Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET DU DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

LE FONDS FRANÇAIS MUSKOKA
Réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile

Organisation mondiale de la Santé

UNFPA

unicef

LIENS ENTRE VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET SANTÉ MATERNELLE :

Cas de 7 pays en Afrique Subsaharienne et en Haïti

Rapport consolidé

ONU FEMMES
Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

« Toutes les Études ont été possibles grâce au financement du gouvernement français dans le cadre de l'initiative MUSKOKA pour la santé des mères, des nouveaux-nés et des enfants »

© ONU Femmes

©Juin 2015 - ONU Femmes
Tous droits réservés - 2015
Publication : ONU Femmes
Citation : ONU Femmes/Liens entre violences faites aux femmes et mortalite maternelle : *Cas de 7 pays en Afrique Subsaharienne et en Haiti*
Dakar, Sénégal, Juin 2015, 80 pages

Photo couverture : ONU Femmes
Crédit photos : ONU Femmes (sauf autre mention)
Infographie : ONU Femmes
Comité de rédaction : Cabinet **CERA** (Togo)

Ouvrage disponible auprès d'**ONU Femmes** :
Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
Immeuble N°3, SCI-Diama-Ngor Virage
DAKAR-SÉNÉGAL
+221 33 869 99 70
news.waro@unwomen.org
www.unwomen.org

La reproduction de cette publication à des fins non commerciales, notamment éducatives, est permise, sans autorisation écrite préalable de l'auteur, à condition que la source soit clairement indiquée.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DE TABLEAUX 3
LISTE DES GRAPHIQUES 3
SIGLES ET ACRONYMES 4
PRÉFACE 6
INTRODUCTION 8

CHAPITRES

I. Méthodologie 16
II. Etat des Violences faites aux femmes en Afrique Subsaharienne et en Haïti 20
III. Liens entre les violences faites aux femmes et la morbidité / mortalité maternelle 25
IV. Défis à relever par les pays 34
V. Profil des pays en matière des violences faites aux femmes.. 35

Guinée 35
Haïti 39
Mali 42
Niger 47
RCA 52
Tchad 55
Togo 58
Conclusion 62
Recommandations générales 62
Bibliographies 70
Lexique 73

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Principales causes de mortalité maternelle 26
Graphique 2 : Niveau des conséquences des violences subies par les femmes enceintes au Niger 31
Graphique 3 : Evolution du taux de décès maternels entre 2005 et 2012 en Guinée 35
Graphique 4 : Evolution de l'indice de pauvreté entre 2001 et 2009 au Mali 43
Graphique 5 : Evolution des décès maternels au Mali. 44
Graphique 6 : Proportions des différentes formes de violences reçues dans les centres de prise en charge des victimes au Niger 50
Graphique 7 : Evolution des besoins non satisfaits en PF entre 1998 et 2010 au Togo 59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes de 15 - 49 ans par pays 9
Tableau 2 : Niveau des taux de mortalité maternelle dans les sept pays 13
Tableau 3 : Proportion des différentes formes de violences en RCA 53
Tableau 4 : Liste et niveau des indicateurs de risque de mortalité maternelle et de violences faites aux femmes par pays 64
Tableau 5 : Récapitulatif des rapports exploités, leur méthodologie et leurs limites 74

SIGLES ET ACRONYMES

AGR :	Activités Génératrices de Revenus
AFAO :	Association des Femmes de l'Afrique de l'Ouest
CCDG :	Centre de la CEDEAO pour le Développement du Genre
CEDEAO :	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEDEF :	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CEMAC :	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CN :	Concertation Nationale
CONAG-DCF :	Coalition Nationale de Guinée pour les Droits et la Citoyenneté des Femmes
CPN :	Consultation Prénatale
CSI :	Confédération Syndicale Internationale
DGGPF:	Direction Générale du Genre et de la Promotion de la Femme
DGSCN:	Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EDST :	Enquête Démographique et de Santé au Togo
EMMUS :	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
ESNU :	Evaluation du Système des Nations Unies
IMC :	Indice de Masse Corporelle
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MGF :	Mutilation Génitale Féminine
MICS :	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MSPP :	Ministère de la Santé Publique et de la Population

MST :	Maladies Sexuellement Transmissibles
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONU :	Organisation des Nations Unies
ONU Femmes :	Entité des Nations-Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des Femmes
OR :	Odd Ratio
PF :	Planification Familiale
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF :	Partenaire Technique et Financier
RCA :	République Centrafricaine
RDC :	République Démocratique du Congo
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA :	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNVBG :	Stratégie Nationale de lutte contre les Violences Basées sur le Genre
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNIFEM :	Fonds de développement des Nations Unies pour la Femme
VBG :	Violences Basées sur le Genre
VFF :	Violences Faites aux Femmes
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG :	Violence Sexuelle Basée sur le Genre

PRÉFACE

Dr. Josephine ODERA

Directrice Régionale d'ONU Femmes pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

La présente Décennie de la Femme Africaine est celle qui a vu naître ONU Femmes et qui fit état des plus grandes recherches sur les conséquences des violences sur la vie des femmes, des filles et sur leur santé.

Nous fêtons cette année les 20 ans de la plateforme de Beijing qui changea le monde des femmes et qui révéla au monde qu'il est possible de donner plus de droits aux femmes, de les protéger et les faire intervenir efficacement dans la construction des sociétés et du développement de l'humanité.

2015, c'est aussi l'année qu'ONU Femmes a choisie pour publier avec ses partenaires, les agences onusiennes co-bénéficiaires du Fonds Français Muskoka que sont l'OMS, UNFPA et UNICEF, pour publier le présent rapport consolide sur les liens entre les violences et la sante maternelle en Afrique Francophone et en Haïti. En effet, trop de femmes et d'enfants sont exposés aux risques de mortalité maternelle du fait des mariages et grossesses précoces, des mutilations génitales féminines, des violences physiques, sexuelles, morales, économiques et juridiques ainsi que de mal gouvernance.

En Guinée, en Haïti, au Mali, au Niger, en République Centrafricaine, au Tchad et au Togo, de nombreuses femmes et leurs enfants meurent il y a encore trop de femmes, de jeunes filles et d'enfants qui meurent ou dont la vie est menacée par les conséquences de violences subies pendant la grossesse ou à l'accouchement.

Ce rapport est un état des lieux et un document de plaidoyer pour que non seulement les états et les partenaires au développement mais aussi les acteurs principaux de la promotion des droits des femmes et de leur santé redoublent d'efforts pour construire un environnement politique, juridique et sanitaire favorable à la sante des femmes.

Le respect des droits humains des femmes et des filles doit être au cœur des préoccupations pour l'amélioration de leur sante. L'offre de soins doit tenir compte de leur besoins spécifiques afin que la demande de soins soit impulsée au niveau communautaire et que les femmes fassent appel au personnel qualifie lorsqu'il est mis à leur disposition.Les faits et les chiffres établissent que l'appui des communautés est primordial pour mettre fin à la violence qui tue pendant la grossesse et à l'accouchement. En effet, les pesanteurs socio-culturelles, l'absence de pouvoir décisionnel de la femme, les interprétations religieuses et les pratiques traditionnelles néfastes à la santé, la pauvreté féminine, l'absence d'autonomie financière de la femme,

le manque d'accès à l'éducation, à l'information et à la formation, sont autant de facteurs qui constituent le soubassement de la violence à l'égard des femmes et des filles. Les 20 années d'avancées politiques, juridiques et sociales pour les femmes, et 15 années d'action pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et plus précisément des OMD 4 et 5, nous laissent pleins d'espoir que ce rapport fait partie de ceux qui à terme renforcent la mobilisation et l'adoption de lois et de politiques efficaces contre les violences et pour la santé des femmes, des jeunes filles et des enfants. ■

Introduction

Malgré les multiples actions développées pour freiner les inégalités entre les hommes et les femmes, nombreuses sont malheureusement dans le monde, les femmes et filles qui continuent à être victimes de violences basées sur le genre. Selon la fiche d'information The Facts : Violence against Women & Millennium Development Goals de ONU Femmes, la violence contre les femmes et les filles est une pandémie mondiale de proportions alarmantes, profondément enra-cinée dans l'inégalité des sexes et dans la discrimination.

Aucune femme ou fille n'est entièrement à l'abri des risques de violence. Les violences prennent de nombreuses formes et se produisent dans de nombreux endroits : la violence domestique dans les maisons; l'abus sexuel des filles à l'école ; le harcèlement sexuel au travail et dans les espaces publics ; la violence pendant la grossesse ; et le viol dans les villes et dans les milieux ruraux, dans les camps de réfugiés et en tant que tactique de guerre. Elles comprennent des pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines/excisions des petites filles et le mariage forcé, les crimes dits «d'honneur», les attaques à l'acide et les abus liés à la dot, ainsi que les formes plus récentes, telles que la cyberintimidation et le harcèlement via Internet et téléphones mobiles.

