus nombreux à ne pas vivre ni avec la mère au fur et à mesure qu'ils grandissent. Les jeunes âgés

de moins de 15 ans et entre 15 et 19 ans sont en outre significativement plus importants à vivre avec leurs deux parents qu'à ne pas vivre avec aucun des parents. En revanche, ils sont plus nombreux à appartenir à la classe d'âge de 20 ans et plus à ne vivre avec aucun des parents que ceux qui vivent avec leurs parents ;

- toujours par rapport à la classe d'âge, ils sont plus nombreux à vivre avec leur mère seule qu'avec leur père seul ; ceci quel que soit l'âge atteint au moment de l'enquête ;
- en tenant compte du sexe, on note que ces jeunes sont plus nombreux à vivre avec leur mère seule qu'avec leur père quel que soit le sexe de l'enquêté ;
- en considérant le statut scolaire, on note que la proportion des jeunes hors du système scolaire et qui ne vivent avec aucun des parents est significativement plus importante que ceux qui vivent avec leurs deux parents et qui sont également hors de l'école. En outre, si le jeune vit avec son père seul, il a moins de chance d'être hors du système scolaire ;
- par rapport à l'occupation des jeunes, les élèves sont plus nombreux à vivre avec leurs deux parents que ceux qui ne vivent pas avec aucun des parents.

Section 2 : La sexualité des jeunes

L'âge au premier rapport sexuel constitue un déterminant direct du niveau de la fécondité de la femme en l'absence de l'utilisation d'une méthode contraceptive. Bien que les rapports sexuels soient jadis autorisés dans le seul cadre du mariage, l'évolution de la société et les mutations diverses intervenues au sein des structures familiales ont largement favorisé les rapports sexuels pré-nuptiaux. Ces rapports sexuels se déroulent de plus en plus en dehors du mariage.

Afin d'apprécier les sources d'information des jeunes sur la sexualité, leurs opinions concernant ces sources d'informations et l'état même de leur connaissance sur la sexualité en général, des questions leur ont été posées dans ce sens. L'analyse de ces réponses fait l'objet de cette partie.

2.1. Les sources d'informations

a)- Sources actuelles d'informations

Tableau 11: Répartition des jeunes enquêtés selon les différentes sources d'informations sur la contraception, IST/VIH/SIDA et sur la sexualité (%)

Sources d'information	Contraception N = 483	IST/SIDA N = 483	Sexualité N = 483
Parents	5,2	2,9	13,2
Amis	16,7	8,9	18,9
Ecole / enseignant	37,3	41,0	36,2
Centre de Jeune / CRASE	2,7	2,3	2,3
Média	30,5	43,8	20,9
Pas de connaissance	6,3	0,2	7,5
Autre	1,3	1,0	1,0
Total	100	100	100

Les sources d'informations sur la santé reproductive auxquelles les jeunes ont accès sont diverses. Dans le questionnaire, quatre sources d'informations ont été distinguées : l'école, les médias, les parents et les amis. Il s'agit pour ces sources de s'informer surtout sur la contraception, sur les infections sexuellement transmissibles et le SIDA (IST/VIH/SIDA) et sur la sexualité.

L'analyse des résultats selon ces sources d'informations (confère tableau ci-dessous) montre que la plupart des jeunes s'informent essentiellement à l'école. Cette source d'information a été la plus citée quel que soit le sujet en question. Par rapport aux IST/VIH/SIDA, les jeunes sont significativement plus important à s'informer auprès de l'école qu'au sujet de la contraception ou de la sexualité par exemple.

Ensuite, les jeunes ont aussi cité les médias comme deuxième source d'information.

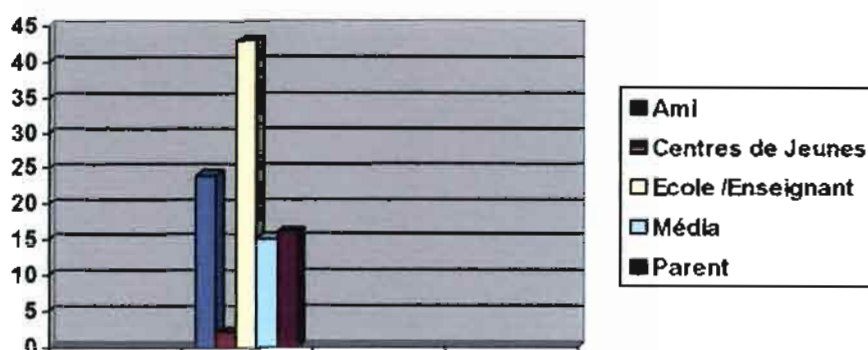
La source d'informations « Parent » a été très peu citée dans le cas des sujets tels que contraception et IST/VIH/SIDA. Les jeunes s'adressent beaucoup moins à leurs parents quand il s'agit des sujets comme la contraception et les IST/VIH/SIDA (5,2% et 2,9%)

La source d'informations « ami » a été plus citée dans les cas de contraceptive et de sexualité. Retenons tout de même que la source d'information Centre de Jeunes ou Centre Rural d'Activités Socio-éducatives (CRASE) a été très peu citée, quel que soit le sujet concerné.

Pour les besoins de l'analyse et pour être conforme à la variable source préférée des jeunes qui intègre en une seule les différentes sources d'information, nous avons regroupé ces trois sources en une seule variable dénommée « *source actuelle des jeunes en contraception - IST/VIH/SIDA – Sexualité* ». Cette variable devient la source actuelle d'information en santé de la reproduction des jeunes que nous allons comparer à leur source souhaitée.