En effet, pour l'OMS (2010) citant l'Étude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique contre les femmes (Garcia-Moreno et al. 2005), 15 à 71 % des femmes sont confrontées à la violence physique et/ou sexuelle de la part d'un partenaire intime à un moment ou l'autre de leur vie. Selon la fiche d'ONU Femmes citée plus haut, l'assassinat des femmes parce qu'elles sont des femmes (féminicide) qui n'est que la partie visible de l'iceberg est observé dans beaucoup de régions du monde. Au Guatemala, deux femmes sont assassinées en moyenne chaque jour. En Inde, 8 093 cas de décès liés à la dot ont été signalés en 2007; un nombre indéterminé de meurtres de femmes et de jeunes filles a été faussement étiqueté «suicides» ou des «accidents». En Australie, au Canada, en Israël, en Afrique du Sud et aux États-Unis, entre 40 et 70 % des femmes victimes de meurtre sont tuées par leurs partenaires intimes.

Dans l'État de Chihuahua, au Mexique, 66% des meurtres de femmes ont été commis par les maris, amis ou d'autres membres de la famille. Egalement, les jeunes femmes courent un risque élevé d'agression violente. Dans le monde, jusqu'à 50% des agressions sexuelles sont commises contre les filles de moins de 16 ans. On estime que 150 millions de filles de moins de 18 ans ont subi une forme de violence sexuelle dans la seule année 2002. La première expérience sexuelle de quelques 30% des femmes était forcée. Le pourcentage est encore plus élevé chez celles qui avaient moins de 15 ans au moment de leur initiation sexuelle, et près de 45% sont rapportés comme une expérience forcée.

Par ailleurs, des millions de filles dans le monde sont victimes de pratiques néfastes. La Fiche informative n° 241 de l'OMS intitulée Mutilations génitales féminines (2008), estime qu'environ 100 à 140 millions de filles et de femmes dans le monde ont subi des mutilations génitales féminines (MGF). En Afrique, plus de 3 millions de filles courent le risque chaque année de subir une mutilation génitale féminine. La situation des MGF entre 2010 et 2012, dans les sept pays concernés par le présent rapport, se présente comme indiqué dans le tableau 1.

Tableau 1 : Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes de 15 – 49 ans par pays

Pays	Source de l'information	Prévalence (%)		
		15-49	15-19	35-39
Guinée	EDS 2012	96,9	94	98,8
Haïti	-	-	-	-
Mali	EDS 2012	67	87,7	90,2
Niger	EDS-MICS 2012	2	1,4	3,0
RCA	MICS 2010	26	-	-
Tchad	MICS 2010	44	-	-
Togo	MICS 2010	3,9	1,1	6,4

Source : Exploitation des données des MICS et EDS des pays

Crédit photos, ONU Femmes

Le rapport *Early Marriage : A Harmful Traditional Practice* (UNICEF, 2005) renseigne que plus de 60 millions de filles dans le monde sont des enfants mariées avant l'âge de 18 ans, principalement en Asie du Sud (31,3 millions) et en Afrique subsaharienne (14,1 millions). La violence et la maltraitance caractérisent la vie maritale de bon nombre de ces filles. Les femmes qui se marient jeunes sont plus susceptibles d'être battues ou menacées, et plus susceptibles de croire qu'il est parfois justifié qu'un mari batte sa femme.

Le trafic de personnes maintient des millions de femmes et de filles dans l'esclavage moderne. Chaque année, les femmes et les filles sont 80 % des quelques 800 000 victimes de trafic transfrontalier dont la majorité (79 %) est trafiquée à des fins d'exploitation sexuelle ou de servitude domestique. Une étude réalisée en Europe a révélé que 60% des femmes trafiquées avaient subi des violences physiques et / ou sexuelles avant d'être trafiquées, indiquant la violence basée sur le genre comme un facteur déterminant dans le trafic des femmes d'après ONU Femmes.

S'agissant du harcèlement sexuel, entre 40 et 50 % des femmes dans les pays de l'Union européenne font l'expérience d'avances sexuelles non désirées, des contacts physiques ou d'autres formes de harcèlement sexuel au travail. En Asie, des études au Japon, en Malaisie, aux Philippines et en Corée du Sud montrent que 30 à 40 % des femmes souffrent de harcèlement sexuel au travail, alors qu'à Nairobi, 20 % des femmes en ont été victimes au travail ou à l'école. Aux Etats Unis, 83 % des filles âgées de 12 à 16 ans ont subi une forme de harcèlement sexuel dans les écoles publiques. Près de 60 % des femmes interrogées à Montréal au Canada ont déclaré qu'elles avaient peur de marcher seules dans leur quartier la nuit comparativement à 17 % des hommes.

Dans une étude à Lima, au Pérou, seulement 12% des femmes ont déclaré qu'elles pouvaient se déplacer librement sans crainte d'agression.

Le viol utilisé comme tactique de guerre est endémique et selon des estimations prudentes près de 20 000 à 50 000 femmes ont été violées au cours de la guerre de 1992-1995 en Bosnie-Herzégovine, tandis qu'environ 250 000 à 500 000 femmes et filles ont été ciblées pour

le viol dans le génocide rwandais de 1994. Entre 50 000 et 64 000 femmes dans les camps pour les personnes déplacées à l'intérieur de la Sierra-Leone ont été agressées sexuellement par des combattants entre 1991 et 2001.

Dans l'Est de la République démocratique du Congo, au moins 200 000 cas de violences

Crédit photos, ONU Femmes

sexuelles ont été documentés depuis 1996; les chiffres réels sont considérés comme beaucoup plus élevés d'après la fiche d'information de ONU Femmes. Selon le *Rapport du Secrétaire Général des Nations-Unies sur les Violences sexuelles liées aux conflits* (ONU, 2014), l'ampleur des violences faites aux femmes et aux filles augmente en Afrique du fait des multiples foyers de conflits armés sur le continent. Au Mali, entre 2012 et 2013, au total, 5724 cas de violences sur les femmes ont été recensés dont 532 cas de violences sexuelles, 521 agressions physiques, 827 cas de violences psychosociales, 1201 cas de dénis de ressources, 1233 cas de violences

liés aux pratiques traditionnelles (mariages forcés, excision). Quatre-vingt-cinq pour cent (85%) de ces violences ont concerné les femmes et 15% les jeunes filles selon l'UNFPA (2013)[1]. A l'Est de la RDC, environ 200 000 cas de violences sexuelles, la plupart commises contre les femmes et les filles, ont été enregistrés depuis 1996 selon le rapport sur la *Violence à l'égard des femmes dans l'est de la République démocratique du Congo : Quelles responsabilités? Quelles complicités?,* (CSI, 2011).

Les violences perpétrées sur les femmes constituent un problème majeur de santé publique comme le souligne le rapport *Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals* de l'OMS (2005) et les recherches de Heise & Garcia-Moreno (2002) et Jewkes, Sen & Garcia-Moreno (2002), qui indiquaient plus tôt que ces violences ont pour corollaire une série de problèmes de santé physique, mentale et sexuelle immédiats et à long terme. *Les Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences de la violence sur la santé du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (OMS, 2013) montrent que les violences subies par les femmes et les filles engendrent des conséquences sur la santé physique et mentale de celles-ci.

Ces conséquences sont entre autres les fractures, les complications de la grossesse, les problèmes mentaux, la détérioration du tissu social. Ces violences accroissent fortement la vulnérabilité des femmes face à toute une série de problèmes de santé à court et à long terme.

En effet, la violence nuit à la reproduction, à la santé maternelle et infantile. La violence sexiste restreint sévèrement la capacité des femmes à exercer leur droit de reproduction, avec de graves conséquences pour la santé sexuelle et reproductive. Autant que 1 à 4 femmes subissent des violences physiques ou sexuelles pendant la grossesse, cela augmente la probabilité de fausse couche, de mortinaissance et d'avortement, ainsi que le travail prématuré et de faibles poids à la naissance.

Entre 23 et 53 % des femmes qui sont maltraitées physiquement par leurs partenaires intimes pendant la grossesse le sont soit par des coups de pied soit par des coups de poing dans l'abdomen. En outre, la violence limite l'accès des femmes à la planifi-cation familiale, qui peut potentiellement diminuer la mortalité maternelle de 20 à 35% estimés, en réduisant l'exposition des femmes à des risques liés à la grossesse. Les femmes qui sont victimes de violence ont tendance à avoir plus d'enfants qu'elles ne le souhaitent. Cela ne montre pas seulement le peu de contrôle qu'elles ont sur les décisions affectant leur vie sexuelle et reproductive, mais aussi les bénéfices démographiques potentiels de la santé reproductive qui peuvent réduire la pauvreté de 14 %.

Les pratiques nuisibles affectent également la santé maternelle et infantile. Du mariage des enfants résultent des grossesses précoces et non désirées qui entraînent des risques potentiellement mortels pour les adolescentes: les complications liées à la grossesse sont la principale cause de décès chez les filles de 15 à 19 ans dans le monde entier.

Les mutilations génitales féminines/excision accroissent les risques d'obstruction pendant le travail, des complications de l'accouchement, la mortalité néonatale, les saignements post-partum, les infections et la mortalité maternelle.

Par ailleurs, la violence alimente la pandémie du VIH/sida car, elle limite la capacité des femmes à se protéger contre le VIH, et les femmes vivant avec le VIH ou le Sida sont souvent les cibles d'abus et de la stigmatisation. Les jeunes femmes sont particulièrement à risque élevé pour les violences sexistes et au VIH : elles représentent environ 60 % de tous les 5,5 millions de jeunes dans le monde vivant avec le VIH et le sida. Les femmes sont déjà 2 à 4 fois plus susceptibles que les hommes d'être infectées par le VIH pendant les rapports sexuels. Les rapports sexuels forcés ou le viol limitent l'utilisation de préservatif et causent des blessures physiques qui accroissent des risques d'infection au VIH.

1 Consulté sur : *www.unfpa-mali.org/journée-internationale-pour-l'élimination-des-violences-faites-aux-femmes-les-temps-ont-été-durs-pou, le 29/06/2014*

Aux États-Unis, 11,8 % des nouvelles infections à VIH chez les femmes de plus de 20 ans au cours de l'année précédente ont été attribuées à la violence conjugale. Des études en Tanzanie, au Rwanda et en Afrique du Sud relèvent que les femmes qui ont subi des violences de leurs partenaires sont plus susceptibles de contracter le VIH que celles qui n'en ont pas subi. Jusqu'à 14,6 % des Femmes en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud-Est signalent que quand elles ont révélé leur statut sérologique, leurs partenaires intimes les ont soumises à la violence et la peur de la violence est un obstacle aux femmes d'annoncer leur séropositivité et accéder aux soins appropriés.

Certains rapports révèlent que les violences entrainent des décès maternels. Dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé* en 2002, l'OMS mentionnait que la violence fait chaque année plus de 1,6 million de morts. Les décès maternels en général varient d'une région du monde à une autre et présentent les taux les plus élevés dans les pays en développement.

En 2013, dans le monde, 289 000 femmes sont mortes à la suite de complications pendant la grossesse, lors de l'accou-chement ou dans les jours qui ont suivi. Aujourd'hui, presque tous les décès maternels (99 %) surviennent dans les pays en développement, dont 62 % en Afrique subsaharienne selon *Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2013 (OMS, 2014).* Le même document note que le taux de mortalité maternelle atteint en moyenne 16 pour 100 000 dans les pays développés, mais 230 pour 100 000 dans les pays en développement.

L'Afrique subsaharienne est la région du monde où la mortalité maternelle est la plus forte : 510 décès pour 100 000 naissances. Parmi les pays sur lesquels le présent rapport porte et où ONU Femmes développe actuellement des actions, le Tchad présente le taux le plus

Tableau ۱ : Niveau des taux de mortalité maternelle dans les sept pays

Pays	Source	Niveau pour 100 000 naissances vivantes
Tchad	ESNU, 2012	1100
RCA	MICS, 2010	850
Guinée	EDS-MICS 2012	724
Haïti	EMMUS IV 2012	630
Niger	EDSIM 2012	535
Togo	EDST III 2013	400
Mali	EDSN V 2012-2013	368

Sources : Exploitation des données des enquêtes EDS,MICS et du SNU

Crédit photos, ONU Femmes

élevé, suivi de la République Centrafricaine. Le tableau qui suit présente la mortalité maternelle dans les sept pays concernés par l'étude. Face à la situation des violences dans le monde et leurs cortèges de conséquences sur les décès maternels, plusieurs dispositions internationales ont été prises dont la CEDEF et son Protocole Additionnel, la Déclaration des Nations Unies sur l'Elimination de la violence contre les femmes, la Plateforme de Beijing de 1995 sur les violences et sur la protection des petites filles, les dispositions de la Déclaration du Millénaire sur les formes de violence à l'encontre des femmes, la Résolution des Nations Unies sur l'intensification des efforts pour éliminer toutes les formes de violences à l'égard des Femmes, la Campagne visant à l'éradication de la violence faite aux femmes d'ici l'an 2015, la Déclaration solennelle sur l'égalité de Genre en Afrique.

La résolution 1325 de l'ONU qui date du mois d'octobre 2000 appelle tous les États membres à prendre des mesures spécifiques pour protéger les femmes et les filles pendant les conflits et à mettre en œuvre un processus de *«gender mainstreaming»* dans les opérations de maintien de la paix et de reconstruction post-conflit ; la résolution 1820 de 2008 qui reconnaît que les violences sexuelles sont utilisées comme tactique de guerre et demande la cessation immédiate de toutes formes de violences sexuelles contre les

populations civiles pendant les conflits armés ; la résolution 1888 de septembre 2009 appelle à la création immédiate d'un représentant spécial qui pourrait coordonner les efforts des organisations internationales et les autorités nationales dans la lutte contre ces violences.

Au plan africain et sous régional, au sommet de Maputo, tenu en juillet 2003, les chefs d'Etats ont corroboré la volonté de promouvoir l'égalité des sexes en introduisant la parité homme-femme dans le Conseil de l'Union et en adaptant le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, relatif aux droits de la femme. Cet engagement de l'Union Africaine est confirmé à la Conférence des Chefs d'Etat de 2004 qui ont adopté une Déclaration solennelle en faveur de l'égalité entre hommes et femmes dans les instances de décision et au niveau des postes électifs. La CEDEAO pour sa part, a adopté une position commune de promotion des droits et du pouvoir des femmes et retenu la perspective-genre comme démarche pour une prise en compte effective des inégalités de genre dans les programmes d'intervention dans la sous-région.

Pour concrétiser sa volonté de faire avancer les questions de genre dans la sous-région, la CEDEAO, à l'occasion de la 26e session des Chefs d'Etats et de Gouvernement tenue en janvier 2003 à Dakar, a pris des mesures institutionnelles relatives à la mise en place d'une Com-mission Genre et la transformation de l'Association des Femmes de l'Afrique de l'Ouest (AFAO dont le siège est à Dakar) en Centre de la CEDEAO pour le Développement du Genre (CCDG). Au plan national, les pays de l'Afrique sub-saharienne ont presque tous ratifié les instruments internationaux de lutte contre les VFF et développé des cadres législatifs nationaux, institutionnels, des politiques et programmes pour mieux lutter contre le phénomène.

Malgré toutes ces réponses aux niveaux international et national, les VFF perdurent, et elles continuent de représenter non seulement une atteinte aux droits des femmes et des filles, mais également un problème de santé publique à l'heure où le fléau de la mortalité maternelle est au cœur de toutes les préoccupations.

Selon Heise et al, (1994), la violence représente un plus grand risque que le cancer, le paludisme et les accidents de la route combinés chez les femmes de 15 à 49 ans. Dans le contexte de persistance des violences faites aux femmes et dans la foulée des initiatives prises, ONU Femmes a été créée en 2010 pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. La création d'ONU Femmes s'inscrit dans la perspective d'amorcer une prise de conscience et un engagement de la communauté internationale en faveur de la lutte contre toute forme de violences faites aux femmes et aux filles ainsi que la réduction de la mortalité maternelle.

Le Fonds Français Muskoka, mis en place suite à la réunion du G8 à Muskoka (Canada) vise à accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5 en appuyant un dispositif onusien comprenant l'OMS, l'ONU Femmes, UNFPA et UNICEF qui bénéficient de ce fonds pour soutenir 12 pays d'Afrique Francophone et des Caraïbes. Dans le cadre de ce dispositif, ONU Femmes est active en Côte d'Ivoire, en Guinée, en Haiti, le Mali, le Niger, en République centrafricaine, au Tchad et au Togo. En s'engageant dans cette initiative, ONU Femmes entend soutenir les pays concernés à combattre les pratiques sociales discriminatoires, ainsi que les actes de violences sexistes et sexuelles occasionnant une forte augmentation de la mortalité maternelle et infantile.