Parmi les sources citées par les jeunes, c'est surtout l'école ou auprès des enseignants que ces jeunes déclarent souvent avoir eu des informations sur ces différents sujets (43%) au moment de l'enquête. Ensuite, viennent respectivement « amis », « parents » et « médias » (24,4%, 15,8% et 14,4%). La source Centre de jeunes ou CRASE n'a été citée que par 2% des jeunes.

Graphique 3 : Sources d'information actuelles des jeunes sur la contraception, IST/VIH/SIDA et la sexualité



Le tableau suivant présente la répartition des jeunes selon l'âge à l'enquête et la source actuelle de connaissance de la contraception – IST/VIH/SIDA et la sexualité. Quel que soit la classe d'âge, les jeunes ont au moment de l'enquête comme source principale d'information « école / enseignant ». Ils sont significativement plus important dans les classes d'âges moins de 15 ans et 15 – 20 ans que chez les 20 ans et plus à citer cette source d'information. Ils sont moins nombreux dans la classe d'âge 20 ans et plus à citer cette source d'information. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y a moins de jeunes appartenant à cette classe d'âge encore à l'école.

Ensuite, ils s'adressent plus à leurs amis et à leurs parents. Ce qui ressort de ce tableau c'est que les jeunes s'adressent très peu aux Centres de Jeunes ou les CRASE où est domicilié le projet TOG/01/P02 « Appui à la prévention des IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées en milieu jeunes », quand il s'agit d'avoir des informations sur la sexualité, les IST/VIH/SIDA et la contraception.

En ce qui concerne les médias, l'analyse montre également que les filles sont plus nombreuses à citer comme source actuelle de connaissance ce mode d'information que les garçons. Les garçons citent plus les Centres de jeunes comme source actuelle de connaissance que les filles.

Tableau 12 : Répartition des jeunes enquêtés selon l'âge à l'enquête et la source actuelle d'information (%)

Sources actuelles d'informations	Age à l'enquête			Ensemble
	Moins de 15 ans	15 – 19 ans	20 ans et +	
Parents	15,9	16,0	15,5	15,4
Amis	20,5	24,5	26,4	24,4
Ecole / Enseignant	46,2	47,6	36,3	42,9
Centre de Jeunes	1,4	2,1	1,8	1,8
Médias	14,9	9,4	19,2	14,4
Pas de connaissance	0,5	0,2	0,3	0,3
Autres	0,5	0,2	0,5	0,4
Total	100	100	100	100

b)- Sources souhaitées d'informations

Les jeunes ont également été invités à citer les différentes sources d'informations qu'ils souhaiteraient avoir lors de cette enquête. Parmi les différentes sources citées, il apparaît que ce sont les causeries au centre de jeunes qu'ils préfèrent (31,4). Ensuite viennent dans l'ordre les médias (17,5%), causeries dans d'autres centres (16,5%) et l'école / enseignant (16,3%).

Le tableau ci-dessous présente un aperçu de la répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et la source souhaitée d'information sur la contraception, IST/VIH/SIDA et la sexualité.

L'analyse des données montre que, quel que soit le niveau d'instruction atteint par les enquêtés, ils souhaitent dans la majorité des cas, les causeries au centre de jeunes comme source d'informations. Les jeunes sans instruction préfèrent surtout les causeries dans d'autres centres et les médias comme source d'informations alors que les élèves du primaire ou secondaire souhaitent quant à eux les Centres de Jeunes.

Tableau 13 : Répartition des jeunes enquêtés selon le niveau d'instruction et la source souhaitée d'informations sur la contraception, IST/VIH/SIDA et sexualité (%)

Sources actuelles d'informations	Niveau d'instruction			Ensemble
	Aucun	Primaire	Secondaire et +	
Parents	3,1	5,8	2,1	3
Amis	4,1	0,9	0,4	0,7
Ecole / Enseignant	3,1	17,0	17,1	17
Causeries Centre de Jeunes	29,6	28,7	43,8	34,03
Causeries autres Centres	32,7	27,1	19,6	26,46
Média	27,6	17,8	16,3	17
Autres	0,0	2,6	0,8	1,3
Total	100	100	100	100

Le niveau d'instruction est positivement corrélé avec la préférence pour certaines sources d'informations. Il s'agit de « Ecole / Enseignant et C.J ». Les enquêtés ayant le niveau secondaire et plus ont été significativement plus important à préférer « Ecole – Enseignant et C.J » que ceux de niveau primaire et ceux n'ayant aucun niveau.

Alors que la majorité des jeunes déclaraient avoir comme source d'informations sur la sexualité, les IST/VIH/SIDA et la contraception, au moment de l'enquête, l'école et les enseignants, en fait, ils préfèrent plutôt comme sources d'information les causeries éducatives au Centres de Jeunes et les causeries dans les autres centres.

c)- Sources actuelles et sources souhaitées des jeunes

Nous avons essayé d'analyser selon la source actuelle de connaissance sur les sujets tels que la contraception, les IST/VIH/SIDA et la sexualité, quelles sont les sources d'information que préfèrent ces jeunes. Pour cela, nous avons croisé la source actuelle et celle souhaitée par les jeunes lors de cette enquête.