Afin de faire l'état des lieux des violences faites aux femmes dans les pays concernés par « l'initiative Muskoka », ONU Femmes a commandité des études dans chacun des pays concernés. Le but de ces études était de faire la cartographie des effets des violences sexistes à l'égard des femmes et des pratiques culturelles dommageables sur la santé et la mortalité maternelle dans chacun des sept pays susmentionnés.A l'issue de ces études qui ont adopté diverses approches pour dresser la situ-ation des violences dans les pays et établir leurs relations avec la santé et la mortalité maternelle, une synthèse a été faite pour disposer d'un rapport consolidé.

Ce rapport décrit les contextes des pays (ampleur des VFF, les stratégies de ripostes développées, les contraintes / défis), les incidences des VFF en termes de morbidité et de mortalité maternelle. Le rapport formule en outre des recommandations spécifiques et parfois globales pouvant contribuer à agir efficacement sur les violences faites aux femmes en Afrique et en Haïti.

CHAPITRE I

Méthodologie

L'analyse documentaire est l'approche utilisée dans le cadre de la rédaction de ce rapport consolidé. Elle part de l'analyse des rapports d'étude des sept pays appuyés par ONU Femmes en passant par la recherche de données complémentaires contenues dans les documents de référence nationale tels que les EDS, MICS, les documents de politique en matière de genre des sept pays concernés par le rapport, des rapports d'études, des rapports des institutions internationales et les articles scientifiques.

Préalablement, un tableau de bord des indicateurs harmonisés validé au cours d'un atelier régional a été exploité pour dégager les indicateurs par rapport : (i) aux contextes socio-démographiques, éducationnels, macro-économiques et sanitaires; (ii) au risque de mortalité maternelle (iii) aux violences faites aux femmes.

Pour l'ensemble des indicateurs disponibles, les valeurs ont été extraites des rapports d'études des sept pays et des documents de référence nationale.

Les informations de différentes sources ont été triangulées, les données les plus récentes et d'envergure nationale ont été prises en compte dans les analyses pour décrire la situation des violences faites aux femmes et la santé maternelle dans les sept pays concernés ainsi que le lien entre ces deux phénomènes.

En guise de rappel, les rapports d'études des sept pays ont utilisé des méthodologies et approches différentes pour déterminer la relation entre les violences à l'égard des femmes et la santé ainsi que la mortalité maternelle. Les tendances générales ont été dégagées, appréciées et consolidées dans ce rapport.

Méthodologie des sept (٧) études nationales

La **Guinée** a adopté une approche basée sur l'exploitation des données secondaires. Une analyse essentiellement quantitative a été utilisée pour démontrer les relations existantes entre les violences faites aux femmes et la santé maternelle sur la base des données issues de l'Enquête Démographique et de Santé de 2005 et du rapport sur les Violences Basées sur le Genre de 2009. Un sous-échantillon de 4.054 femmes de 15-49 ans, mariées et ayant eu au moins une naissance durant les cinq (05) années précédant l'enquête, a été retenu. Dans le cadre de cette analyse, il a été sélectionné 33 variables dont 12 relatives à la santé maternelle et 21 variables relatives à la violence en rapport avec les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes. Un cadre conceptuel défini a permis d'analyser les liens entre les violences faites aux femmes et la morbidité ainsi que la mortalité maternelle en se basant sur des groupes de variables et en testant des hypothèses. Les coefficients de corrélation entre les indicateurs et les facteurs générés sont utilisés pour calculer des scores pondérés de santé maternelle et de violence.

En **Haïti**, une analyse qualitative a été réalisée à partir de la revue documentaire pour présenter la situation des violences et de la santé maternelle et infantile. Les documents qui ont été utilisés sont *l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services de 2005, l'Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti de 2003, l'Enquête Budget-Consommation des Ménages de 2000 et le Rapport de la Concertation Nationale contre les violences faites aux femmes et aux filles relatif à l'évaluation de la prise en charge des violences de 2008.* Des études socio-anthropologiques ainsi que des rapports de projet ont également été exploités pour identifier les indicateurs de santé susceptibles

d'éclairer sur les pratiques socioculturelles y compris les violences dont sont l'objet les femmes et qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur leur santé, voire entrainer leur mort ou celle de leur bébé.

L'étude menée au **Mali** a été coor-donnée par CARE Mali en collaboration avec ONU Femmes et l'Institut National de la Statistique. La méthode IMAGES (International Men and Gender Equality Survey) a été utilisée et a fait recours à des techniques d'enquête et d'analyse qualitatives et quantitatives, parmi lesquelles figurent l'administration de questionnaires à un échantillon de 1.000 hommes et 500 femmes âgés de 18 à 35 ans et de 36 à 59 ans de même que des focus groups et des entretiens avec des informateurs clés des zones urbaines et/ou rurales de trois régions que sont Bamako, Mopti et Ségou. Une analyse uni-variée et bi-variée a été effectuée.

Les données fournissent des indications sur l'utilisation de la violence par les hommes à l'égard de leurs partenaires, la participation à la prestation de soins, les attitudes des hommes concernant la dynamique des ménages, et les attitudes des hommes à l'égard du programme d'égalité entre les sexes, entre autres thèmes. L'étude n'a pas abordé le lien entre les violences et la mortalité maternelle.

Au **Niger,** une analyse à la fois qualitative et quantitative a été réalisée à partir d'une étude de cas menée dans la région de Maradi, l'une des trois (03) régions d'intervention de ONU Femmes au Niger, auprès de 584 femmes âgées de 12 à 49 ans. L'étude a également utilisé les bases des enquêtes nationales telles que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et les Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), pour appréhender indirectement la mortalité maternelle à travers les conséquences des violences faites aux femmes enceintes.

L'étude conduite en **République Centr-africaine** dans sept (07) districts sanitaires sur douze (12), est une étude transversale, descriptive et analytique dont les données ont été essentiellement recueillies par la revue des registres des formations sanitaires, l'enquête auprès de 381 femmes âgées de 15 à 49 ans, les focus groups auprès des femmes et des hommes, ainsi que les entretiens individuels avec les responsables des formations sanitaires, les leaders communautaires et religieux, ainsi que les femmes témoins ou victimes de violences.

L'étude a analysé les variables associées aux risques de mortalité maternelle en lien avec les violences faites aux femmes. Il s'agit de l'âge d'entrée en union, le nombre d'enfants en vie, l'utilisation d'une méthode contra-ceptive et l'existence d'un dialogue au sein du couple en matière de planning familial.

L'étude mentionne que l'inexistence des registres de violences et des décès au sein des formations sanitaires et la non mise en œuvre des audits des décès maternels au niveau des formations sanitaires et de la communauté n'ont pas facilité l'établissement de lien entre les violences et la mortalité maternelle.

Au **Tchad**, la méthode de régression logistique a été appliquée sur la base des données de l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2010. Un modèle a été construit à partir des variables retenues et disponibles dans la base des données pour analyser le lien entre les violences faites aux femmes et la santé maternelle.

Pour les variables de violence, il s'agit de l'âge au premier mariage, les mutilations génitales féminines, la violence sexuelle et la violence physique. Pour les variables d'utilisation efficace des services de santé, il a été utilisé l'assistance à l'accouchement, les consultations prénatales, l'utilisation de la contraception moderne.

Le fait d'avoir vécu des épisodes morbides et d'avoir un faible poids ont été utilisés comme variables proxy de mortalité maternelle. Un groupe de référence a été construit et constitué de femmes mariées à 18 ans ou plus. Sur cette base, un examen des rapports de chances de connaître une quelconque violence a été fait à tous les niveaux.

Au **Togo,** une étude transversale, descriptive et analytique a été menée dans les dix-sept (17) districts d'intervention de ONU Femmes ; 1208 femmes de 15-49 ans y ont été enquêtées, 82 femmes ont pris part à des discussions de groupe et 255 individus (leaders communautaires, responsables des formations, femmes témoins/victimes de violences, etc.) y ont été interviewés.

En outre, une liste d'indicateurs de santé, de mortalité maternelle et néonatale ainsi que les risques de mortalités a été établie et renseignée à partir de l'examen des données issues d'enquêtes nationales (EDST, MICS, QUIBB, rapport VBG de 2010, rapport SONU de 2012, etc.) Les données les plus récentes disponibles et d'envergure nationale ont été privilégiées.

Pour l'établissement de la relation entre le risque de mortalité maternelle et la violence faite aux femmes, une analyse des variables associées a été effectuée. Les variables ayant servi à l'analyse sont l'âge d'entrée en union, le nombre d'enfants en vie, l'utilisation d'une méthode de contraception, la discussion entre la femme et son conjoint sur le nombre d'enfants.

Globalement, il est noté que les études ont été réalisées par des consultants individuels ou des institutions de recherche nationales (tableau 5 en annexe) et certaines ont principalement abordé les niveaux des indicateurs de violence dans des zones circonscrites et traité partiellement l'aspect concernant le lien entre les violences et la santé ainsi que la mortalité maternelle.

D'autres études par contre sont orientées spécifiquement sur l'établissement de lien entre les violences et la santé maternelle ; c'est dire donc qu'il n'y avait pas une compréhension harmonisée des objectifs de ces études.

Limites des études pays

Bien que les études pays soient parvenues à sortir les indicateurs de base dans la plupart des pays, devant servir d'outils pour mesurer les progrès des actions de ONU Femmes dans les zones d'intervention, elles ne sont pas parvenues à établir clairement de liens entre les VFF et la mortalité maternelle pour plusieurs raisons : (i) la non définition et la non harmonisation d'une liste de variables essentielles de violences, de santé et de mortalité à utiliser pour les études à la base ; (ii) la non harmonisation du mode de calcul du lien entre VFF et mortalité maternelle ; (iii) l'utilisation de données limitées à des régions/ districts sanitaires et (iv) le manque de variables essentielles de violences, de santé et de mortalité dans les bases de données nationales ainsi que l'inexistence des audits de décès maternels dans presque tous les pays.

Afin de parvenir à l'établissement de lien entre les violences faites aux femmes et la mortalité maternelle, il est nécessaire de mettre en place un cadre modélisé d'analyse à travers la définition des variables essentielles de violences, de santé et de mortalité et la détermination des modes de calcul de lien. De plus, un plaidoyer est nécessaire au niveau de chaque pays pour la prise en compte des variables retenues dans les enquêtes nationales.

Crédit photos, ONU Femmes

CHAPITRE II

Etat des Violences faites aux femmes en Afrique Subsaharienne et en Haïti

En Afrique subsaharienne et en Haïti, il est rencontré diverses formes et types de violences (viol, mariages forcés, excision, privation de ressources financières, rites de veuvage, coups et blessures, etc. qui sont presque identiques avec par endroit des spécificitésobservées dans des pays.

Il est à rappeler que les violences basées sur le genre découlent de relations inégales de pouvoir entre hommes et femmes. Si les hommes peuvent également être victimes de violences, les violences basées sur le genre touchent de manière disproportionnée, les femmes.

De façon générale, les formes classiques des violences faites aux femmes distinguent la violence physique, sexuelle, psychologique, économique et institutionnalisée.

Ces violences sont une des conséquences les plus brutales des inégalités économiques, sociales, politiques et culturelles qui existent entre les hommes et les femmes. Dans les sociétés africaines à dominance patriarcale, il est assigné des rôles différents aux filles et aux garçons et ce dès leur bas âge ceci à travers la division sexuelle du travail, la perception réductrice du statut de la femme entre autres.

Crédit photos, ONU Femmes

Ces pratiques socio-culturelles ont notamment pour conséquences l'inégalité dans l'accès au savoir et aux opportunités économiques et politiques en défaveur de la femme. Dans les pays de l'Afrique Subsaharienne et en Haïti, les différents formes et types de violences observés sont d'une grande ampleur avec une faible variation d'un pays à un autre et touchent les filles et les femmes quelles que soient leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques.

Les violences psychologiques apparaissent plus répandues et touchent plus de 79% des femmes ; elles sont suivies des violences physiques qui affectent également beaucoup de femmes et se situent dans une proportion de 19 à 80% selon le pays.

Nombreuses sont encore les femmes victimes des violences institutionnalisées dont le type le plus rencontré est l'excision. Le taux de ce type de violence est plus élevé dans certains pays que dans d'autres. En Guinée par exemple, les mutilations génitales féminines touchent la quasi-totalité des femmes (97 %). Il en est de même pour 67% des femmes maliennes, 44% des femmes tchadiennes et 26% des centrafricaines. Cette proportion est moins élevée au Togo (4%) comme l'indique le tableau1.

Il se dégage que les proportions de femmes ayant été victimes de violences sexuelles quel que soit le type sont assez importantesen Afrique subsaharienne et en Haïti. Cette forme de violence est plus présente dans les pays en crise sociopolitique.

Crédit photos, ONU Femmes

En effet, les conflits armés qui surgissent dans la région entretiennent et amplifient le recours à certaines violences notamment les viols sur les femmes et les filles . Au Mali, la crise sociopolitique en 2012 a été à l'origine de milliers de viols, mariages forcés et précoces.

La violence économique se manifeste par la confiscation des ressources de la femme, par le déni de ressources, l'interdiction d'avoir accès à un compte bancaire, d'obtenir et de conserver un emploi. Les femmes en Afrique Subsaharienne et en Haïti sont généralement victimes de cette forme de violence.

En République Centrafricaine, 50% des femmes (dans 7 districts sanitaires sur 12) se voient refuser le droit de travailler et dans 20% des cas, le choix du travail revient aux maris. La proportion de femmes au Togo ayant vécu cette forme de violence est de 34% selon les études pays appuyées par ONU Femmes.

Une des pratiques qu'on pourra qualifier de forme spécifique de VFF est la violence en milieu hospitalier documentée dans certains pays. En RCA où les données quantitatives existent dans 7 districts sanitaires sur les 12 que compte le pays, le mauvais accueil (50%) et les négligences (30%) des prestataires de soins sont rapportés.

Au Togo les données collectées dans 17 districts sanitaires révèlent que 5,1% de femmes affirment avoir été victimes de mauvais accueil, 3,1% de l'indifférence/négligence de la part des prestataires et 6,4% déclarent avoir été insultées. Cette situation a été décrite par une femme dans un district sanitaire au Togo en ces termes : *« Il y a des sages-femmes qui insultent, giflent même, ce qui fait que certaines d'entre nous restent à la maison, car elles n'ont pas d'argent pour se payer les frais de consultation et ont peur des remontrances du personnel soignant ».*

En outre, dans certains pays comme le Niger et le Mali, le phénomène de gavage des jeunes filles en vue de les faire grandir vite pour le mariage précoce est de plus en plus relevé selon le rapport d'étude documentaire sur l'état des lieux des violences basées sur le genre en vue de l'élaboration du Plan d'Action National du Niger (Moussa Dan-Koma Ibrahim, 2012).

En réponse aux violences faites aux femmes, des stratégies de lutte sont développées dans chacun des sept pays concernés par l'initiative Muskoka. De manière générale, ces actions portent sur la mise en place d'un cadre juridique, de mécanismes de prévention et de prise en charge.

S'agissant de cadre juridique, tous les pays disposent d'un arsenal législatif de lutte contre les VVF marqué par la ratification des textes internationaux et l'adoption des textes nationaux. Les pays ont par ailleurs renforcé leur cadre institutionnel en se dotant de Ministère en charge de la question du genre, de lutte contre les VFF et de services techniques.

L'engagement des Etats s'est concrétisé par l'élaboration de politiques et programmes de lutte contre les violences faites aux femmes.

La mise en synergie des actions est un gage d'efficacité dans la lutte contre les phénomènes aussi complexes qui prennent racine dans les valeurs socioculturelles tels que les violences faites aux femmes. Dans la majorité des pays par l'entremise de l'initiative Muskoka, il est mis en place un partenariat entre les acteurs gouvernementaux, la société civile et les partenaires techniques et financiers, au sein duquel les responsabilités sont définies et les interventions circonscrites.

Ces dispositions ont permis de développer des actions de sensibilisation, de plaidoyer, de formation, de vulgarisation des textes de loi en matière de VFF ainsi que des programmes d'autonomisation des femmes. Sur un autre registre, la prise en charge des femmes ayant subi des violences a constitué une préoccupation des acteurs dans les pays. A cet égard, il a été relevé dans plusieurs pays, la création de centres d'écoute ainsi que la mise en place de réseaux de parajuristes plus proches des communautés tant en milieu rural qu'urbain.

Les acquis obtenus à travers les stratégies développées sont l'intégration des questions de Genre dans les politiques et programmes de développement dans la plupart des pays (Niger, Togo, Tchad, etc.), l'implication dans certains pays des femmes /filles au processus de paix, de prévention, de gestion et de règlement des

conflits, l'interpellation des auteurs de violences à l'égard des femmes protégeant ainsi mieux ces dernières, l'amélioration de l'intégration des femmes dans certains pays au processus de prise de décision politique ainsi que le renforcement du partenariat et de la coordination des activités.

Les études réalisées dans les sept pays ont toutes révélé l'existence des violences faites aux femmes et aux filles sous diverses formes.

Ceci montre que les stratégies développées dans les pays n'ont pas permis à ce jour d'éradiquer ces violences. Cette situation peut s'expliquer par les limites dans les stratégies développées.

En effet, les cadres législatifs nationaux ne sont pas parfois arrimés aux instruments internationaux ratifiés.