Tableau 14 : Répartition des jeunes enquêtés selon la source actuelle d'information et la source souhaitée d'information sur la contraception, IST/VIH/SIDA et sexualité (%)

Sources souhaitées d'informations	Sources actuelles d'informations						Ensemble
	Parent	Ami	Ecole / Enseignant	C.J	Média	Autres	
Parents	6,8	4,2	2,2	-	2,5	-	3,4
Amis	0,8	2,4	0,1	-	-	-	0,7
Ecole - Enseignant	7,9	8,8	26,5	6,5	8,7	18	16,2
Centre de Jeunes	41,9	43,85	35,55	61,3	28,25	13,5	37,4
Autres Centres	35,3	25,35	20,45	12,9	24,15	40,5	26,44
Médias	16,6	14,2	14	19,4	34,3	10	17,5
Autres	0,8	1,2	1,2	-	2,1	18	1,3
Total	100	100	100	100	100	100	100

L'analyse des résultats du tableau ci-dessus montre que la plupart des jeunes préfèrent à leur source d'information sur la contraception, les IST/VIH/SIDA et la sexualité, les causeries aux Centres de Jeunes.

Chez les jeunes qui avaient cité « Ecole / Enseignant » comme source actuelle de connaissance, 28,6% d'entre eux préfèrent également les causeries aux Centres de Jeunes, et 26,5 souhaitent toujours cette même source d'information.

Parmi ceux qui avaient au moment de l'enquête retenu comme source de connaissance « ami et parent », 38,1% et 35,5% déclarent respectivement les causeries aux Centres de Jeunes comme source d'information sur ces différents sujets.

Par rapport aux médias, 34,3% de ceux qui avaient cette source d'information au moment de l'enquête déclarent préférer ce même mode d'information, 23% préfèrent les causeries aux Centres de Jeunes et 19% les causeries dans d'autres centres.

Chapitre 2 : Analyse de la fréquentation et l'impact des structures d'encadrement en Santé de la Reproduction sur la connaissance, l'attitude et la pratique sexuelle des jeunes .

Section 1 : Fréquentation des structures spécialisées existantes

Une enquête réalisée par Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS) au profit de l'Association Togolaise pour le Bien Etre familial a révélé que seulement 3% des jeunes en 2000 ont fréquenté les centres de jeunes de Lomé et de Sokodé. Les résultats de notre enquête révèlent une progression du nombre ayant fréquenté une des structures d'encadrement. En 2003, la proportion des jeunes qui fréquentent ces structures est passée à 8%.

L'analyse des résultats montre que parmi les 126 qui avaient déclaré fréquenter ces structures d'encadrement lors de l'enquête, 64% étaient des garçons et 36% étaient des filles. La fréquentation des structures par les garçons est plus importante. Ces jeunes sont généralement des élèves ou étudiants âgés dans leur grande majorité de 15 – 19 ans encore à l'école (de niveau secondaire ou supérieur) vivant avec les deux parents biologiques et habitant tout près des Centres.

Les raisons qui poussent ces jeunes à fréquenter ces structures sont diverses. Les projections de films et les causeries éducatives constituent les principaux motifs qui poussent ces jeunes vers lesdites structures.

Des questions relatives aux opinions des jeunes sur les services offerts dans les structures leurs ont été également posées. Parmi ceux qui fréquentaient le Centre, la grande majorité d'entre eux étaient satisfaits des services offerts (62%).

L'analyse de la satisfaction des services offerts aux jeunes aux différents motifs de visite déclarés par ces jeunes. Il ressort que les jeunes qui fréquentent les structures uniquement que pour les causeries éducatives, les projections de films en sortent très satisfaits. Ceux qui fréquentent également les structures pour les divertissements déclarent également être satisfaits des services offerts. La satisfaction est moyenne pour ceux qui fréquentent le centre pour des raisons de counseling et de documentation. En revanche, les jeunes qui fréquentent ces structures pour des raisons de consultations médicales ou pour rencontrer des amis ou bien pour s'approvisionner en contraceptifs sont beaucoup moins satisfaits à la sortie du centre.

Section 2 : Analyse de l'impact des structures d'encadrement en Santé de la Reproduction sur la connaissance, l'attitude et la pratique sexuelle des jeunes.

Cette partie va nous permettre d'analyser l'impact que les structures d'encadrement en S.R. et les stratégies mises en œuvre a eu sur la connaissance et les comportements sexuels des jeunes. Il s'agit de montrer si parmi les jeunes qui connaissent par exemple le Centre de Lomé et de Sokodé ou d'autres structures et qui les fréquentent adoptent des comportements responsables au niveau de pratique sexuelle.

Tableau 15 : Répartition des jeunes enquêtés selon certains concepts sur la sexualité (enquête SFPS en 1998 et le notre en 2003)

Différentes modalités	Enquête SFPS 1998	Notre enquête 2003
Qu'entendez-vous par sexualité ?		
• Rappports sexuels	61,4	71,5
• Meilleure connaissance du sexe	4,7	2,9
• IST/SIDA	8,1	14,0
• Risque de grossesse	4,9	6,2
• Autre	4,6	1,1
• Ne sait pas	16,4	4,3
Age de début des premières règles		
• Moins de 12 ans	4,1	4
• 12 – 15 ans	62,0	72,4
• 16 – 20 ans	16,5	15,1
• 21 ans et +	0,8	0,7
• Ne sait pas	16,7	7,9
Les règles se produisent-elles à un intervalle régulier ?		
• Oui	58,6	60,2
• Non	21,8	21,8
• Ne sait pas	19,6	18,0

L'analyse du tableau ci-dessous montre qu'il y a une certaine évolution de la compréhension par les jeunes de la sexualité au niveau des jeunes qui ont bénéficié des services de ces structures, mais la situation reste déplorable dans la localité de Morétan.

Les résultats de l'enquête de la SFPS ont révélé que la moitié des jeunes enquêtés sont sexuellement actives au moment de l'enquête. Ce premier événement arrive généralement autour de 16,6 ans. A 17 ans, 61% des jeunes ont déjà eu leur premier rapport sexuel. Selon les mêmes résultats, les filles sont proportionnellement plus nombreuses à avoir déjà eu leur premier rapport sexuel (58,8% de filles pour 41,2% de garçons). En outre avant 15 ans, la quasi totalité des jeunes n'ont pas encore eu de rapport sexuel. Et la survenue du premier rapport sexuel chez le jeune est positivement associée à son âge.