En outre, il est relevé la coexistence entre le droit moderne et le droit coutumier dans la plupart des pays. Le cadre législatif dans la plupart des pays est confronté à la non adoption de quelques instruments de lutte et aussi aux pesanteurs socio-culturelles. De plus, dans nombre de paysil est noté des difficultés d'application des textes juridiques.

En ce qui concerne les politiques et programmes développés pour la lutte contre les VFF, les données soulèvent la faiblesse des ressources allouées par les Etats et aussi par l'insuffisance des ressources affectées par les partenaires pour leur mise en œuvre.

Malgré la pluralité et la diversité des actions de préventions développées dans chacun des pays, il n'est pas rare de constater que ces actions sont généralement limitées aux zones urbaines alors que les facteurs socioculturels qui sous-tendent ces violences sont plus concentrés en milieu rural.

Enfin, la recherche dans le domaine des VFF est faiblement développée et marquée par la rareté des études sur la question d'où le manque des statistiques actualisées dans les pays.

CHAPITRE III

Liens entre les violences faites aux femmes et la morbidité / mortalité maternelle

Crédit photos, ONU Femmes

Des rapports d'études relatives aux violences faites aux fem-mes (VFF) soulignent que de telles violences entraînent des problèmes de la santé sexuelle et reproductive, tant immédiats que différés. Selon le rapport intitulé *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes: prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* de OMS en partenariat avec London School of Hygiene & Tropical Medicine et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale (juin 2013), la violence physique ou sexuelle est un problème de santé publique qui touche plus d'un tiers des femmes dans le monde.

Ce rapport indique que les conséquences des violences exercées par le partenaire intime sur la santé de la femme sont les décès et traumatismes (38% des femmes assas-sinées à l'échelle mondiale, l'ont été par leur partenaire intime, et 42% des femmes qui ont connu des violences physiques ou sexuelles d'un partenaire ont souffert de blessures). La même source indique que la probabilité de contracter la syphilis, la chlamydiose ou la gonorrhée est 1,5 fois plus élevée chez les femmes qui subissent des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire.

Dans certaines régions (dont l'Afrique subs-aharienne), elles ont 1,5 fois plus de risques de contracter le VIH.

D'autres problèmes de santé évoqués par le rapport sont les grossesses non désirées et les avortements. En effet, la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire intime aboutissent à des grossesses non désirées; le rapport montre que la probabilité de se faire avorter est deux fois plus élevée chez les femmes qui subissent des violences physiques et/ou des violences exercées par le partenaire sexuel. Par ailleurs, ce rapport souligne que la probabilité d'avoir un enfant de faible poids à la naissance est majorée de 16% chez les femmes qui subissent des violences de leur partenaire. Sur le plan mondial, 7,2% des femmes ayant des problèmes de santé mentale ont signalé des violences sexuelles exercées sur elles par d'autres personnes que le partenaire intime. Du fait de ces actes, elles avaient une probabilité de 2,3 fois plus élevée de souffrir de troubles liés à la consommation d'alcool, et 2,6 fois plus élevée de connaître la dépression ou l'anxiété ; des chiffres légèrement plus élevés que chez les femmes victimes de violences de partenaires intimes.

Les femmes victimes de violence peuvent en mourir. De manière générale, la mortalité maternelle et néonatale est liée à une ou plusieurs causes indirectes ou directes.

Selon le *Rapport sur la Santé dans le Monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant,* OMS (2005), les femmes meurent pour un grand nombre de causes, directement ou indirectement liées à la grossesse, à l'accouchement ou lors du post-partum. Les quatre principales causes directes sont: les hémorragies sévères (la plupart du temps des hémorragies postpartum), les infections (septicémie surtout), les troubles hypertensifs pendant la grossesse (en général l'éclampsie) et les dystocies.

Les complications à la suite d'avortements dans de mauvaises conditions en font partie. Parmi les causes indirectes des décès maternels, il faut retenir les maladies qui compliquent la grossesse ou sont aggravées pendant cette période de la vie comme le paludisme, l'anémie, le VIH/sida, ou les affections cardiovasculaires.

Graphique١ : Principales causes de mortalité maternelle

Tableau 1 : causes de pays

- Hémorragics sévères 25%
- Infections 15%
- Eclamsie 12%
- Dystocie 8%
- Avortement à risque 13%
- Autres causes directes 8%
- Causes indirectes 20%v²

Sources : *Rapport mondial de la santé ٢٠٠٥ - OMS*

En outre, il est démontré que les conséquences des VFF sont mortelles car, les femmes qui en sont victimes peuvent souffrir de maux tels que les troubles gynécologiques (lésions traumatiques périnéales lors de rapports sexuels accompagnés de violences, infections génitales et urinaires à répétition, infections sexuellement transmissibles (IST), stérilités secondaires, douleurs pelviennes chroniques inexpliquées, dyspareunie, vaginisme, anorgasmie, dysovulations avec irrégularités menstruelles et dysménorrhées) ou des troubles obstétricaux.

Les épisodes de violence dans les trois mois précédant la grossesse seraient un élément prédictif important. Dans une étude réalisée en France par Parsons et coll, (1999) cité par Henrion Roger (2001) dans le rapport *Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé,* 51,2 % des femmes enceintes décédées à la suite de traumatismes physiques étaient connues de leur gynécologue comme étant victimes de violences de la part de leur partenaire ou d'une connaissance.

D'autres maux liés aux conséquences des violences sont, selon l'étude de Parker et coll. (1994) citée par Henrion Roger, (2001) dans le rapport *Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, les grossesses non désirées et les complications liées aux avortements. Ils estiment d'autre part que les femmes ont trois fois plus de risque d'être victimes de violence lorsque la grossesse n'est pas désirée. Le même rapport mentionne que pour Fildes et coll. (1992), les violences physiques en elles-mêmes peuvent entraîner des avortements spontanés, des ruptures prématurées des membranes et des accouchements prématurés, des décollements prématurés du placenta suivis de souffrance et de mort foetale, des hémorragies, voire des ruptures utérines.

Elles peuvent aboutir à la mort maternelle succédant à un homicide ou à des complications au cours de la grossesse : 25 % des décès maternels sont dus à des violences physiques perpétrées par les partenaires intimes. A travers les études conduites dans chacun des sept pays concernés, on note la mise en œuvre partielle des audits des décès maternels au niveau des formations sanitaires et des communautés. Au Togo par exemple, bien que les audits sur les décès maternels soient exigés dans toutes les formations sanitaires, même pour ce qui est des décès survenus dans la communauté, ces informations demeurent toujours non renseignées. Aussi, le manque de certaines variables essentielles portant sur les violences et les risques de mortalité maternelle dans les bases de données nationales a-t-il constitué une difficulté pour les études. Il aurait été intéressant de considérer les audits de décès maternels et d'identifier les cas de décès de femmes liés à des causes de violence, quels que soient le type et la forme, pour mettre en évidence le lien entre violence et mortalité maternelle. A défaut de la disponibilité de ces données, les études ont pris en compte les facteurs de risque de décès maternels pour établir les liens.

Ainsi, certaines études ont privilégié la recherche de liens entre les violences faites aux femmes et les variables de santé liées au risque de mortalité maternelle en croisant des données provenant de bases de données des différentes sources (indicateurs de risque de mortalité à partir des EDS et les indicateurs de violences à partir de la base des études sur les VBG), ce qui pose un problème de concordance en termes spatial et temporel. D'autres par contre ont cerné ces liens à travers les conséquences des diverses formes de violences sur la santé reproductive des femmes.

Par exemple, l'analyse quantitative des données issues de l'Enquête Démographique et de Santé de 2005 (EDS 2005)[2] et de l'Enquête sur les Violences Basées sur le Genre (VBG, 2009) conduite en Guinée, montre l'existence d'une relation statistiquement significative entre le risque de mortalité maternelle et l'intensité de la violence à l'égard des femmes. En effet, à partir du calcul des scores de santé maternelle et de violence par la combinaison linéaire des indicateurs, cinq groupes de femmes ont été catégorisés en déterminant un score unique de santé et de violence.

2 Douze (12) variables de santé maternelle et vingt-et-une (21) variables de violence ont été choisies dans le fichier de l'EDS 2005. Les données relatives à ces variables concernent un sous-échantillon de 4.050 femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées et ayant eu au moins un enfant au cours de la période 2000-2005, il a été retenu au sein de l'échantillon national d'environ 8.000 femmes de l'EDS.