Notre enquête révèle les mêmes tendances en ce qui concerne ces différentes variables. On remarque que ce n'est plus 50% des jeunes qui sont sexuellement actifs mais 57%. Les filles sont toujours proportionnellement plus nombreuses que les garçons à avoir déjà connu ce premier événement.

En ce qui concerne l'utilisation des méthodes contraceptives lors de ce premier rapport sexuel, les résultats montrent que parmi ceux qui sont sexuellement actifs au moment de l'enquête, 26% d'entre eux reconnaissent avoir utilisé une méthode contraceptive. La méthode la plus utilisée lors de ce premier rapport sexuel était surtout le condom (29%).

A la lumière des résultats fournis par notre enquête, nous pouvons affirmer que des changements s'opèrent au sujet de la sexualité des jeunes issues des localités où se trouve une structure fiable d'encadrement en santé de la reproduction. L'impact de l'influence des activités de ces structures dans l'évolution de la connaissance, des attitudes et des comportements des jeunes reste très difficile à mesurer.

En effet, si les jeunes sont de plus en plus nombreux à affirmer qu'ils connaissent ces rares structures les données montrent que leur fréquentation reste faible dans un échantillon retenu. Cette faiblesse dans la fréquentation devra être corrigée rapidement et entrevoir la multiplication de ces structures à travers tout le pays.

Chapitre 3 : Analyse des déterminants de l'attitude et de la pratique des jeunes en matière de sexualité.

Les analyses précédentes ont permis de mettre en exergue les changements intervenus au niveau des jeunes enquêtés. L'analyse multivariée, objet de cette section, permettra de dégager l'effet net de chacune des variables individuelles sur la connaissance des structures spécialisées d'encadrement, l'utilisation des services cliniques des jeunes de l'ATBEF et du SNSJA et sur la connaissance de la sexualité par les jeunes.

Pour cette analyse explicative, la régression logistique est la méthode à laquelle nous avons eu recours.

Section 1 : Facteurs explicatifs de la connaissance des structures spécialisées

Pour évaluer la contribution des variables explicatives sur la connaissance des structures spécialisées d'encadrement, nous nous baserons sur l'enquête réalisée en 1998 par la SFPS et la nôtre. Ainsi, les différents modèles générés ont donné les résultats au tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Modèle de régression des déterminants de la connaissance des structures spécialisées.

Variables explicatives	ENQUETE SFPS 1998						NOTRE ENQUETE 2003					
	Ensemble		Garçons		Filles		Ensemble		Garçons		Filles	
	Coef	Sig	Coef	Sig	Coef	Sig	Coef	Sig	Coef	Sig	Coef	Sig
Statut scolaire • élève/ étudiant	0,548	*	1,084	**	0,01	NS	0,53	**	0,56	*	0,51	*
Environnement familial												
• vit avec les deux	0,286	NS	-0,07	NS	0,77	NS	0,25	NS	-0,04	NS	0,48	*
• vit avec père seul	-0,395	NS	-1,54	*	1,09	*	0,29	NS	-0,04	NS	0,71	*
• vit avec mère seule	0,358	NS	0,06	NS	0,82	NS	0,23	NS	-0,14	NS	0,56	*
Age												
15 – 19 ans	0,141	NS	-0,00	NS	0,47	NS	0,56	***	0,45	*	0,78	**
20 ans et plus	0,811	*	0,72	*	1,15	*	0,99	***	0,77	**	1,22	***
Instruction												
Aucune ou primaire												
Secondaire et plus	1,040	***	0,94	**	1,13	*	0,96	***	0,82	***	1,07	***
Lieu de résidence												
• Proximité	-1,344	***	-1,20	***	-1,64	***	-1,26	***	-1,01	***	-1,61	***
• Eloigné	-3,307	***	-3,61	***	-2,87	***	-1,66	***	-1,75	***	-1,65	***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,0$; *** $p < 0,001$; NS = non significatif

Les résultats de ce tableau montrent que les variables telles que environnement familial, sexe de l'enquêté n'ont aucun effet significatif sur la connaissance des structures spécialisées à l'enquête de la SFPS tout comme notre enquête en 2003.

Les variables comme le statut scolaire (élève / étudiant), le niveau d'instruction et le lieu de résidence ont un effet significatif dans la connaissance des structures spécialisées.

A titre d'exemple, à Lomé les jeunes qui résident à proximité connaissent les centres de l'ATBEF ou du SNSJA.

Plus le jeune réside loin du centre plus faible est sa chance de connaître cette structure.

Le fait d'avoir un niveau secondaire ou plus, accroît les chances du jeune de connaître la structure par rapport à ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction. L'âge s'est également révélé aussi significatif surtout à l'enquête effectuée en 2003. Plus le jeune est avancé en âge, plus grand est sa chance de connaître une structure spécialisée.

A Morétan, les jeunes ont appris l'existence de la structure que par l'intermédiaire des enquêteurs.

Section 2 : Facteurs explicatifs de la connaissance de la sexualité

Tableau 17 : Modèle de régression logistique des déterminants de la connaissance de la sexualité.

Variables explicatives	ENQUETE SFPS 1998						NOTRE ENQUETE 2003					
	Ensemble		Garçons		Filles		Ensemble		Garçons		Filles	
	Coef	Sig	Coef	Sig	Coef	Sig	Coef	Sig	Coef	Sig	Coef	Sig
Statut scolaire												
• élève/ étudiant	0,41	*	0,70	**	0,19	NS	0,22	NS	0,39	NS	0,10	NS
Environnement familial												
• vit avec les deux	-0,26	NS	-0,60	*	0,33	NS	0,18	NS	-0,07	NS	0,48	*
• vit avec père seul	0,01	NS	-0,23	NS	0,28	NS	-0,02	NS	-0,34	NS	0,43	NS
• vit avec mère seule	0,00	NS	-0,23	NS	0,28	NS	0,27	NS	-0,04	NS	0,61	*
Age												
15 – 19 ans	1,78	***	1,32	***	2,10	***	2,01	***	1,91	***	2,10	***
20 ans et plus	3,28	***	2,94	***	3,55	***	3,42	***	3,56	***	3,22	***
Instruction												
Aucune ou primaire												
Secondaire et plus	1,31	***	1,56	***	1,19	***	1,66	***	1,88	***	1,55	***
Lieu de résidence												
• Proximité	0,70	**	-0,90	**	-0,56	*	-0,59	**	-0,81	**	-0,34	NS
• Eloigné	-0,46	*	-0,29	NS	-0,66	*	-0,20	NS	-0,38	NS	0,05	NS

* $p < 0,05$; ** $p < 0,0$; *** $p < 0,001$; NS = non significatif

Ce tableau nous donne les résultats du modèle de régression sur la connaissance de la sexualité.

Les variables âge et sexe se sont révélées significatives sur la connaissance de la sexualité. Plus les jeunes sont âgés, plus ils ont la chance de mieux cerner les questions sur la sexualité. Le fait d'avoir un niveau secondaire et plus accroît significativement les chances du jeunes enquêté d'avoir une meilleure connaissance sur la sexualité que ceux qui ont un niveau primaire ou aucune instruction.

Le fait de vivre soit avec les deux parents soit avec le père seul ou avec la mère seule n'a aucune influence sur la connaissance de la sexualité.

L'environnement familial est moins propice aux jeunes pour avoir des connaissances sur la sexualité. Ce résultat confirme en quelque sorte les conclusions précédentes au sujet des services actuelles et sources souhaitées des connaissances des jeunes sur la sexualité et les IST/VIH/SIDA.

Rappelons qu'il était apparu que les jeunes citent beaucoup moins la source « parent » comme source actuelle ou source souhaitée à propos des connaissances sur la sexualité, les IST/VIH/SIDA.

En guise de conclusion, nous pouvons affirmer que les résultats fournis par les deux enquêtes montrent que des changements s'opèrent au sujet de la sexualité dans le groupe des jeunes bénéficiant des services d'une structure spécialisée. L'impact de l'influence des activités du centre de jeunes dans l'évolution de la connaissance, des attitudes et des comportements des jeunes reste encore très difficile à mesurer. En effet, si les jeunes sont de plus en plus nombreux à affirmer qu'ils connaissent les centres de jeunes, les données montrent que leur fréquentation reste faible dans l'échantillon retenu.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



Le problème de l'accessibilité des services aux jeunes et aux adolescents occupe aujourd'hui une place centrale dans la recherche sur les systèmes de santé de la reproduction.

En choisissant de nous investir dans le domaine des structures d'encadrement des jeunes et des adolescents en santé de la reproduction, nous n'avions pas la prétention de faire la lumière sur tous les aspects du problème qui reste très complexe. Mais nous souhaitons aborder avec une certaine rigueur des éléments d'approche qui favorisent une exigeante lecture des réalités que vivent les jeunes dans la recherche d'informations relatives aux questions de sexualité concernant leurs âges.

La singularité de notre groupe cible dans le contexte actuel du Togo se situe dans le fait qu'elle traverse une phase de transition, entre tradition avec une culture ancestrale en grande déperdition et modernité avec l'impact des médias et des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Et ceci se passe dans une société elle-même en mutations socio-politiques profondes. Cependant, ce modeste travail, en s'inscrivant dans une approche de compréhension et d'explication des problèmes relatifs à l'encadrement des jeunes et des adolescents en santé de la reproduction, nous a permis de cibler de vrais problèmes concernant la problématique de la santé de la reproduction des jeunes au Togo et de leur proposer notre contribution à la recherche des solutions.

Notre question de départ était d'identifier les problèmes de santé de reproduction auxquels les adolescents étaient confrontés et qui étaient en relation avec le milieu familial et le contexte socio-économique dans lesquels ils vivent. Ces problèmes posés nous permettent de tirer un ensemble de conclusions et des recommandations.

1. Les problèmes de santé de la reproduction des jeunes et des adolescents ne sont pas seulement liés à la maladie mais aussi et surtout d'ordre psychosocial. Il est difficile de séparer les conséquences du développement psychosocial des jeunes et les phénomènes de société dont ils sont acteurs ou témoins des problèmes de santé liés à la maladie. Nous avons remarqué

que les jeunes fréquentent très peu les services de santé et les agents de santé des localités visitées. Pour eux, les structures de santé actuelles dans nos régions, ne permettent pas de prendre en charge leurs problèmes. Pour cela, nous estimons qu'il faut approfondir une approche particulière sur la connaissance et le respect des multiples aspects du développement biologique, psychologique et social unique de la jeunesse.

La démarche appropriée doit faire intervenir tous les secteurs et départements ministériels qui s'occupent d'une manière ou d'une autre de la prise en charge des problèmes de la jeunesse.

Aussi, recommandons-nous, la mise en place d'une base des données sur la santé des jeunes et des adolescents et l'élaboration d'un programme interministériel de la santé de reproduction des jeunes et des adolescents.