Crédit photos, ONU Femmes

Le test de Tukey et la régression ont été utilisés pour vérifier que l'accroissement des risques de mortalité maternelle est fonction de l'augmentation du niveau de la violence à l'égard des femmes et que les femmes qui subissent plus de violence, courent plus de risques de morbidité et de mortalité maternelle. D'autres études ont mis en évidence les effets néfastes des diverses formes de violences à l'égard des femmes, comme les violences physiques, sur la santé de celles-ci; des violences qui peuvent aboutir au décès des femmes maltraitées. En effet, 15% des femmes enquêtées dans la zone d'intervention d'ONU Femmes au Togo (N = 1.208) conn-aissaient un cas de décès maternel dû à des violences survenues au cours des douze (12) mois précédents l'enquête et dans 66% des cas, il s'agissait de la conséquence de violences physiques (coups de pied, coups administrés avec un objet contondant etc.). Une réalité que traduisent également les discours tenus par les femmes nigériennes au cours des focus groups réalisés dans la région de Maradi. Selon les femmes de la localité de Mazadou Zika, dans le département de Madarounfa au Niger, le type de violence la plus grave serait la bastonnade car elle entraîne rapidement la mort. Elle peut être la conséquence indirecte d'une autre forme de violence, que le mariage forcé, comme le reflète ce témoignage recueilli dans le département d'Aguié au Niger : *« Une jeune femme qui vivait dans le village d'Ignadou dans le canton d'Aguié, a été battue la nuit de ses noces par son mari avec une lampe torche sur sa bouche, après avoir fermé la porte sur eux, jusqu'à ce qu'elle rende l'âme, parce qu'elle se refusait à lui ».*

Le rapport du Togo et celui de la RCA font aussi état d'une association statistiquement significative entre le risque de mortalité maternelle et des variables de la violence institutionnalisée, sexuelle et économique envers les femmes : l'âge d'entrée en union, le nombre d'enfants en vie, l'utilisation d'une méthode contraceptive, la discussion entre la femme et son conjoint sur le nombre d'enfants, ainsi que le statut économique de la femme Ces études ont réalisé un test de chi-deux[3] sur la base des données collectées auprès des femmes échan-tillonnées.

3 Un test de chi-deux cherche à tester si deux variables qualitatives sont significativement associées. En réalité, c'est l'indépendance des variables qualitatives présente dans les tableaux croisés qui est testée. On cherche à vérifier si l'association de deux variables est suffisamment forte pour que l'hypothèse de leur indépendance puisse être rejetée.

Au sein des femmes questionnées, 75% étaient mariées avant l'âge de 18 ans en Centrafrique, contre 14,7% au Togo. Or, les filles qui entrent en union précocement courent des risques de morbidité et de mortalité non négligeables en raison des compli-cations au cour de la grossesse, dont la fistule obstétricale, qui peuvent résulter de l'immaturité physiologique de leur corps; une relation que tendent à confirmer les résultats du test statistique.

De plus, 75% des femmes centrafricaines enquêtées avaient cinq (05) enfants vivants, tandis que 21,5% des femmes togolaises en avaient entre quatre (04) et six (06). Lorsqu'ils sont rapportés à l'âge moyen des répon-dantes (26 ans pour la Centrafrique et 27 ans pour le Togo), ces chiffres témoignent d'un rapprochement des naissances qui expose davantage les femmes à un risque de morbidité et de mortalité maternelles, comme le confirme le test de chi-deux. Ces risques sur la santé maternelle seraient d'autant plus élevés que l'utilisation des moyens de contraception modernes dans les deux cas est faible (16,5% des enquêtées Centrafricaines et 15% des Togolaises), ce qui peut s'expliquer par la faible capacité des femmes à discuter de la planification familiale avec leur conjoint.

De même, les femmes tchadiennes victimes d'un des types de violence institutionnalisée que sont le mariage précoce et l'excision, courent plus de risques de voir leurs conditions de santé se détériorer comparativement aux femmes qui ne subissent pas de violence. Mariées à moins de 12 ans, les femmes ont moins de chances d'avoir une assistance médicale à l'accouchement (r = 0,92 au seuil de 10%) et d'utiliser une contraception moderne (r = 0,51 au seuil de 10%) que les femmes mariées à 18 ans ou plus.

Elles courent plus le risque de connaitre de nombreux épisodes morbides. Dès lors, une femme qui entre en mariage alors même que sa maturité biologique n'est pas encore assurée, est exposée à tous les facteurs défavorables à la santé maternelle: faible assistance médicale à l'accouchement, moindre utilisation de la contraception et de nombreux épisodes morbides. L'excision défavorise les femmes vis-à-vis de presque toutes les variables de santé maternelle étudiées. En effet, comparées aux femmes non excisées, les femmes excisées ont moins de chances d'avoir une assistance médicale à l'accou-chement (r = 0,83 au seuil de 5%) et d'utiliser la contra-ception moderne (r = 0,73 au seuil de 10%) indiquent les résultats de l'étude conduite

au Tchad. Les violences économiques qui amenuisent les capacités des femmes à satisfaire à leurs besoins sanitaires et alimentaires, de même qu'à ceux de leurs enfants, constituent un grand risque pour la santé maternelle, néonatale et infantile au Togo, comme l'atteste les résultats d'un test de chi-deux présenté dans le rapport dudit pays et réalisé sur la base des données recueillies par l'étude. Ainsi, 55% des femmes du district de l'Oti, l'un des dix-sept districts enquêtés, privées de ressources financières, ont souffert de problèmes relatifs à la santé de la reproduction, alors que 75% des femmes du même district non privées n'en ont eu aucun. Recueilli auprès d'une femme enceinte dans la région des Savanes, au nord du Togo, le témoignage suivant illustre cette problématique :

… « Dans notre localité, ici, il y a un défaut qui est de la responsabilité des hommes. Quand la femme est enceinte, le mari fait comme s'il ne sait pas que sa femme doit aller à la consultation prénatale (CPN). Le personnel soignant nous demande de commencer les CPN à partir du troisième mois. Malheureusement, dans cette localité, c'est une bagarre entre les femmes enceintes et leur mari. Une femme enceinte peut rester jusqu'à 7 mois avant d'aller à la CPN. Quand elle y arrive et que la matrone lui prescrit des médicaments, cela devient encore une bataille pour que ces médicaments soient achetés. Le temps mis pour acheter ces médicaments est long : quinze jours à des mois, parfois. Donc, si le mal diagnostiqué s'accentue dans le mois, ce serait ainsi trop tard. En cas d'accouchement compliqué, les maris pensent qu'après avoir donné l'argent des CPN, ils ont tout fait et ne veulent plus répondre à nos sollicitations pour les nouvelles ordonnances sous prétexte qu'ils n'ont plus d'argent. Dans ces conditions, que peut faire la femme ?».

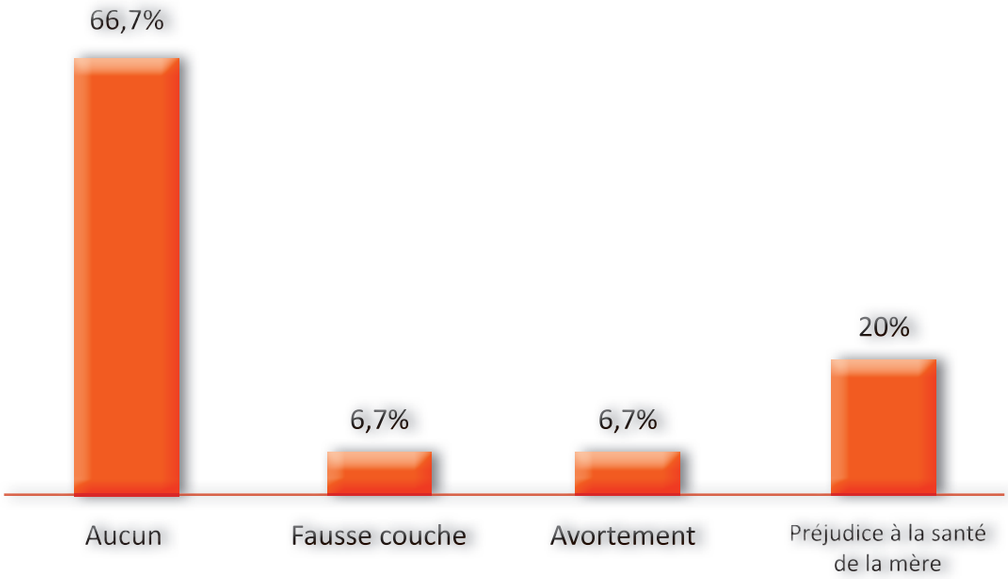
Par ailleurs, les responsables de formations sanitaires centrafricains interrogés dans la zone d'étude, ont notamment identifié les violences économiques comme cause des cas de complication de grossesse qui arrivent fréquemment dans leurs structures. Il est ainsi rapporté le cas du décès d'une jeune fille musulmane âgée de 13

ans, décès survenu suite à des complications liées à l'accouchement, parce qu'elle a été conduite tardivement à l'hôpital et que le personnel n'a pas pu la prendre en charge à temps. Ce cas représente aussi un exemple de violence en milieu hospitalier car les établissements de santé ne disposent pas parfois de kits d'urgence. Plusieurs données contenues dans les rapports pays corroborent la thèse de l'existence de violence en milieu hospitalier. Rappelons que le modèle des trois retards (retard dans la décision d'aller consulter les services de santé, retard pour atteindre les services de santé et retard pour recevoir les soins) permet d'identifier les problèmes majeurs et les goulots d'étranglement qui résultent en décès maternels.