L'adolescence et la jeunesse sont une période particulière au cours de laquelle l'individu se cherche et est en conflit par rapport à tout ce qui est formaliste et protocolaire. Leur encadrement en santé de la reproduction n'est pas toujours identiques à celui de la classe des adultes.

Les jeunes, toutes catégories confondues veulent des centres conseils et médicaux spécifiquement pour eux. C'est-à-dire, des structures qui soient conformes à leurs visions et adaptées à leurs besoins de communication et d'affections et dans la gestion desquelles ils auraient un rôle à jouer

A cet effet, nous recommandons l'extension des centres existants et la dotation à court terme, de tous les chefs lieux de préfecture ou commune d'un centre de conseils et d'informations des jeunes qui seront gérer avec leur participation. Ces nouvelles structures pourront être installées progressivement en commençant par des activités d'information et de prévention, puis de dépistage et de traitement des cas avec une vision à long terme la possibilité d'en faire de vrais centres conseils des jeunes et des adolescents à l'image du centre de Lomé initié par l'ATBEF.

A court terme, on pourra envisager une équipe mobile qui, en caravane, sillonnera le Togo à l'instar des ciné-bus qui étaient opérationnels dans les années 60.

2. Les changements considérables qu'ont apportés le modernisme dans presque toutes nos communautés sont aussi à l'origine de difficultés particulières pour les jeunes et adolescents dans le processus de leur croissance car, pris de court par la force et la puissance des révolutions technologiques, la transition ne s'est pas faite entre la tradition et la modernité.

Les structures sociales traditionnelles sont en voie de disparition ou ont déjà disparu. Les jeunes et adolescents ont besoin de développer leur caractère et les qualités humaines grâce auxquelles les communautés seront conviviales et « civilisées », plutôt que violentes et sans scrupules. Ces qualités ne peuvent être enseignées comme la grammaire et les mathématiques ; elles s'acquièrent par le précepte la morale, le civisme et l'exemple pris sur les parents, les adultes et les pairs, ainsi que par l'expérience personnelle.

Nous estimons que si la Direction de Jeunesse et des Activités Socio-éducatives repense le programme « MERITE DE LA JEUNESSE » de la CONFESJES et l'adapte au contexte togolais, la famille sera replacée à l'épicentre de l'encadrement des jeunes et des adolescents.

Les traits principaux de ce programme sont :

- ❖ *Un programme équilibré, non académique, d'activités visant à la formation du caractère basé sur le volontariat, à côté du programme scolaire destiné à stimuler les jeunes et à les motiver pour devenir des membres responsables, actifs et novateurs de la société de demain.*
- ❖ *Il reconnaît que chaque individu est différent, possède des talents potentiels et des intérêts naturels différents, et propose un programme destiné à s'ajuster au choix individuel plutôt que de demander à l'individu de s'adapter à un programme plus restrictif et rigide.*

❖ *Il encourage la participation plutôt que la compétition que la réalisation de certaines normes universelles.*

❖ *Il encourage tous les jeunes à prendre part un tel programme national global, soit dans le cadre de leur école, de leurs clubs sportifs ou d'une organisation de jeunes ; soit même en se joignant à de petits groupes locaux d'individus qui ne souhaitent pas participer à des activités dans des groupes plus nombreux.*

3. Dès lors, il ne s'agit pas seulement pour nous aujourd'hui de penser des stratégies de disponibilité de l'offre ou de mise en place d'un dispositif institutionnel visant à améliorer la qualité de cette offre mais plutôt, en attendant que l'Etat se dote de moyens idoines, de replacer la famille comme maillon fondamental du système d'encadrement des jeunes et des adolescents. Il est impératif de créer une synergie d'actions, de projets, de programmes autour de la problématique que pose l'encadrement des jeunes et des adolescents en matière de santé de la reproduction. La Division de la Santé Familiale (DSF) a élaboré en juillet 2003, un programme national de Santé de la Reproduction dans le but d'améliorer la santé de la reproduction de la majorité des groupes cibles en leur assurant la disponibilité et l'accès aux services et soins. Dans ce programme, une place prépondérante est réservée à la promotion des services de santé de la reproduction des jeunes et adolescents.

Pour que la mise en œuvre de ce programme soit une réussite, il faudra que les actions soient menées en synergie. Malheureusement, force est de constater que cette synergie d'action n'existe pas sur le terrain. La Direction de la Jeunesse et des Activités Socio-éducatives (DJASE) et l'Association Togolaise pour le Bien Etre Familial (ATBEF) et les autres ONG intervenant dans le domaine doivent revoir leurs stratégies d'intervention.

La politique nationale de jeunesse en cours d'élaboration doit aussi prendre en compte la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents qui n'est plus seulement du ressort médical, mais du psychosocial.

Les jeunes femmes et les jeunes hommes ont besoin de conseils mais aussi de relations interpersonnelles qui les soutiennent et d'institutions qui répondent à leurs espoirs et préoccupations. En prenant des mesures concertées et de grande portée pour faire face aux défis qu'affrontent les adolescents et les jeunes, les gouvernements peuvent remplir leurs engagements et atteindre les objectifs internationaux en matière de développement, et donner une espérance accrue à la génération de jeunes, la plus nombreuse que le monde n'ait jamais connue.

Cette étude que nous avons tentée de mener, ne constitue pas une fin en soi. Elle doit être considérée comme le début d'une entreprise de recherche plus approfondie sur la prise en charge des besoins non satisfaits des jeunes et des adolescents.

BIBLIOGRAPHIE

A. OUVRAGES

1. BOUBOU (H), Essai d'analyse de l'éducation africaine, Présence Africaine, 1968, 271p.
2. ERNY (P), L'Enfant et son milieu en Afrique Noire, Paris, Payot, 1972, 306p.
3. ORSTOM, Les Sciences sociales face au Sida en Afrique : cas africain autour de l'exemple ivoirien, Actes de l'Atelier GIDIS-CI-ORSTOM, Bingerville, Côte d'Ivoire du 15 au 17 mars 1993.
4. BANQUE MONDIALE, Améliorer la santé en Afrique, août 1994
5. OMS / FNUAP / FISE, Les aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents. Une stratégie pour l'Action. 1989

B. RAPPORTS – DOCUMENTS ET PUBLICATIONS

6. EDAH et KOTOKOU, Identification des besoins des adolescents en SR dans les préfectures de l'Avé et Zio ; Février 1996, Lomé, 52p.
7. NETWORK F.I.H, Les adolescents , vol9 numéro 1, janvier 1994
8. AGOUNKE et All, Enquête sur la fécondité des adolescents au Togo, Lomé, 1990, Togo 101p.
9. UNICEF, Savoir mieux vivre, 1995, Togo 116p
10. AGOUNKE, ASSOGBA, ANIPAH, EDST, 1988 , Lomé 173p.
11. NETWORK FIH, La deuxième décennie du Sida, volume 8 n°3 août 1993
12. UNFPA, Etat de la Population mondiale, New York, 2003, 84 p.
13. UNFPA, Prévenir l'infection par le VIH, Promouvoir la santé en matière de reproduction, Action de l'UNFPA, 2003.
14. NETWORK FIH, Santé sexuelle, vol. 21 n°4, 2002.
15. URD/DS/DGS , Enquête Démographique et de Santé au Togo II (EDST II) 1988.
16. HOUNGUES K.E.Denis, Rapport d'évaluation du projet TOG/01/P02 « Appui à la prévention des IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées en milieu Jeunes », Oct. 2002.
17. DSF – TOG, Programme National de Santé de la Reproduction, Lomé, 2003, 102p

18. NATIONS UNIES, Programme d'Action adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Caire, septembre 1994, 204p
19. POPULATION REPORTS, Répondre aux besoins des jeunes adultes, série J, n°41, vol XXIII n°3, octobre 1997
20. L'ENFANT EN MILIEU TROPICAL, La santé des adolescents et des jeunes, Centre International pour l'Enfance, n°180, 1989
21. L'ENFANT EN MILIEU TROPICAL, Education à la vie sexuelle, Familiale et sociale, CIE, n°154-155, 1985.
22. CERPOD, Santé de la Reproduction au Sahel : les jeunes en danger, Dakar, décembre 1999
23. LEKE (J.I.R) Santé Reproductive et Planning Familial chez l'adolescent africain, in Vie et Santé n°16 juillet-Août – Septembre 1993, page 19-21.
24. Dr NARE (CH), KATZ (K), TOLLEY (E), Mesurer l'accès à l'éducation et aux services de planification familiale pour les jeunes à Dakar et Pikine (Sénégal), CEFTEVA-FHI, Février 1996
25. SOUMARE (B), L'Education Sexuelle à l'Ecole, in Famille et Développement, n°53, septembre 1989, p 30-32.

C. MEMOIRES ET THESES

26. BOYE (O), Les enfants dans le secteur informel à Dakar : le cas des apprentis mécaniciens du quartier Reubeuss, Mémoire de Maîtrise en sociologie, UCAD, 1999, 94p
27. DIOP (N-J), La fécondité des adolescents au Sénégal, PH.D, Département de Démographie, Facultés des Arts et Sciences Supérieures, Université de Montréal, Thèse présentée à la Faculté des Sciences Supérieures, 255p.
28. ABDOULAYE T. BIAYE, Les perceptions et les attitudes des jeunes de Grand Yoff sur les phénomènes de la santé de reproduction et les stratégies d'animation : exemple des jeunes bénéficiaires des CSRJ/ASBEF, Mémoire de DEA en Sociologie
29. FALL Bassirou : Adolescence et sexualité : Analyse du comportement sexuel de quelques lycéens de Dakar, monographie de fin de formation pour l'obtention du CAIEPJS, INSEPS-Dakar, 2003 , 47p.

ANNEXE

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP

INSTITUT NATIONAL SUPERIEUR DE L'EDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT



**ENQUETE D'IDENTIFICATION DES BESOINS
NON SATISFAITS DES ADOLESCENT(E)S EN
INFORMATION SUR LA SANTE DE LA
REPRODUCTION AU TOGO**

N° du questionnaire :.....

Heure du début de l'enquête :

Heure de la fin de l'enquête :

I. IDENTIFICATION

Préfecture :

Localité :

Sexe : Masculin Féminin.....

Age :

Etat matrimonial :

Célibataire

Marié

Veuf

Divorcé / Séparé

Niveau d'instruction (inscrire la dernière classe suivie)

II. QUELQUES CARACTERISTIQUES DES PARENTS OU TUTEUR

1. Support (Qui te supporte)

- Père seul

- Mère seule

- Les deux

- Indépendant

2. Etat matrimonial du père ou du tuteur

Célibataire

Marié

Polygame

Monogame

Veuf

Divorcé / Séparé

3. Nombre d'épouses :

Ne sait pas

Sans objet

III. ENVIRONNEMENT FRATERNEL ET RELATIONNEL

1. Nombre de frères ou cousins habitant la même maison que toi :

2. Nombre de sœurs et cousines habitant la même maison que toi :

3. Y-a-t-il des frères ou des sœurs plus âgés que toi dans la maison ;

Oui Non

4. Y-a-t-il des frères ou sœurs moins âgés que toi dans la maison ?

Oui Non Sans objet

5. Quelle est la principale tâche domestique que tu effectues :

6. Est-ce que tu effectues les mêmes tâches que tes homologues de sexe opposé ?

Oui

Non

Sans objet

IV. AUTORITE PARENTALE

1. As-tu des amis (es) ?
Aucun ami Garçons uniquement
Filles seulement Les deux
2. Tes parents (ou ton tuteur) permettent-ils que tu sortes avec un ami du sexe opposé ?
Oui Non Sans objet
3. Si non pourquoi ? Sans objet :
4. Est-ce qu'il t'arrive d'obtenir l'autorisation de sortie pour une activité dans le but d'aller faire une autre ?
Oui Non Sans objet

V. MODE DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS SUR LA SEXUALITE

1. Quand on parle de la sexualité, à quoi penses-tu tout de suite (spontanément) ?
 - aux rapports sexuels
 - A l'hygiène sexuelle
 - A une meilleure connaissance du sexe opposé
 - Aux infections sexuellement transmissibles
 - Aux avortements provoqués et leurs complications
 - Autres (à préciser)
2. As-tu déjà abordé ces sujets avec l'un de tes parents ou tuteur ?
Oui Non
Si oui, lequel principalement ?
Ton père Ta mère
Ton tuteur Sans objet
3. Dans quel milieu te sens-tu le plus à l'aise pour parler des questions touchant la sexualité ?
 - A la maison avec les parents :
 - A la maison avec les frères et sœurs :
 - A la maison avec tout autre personne :
 - A l'école avec les camarades :
 - A l'école avec les amis intimes seulement :
 - A l'école avec l'enseignant
 - Dans un groupe de jeunes :
 - Dans une structure spécialisée :
 - Autre endroit (à préciser) :
4. A quel âge as-tu commencé à avoir des informations sur la santé sexuelle et de la reproduction ?
 - Ne sais pas :
5. Quelles sont les sources par lesquelles tu tiens ces informations ?
 - causeries avec échange de connaissance
 - enseignement scolaire
 - lecture et discussion de livres traitant le sujet
 - visualisation des photographies pornographiques
 - écoute d'émission d'éducation par les médias (radio, télévision, presse)
 - autre (à préciser)

VI. CONNAISSANCES SUR LA SEXUALITE

1. La femme doit-elle s'occuper de son hygiène intime plus fréquemment que l'homme ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que la durée du cycle menstruel est la même pour toutes les femmes ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
3. Y a-t-il une période dans le mois où une femme peut tomber enceinte si elle a des rapports sexuels ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
Si oui laquelle ?	
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
Sans objet	<input type="checkbox"/>
4. La puberté, survient-elle plus tôt chez la fille que chez le garçon ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
5. Selon vous, à quel âge en moyenne la puberté commence chez la fille ?

..... ans	
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
6. Selon vous, à quel âge en moyenne la puberté commence chez le garçon ?

..... Ans	
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
7. Quelle information aimerais-tu avoir sur la sexualité ?
8. Par quels moyens ou comment voudrais-tu les recevoir :
 - Par des causeries ?
 - Par enseignement scolaire ?
 - Dans un centre spécialisé destiné aux jeunes ?
 - autre (à préciser)

VII. PARENTE RESPONSABLE ET IST/SIDA

1. Vers quel âge aimerais-tu te marier ?ans Ne sait pas.....
2. Est-ce que tu veux choisir toi même ton partenaire ou être guidé(e) par les parents ?

Moi-même	<input type="checkbox"/>	Etre guidé(e)	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------	--------------------------
4. Combien d'enfants voudrais-tu avoir ?..... Ne sait pas.....
5. Connais-tu des moyens qu'une femme ou une fille peut utiliser pour ne pas tomber enceinte en ayant des rapports sexuels ?

Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels		Sans objet	

6. Connais-tu des centres où l'on peut se procurer des contraceptifs ou des conseils sur la planification familiale ?
 Oui Non
 Si oui, lesquels ? Sans objet
9. Connais-tu des moyens qu'un homme ou un garçon peut utiliser pour ne pas enceinter une fille ?
 Oui Non
 Si oui, lesquels
10. Les activités sexuelles précoces, peuvent-elles avoir des conséquences néfastes pour les jeunes ?
 Oui Non Ne sait pas
 Si oui, lesquelles ?
 Grossesse précoce Difficultés scolaires
 Autres (à préciser) _____
11. Connais-tu des infections sexuellement transmissibles (IST)
 Oui Non
 Si oui, lesquelles ? Sans objet
12. Quelles sont les conséquences majeures des infections sexuellement transmissibles ?
 Stérilité Impuissance
 Cécité Mort
 Ne sait pas
13. As-tu peur d'en attraper ?
 Oui Non Sans objet
14. Connais-tu des moyens pour te protéger ?
 Oui Non Sans objet
 Si oui, lesquels ? Sans objet
15. As-tu une fois entendu parler du VIH/Sida ?
 Oui Non
16. Comment attrape-t-on le sida ?
17. Existe-il des remèdes pour le traitement du SIDA ?
 Oui Non
 Ne sait pas Sans objet
18. Comment éviter la contamination du Sida ?
19. As-tu déjà eu de rapport sexuel ?
 Oui Non
20. Utilises-tu des préservatifs au cours de tes rapports sexuels
 Souvent Chaque fois
 Parfois Jamais
21. As-tu utilisé des contraceptifs ?
 Oui Non
22. A quel âge as-tu eu le premier rapport sexuel ? ans
 Ne sait pas Sans objet