L'étude réalisée en RCA auprès de 381 femmes, a montré que les femmes enceintes ayant subi des violences physiques ont deux fois plus de risque de donner naissance à un mort-né que les autres femmes (OR[4] = 2, IC à 95%). Au Niger, dans la région de Maradi, 7% des femmes ont identifié une fausse couche comme la conséquence des violences subies durant leur grossesse et 7% également ont cité l'avortement (graphique 2).

4 OR = Odds ratio ou rapport de chance

Graphique 1 : Niveau des conséquences des violences subies par les femmes enceintes au Niger



Sources : Exploitation des données du Rapport *Violences faites aux femmes et mortalité maternelle : cas de la région de Maradi au Niger,* 2013

Crédit photos, ONU Femmes

Par ailleurs, la prévalence élevée de l'anémie chez les femmes enceintes en Haïti (60%) leur fait courir le risque de mettre au monde un enfant de faible poids, d'avoir des hémorragies et des infections périnatales. Ainsi, selon le rapport Haïti (2013) l'état nutritionnel de base de la population haïtienne est marqué par la prévalence élevée de la malnutrition avec un régime alimentaire pauvre et peu diversifié.

Les carences nutritionnelles et le déficit protéino-calorifique placent les femmes en âge de procréer face à des risques accrus de dystocie mécanique, de retard de croissance intra-utérin et d'hypotrophie, et font courir à leurs enfants le risque d'avoir des problèmes cognitifs et physiques. L'analyse des données de l'EDS 2005 en Guinée, confirme que la violence à l'égard des femmes a un effet non négligeable sur la santé maternelle. Ainsi, un modèle de régression linéaire[5] de base, qui introduit la violence comme l'unique variable explicative, rend compte de 8%de la variation du score moyen de santé maternelle.

Un modèle plus élaboré, qui introduit six (06) composantes de la violence comme variables explicatives, rend compte de 10% de la variation du score moyen de santé maternelle. Il s'agit du faible pouvoir de décision, de la faible liberté d'action, de la faible connaissance des droits, des barrières aux soins de santé, de la peur du mari et du faible contrôle des ressources. Tous les coefficients des composantes sont positifs et statistiquement significatifs, attestant que tous les aspects de la violence à l'égard des femmes aggravent plus ou moins fortement le risque de mortalité maternelle.

Le modèle révèle toutefois que la composante «barrières socioculturelles aux soins de santé[6]» influence davantage le risque de mortalité maternelle que les autres aspects de la violence à l'égard des femmes. Enfin, un troisième modèle de régression impliquant les quintiles de violence comme seules variables explicatives, rend lui aussi compte de 10% de la variation dans les scores de santé maternelle.

5 Une régression linéaire multiple consiste à déterminer dans quelle mesure une variable continue dépendante peut être expliquée par d'autres variables continues indépendantes ou dichotomiques.

6 Dans le cadre de l'étude guinéenne, les barrières socio culturelles aux soins de santé s'entendent comme les diffi-cultés rencontrées par les femmes pour avoir la permission d'aller rechercher des soins et pour avoir l'argent nécessaire pour les soins.

Il indique que passer du quintile de violence «plus fort» au quintile de violence «plus faible», réduirait de 14 points le risque de mortalité maternelle, le faisant passer de 43 à 29, sur une échelle de 0 à 100. La pauvreté, la religion et le milieu de résidence sont également des déterminants de la mortalité maternelle.

Les facteurs individuels tels que l'alphabétisation et le niveau de pauvreté de la femme, ainsi que les variables contextuelles (milieu de résidence, ethnie et religion) ajoutés à la violence, expliquent 32% de la variation du score moyen de la mortalité maternelle.

Le risque de mortalité maternelle pourrait être réduit de 18 points si on faisait passer une femme de la catégorie socio-économique «plus pauvre» à la catégorie «plus riche», toutes choses étant égales par ailleurs. De la même manière, le risque de mortalité maternelle diminuerait d'environ 8 points si une femme vivait dans les conditions socio-culturelles des villes au lieu d'être dans celles du milieu rural.

Synthèse sur le lien entre violences faites aux femmes et sante maternelle

- Les femmes qui subissent plus de violences, courent plus de risques de morbidité et de mortalité maternelle. Les femmes privées de ressources financières, ont souffert de problèmes relatifs à la santé de reproduction, alors que des femmes non privées n'en ont pas souffert d'aucun;

- Les femmes enceintes ayant été victimes de violences physiques ont deux fois plus de risque de donner naissance à un mort-né que les autres femmes ;

- La privation alimentaire augmente la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes et leur fait courir le risque de mettre au monde un enfant de faible poids, d'avoir des hémorragies et des infections périnatales ;

- Le risque de mortalité maternelle pourrait être réduit de 18 points si on faisait passer une femme de la catégorie socioéconomique « plus pauvre » à la catégorie « plus riche », toutes choses étant égales par ailleurs;

- Le risque de mortalité maternelle diminuerait d'en-viron 8 points si une femme vivait dans les conditions socio-culturelles des villes au lieu d'être en milieu rural.

CHAPITRE VI

Crédit photos, ONU Femmes

Défis à relever par les pays

Dans un contexte de persistance des VFF dans les différents pays et leurs impacts sur la santé et la mortalité maternelle mais également avec l'émergence de nouvelles formes de violences liées aux conflits sociopolitiques permanents sur le continent, les défis suivants sont à relever :

i) Au niveau institutionnel, l'enjeu principal est la prise de conscience de tous les décideurs, services et responsables techniques concernés dans tous les pays, de la nécessité de renforcer le niveau prise en compte du genre dans les politiques, programmes et projets de développement;

ii) Au plan économique, le défi majeur reste l'extension des politiques et programmes d'autonomisation des femmes aux couches les plus vulnér-ables principalement en zones rurales afin de permettre à l'ensemble des femmes l'acquisition et la maîtrise des capacités pour renforcer leur pouvoir économique;

iii) Par rapport à l'éducation, le défi reste l'amélioration du niveau de scolari-sation des filles et d'alphabétisation des femmes pour l'acquisition et la valorisation de savoirs, et des aptitudes intellectuelles et techniques pour leur promotion ;

iv) Dans le domaine de la santé, la préservation de l'état et de l'intégrité physique, psychique et morale des femmes constitue un enjeu fondamental afin qu'elles puissent assurer leurs multiples fonctions de production et de reproduction dans un environnement plus protecteur ;

v) Sur le plan juridique, le principal défi est la protection juridique effective et la pleine jouissance des femmes des lois et règlements exempts de discri-mination à travers l'endossement des textes nationaux aux lois inter-nationales sur tous les aspects ainsi que leur réelle application ;

vi) Au plan régional, la fédération des énergies constitue un chantier pour la mutualisation des bonnes pratiques de lutte et la création d'une synergie d'action sous régionale ;

En matière d'informations, la promotion de la recherche, et du suivi-évaluation doit assurer la prise de décisions politiques basée sur les évidences et la mise en œuvre de stratégies de lutte contre les violences basées sur le genre.

CHAPITRE V

Profil des pays en matière de violences faites aux femmes

La situation des violences faites aux femmes varie d'un pays à un autre. Ainsi dans les pays subsahariens ou dans ceux des caraïbes, les données démographiques, l'évolution des tendances, les stratégies développées de même que les contraintes et défis se présentent comme suit :

GUINÉE

Analyse du contexte guinéen.

En 2012, la Guinée comptait 11 663 627 habitants et cette population croît rapidement (3,1 %) selon l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2012). Les femmes représentent 52% de la population totale du pays. Parmi cette proportion, 75% vivent en milieu rural. Majoritairement, cette population est composée de musulmans (90 %) et de chrétiens (5 %) EDS-MICS (2012). Le taux de fréquentation de l'école primaire est de 48,9% (44,9% pour les femmes contre 53% chez les hommes). Le taux d'alphabétisation au sein de la population 15 – 24 ans est de 55,4% et chez les femmes cette proportion est de 39,4% contre 71% chez les hommes.

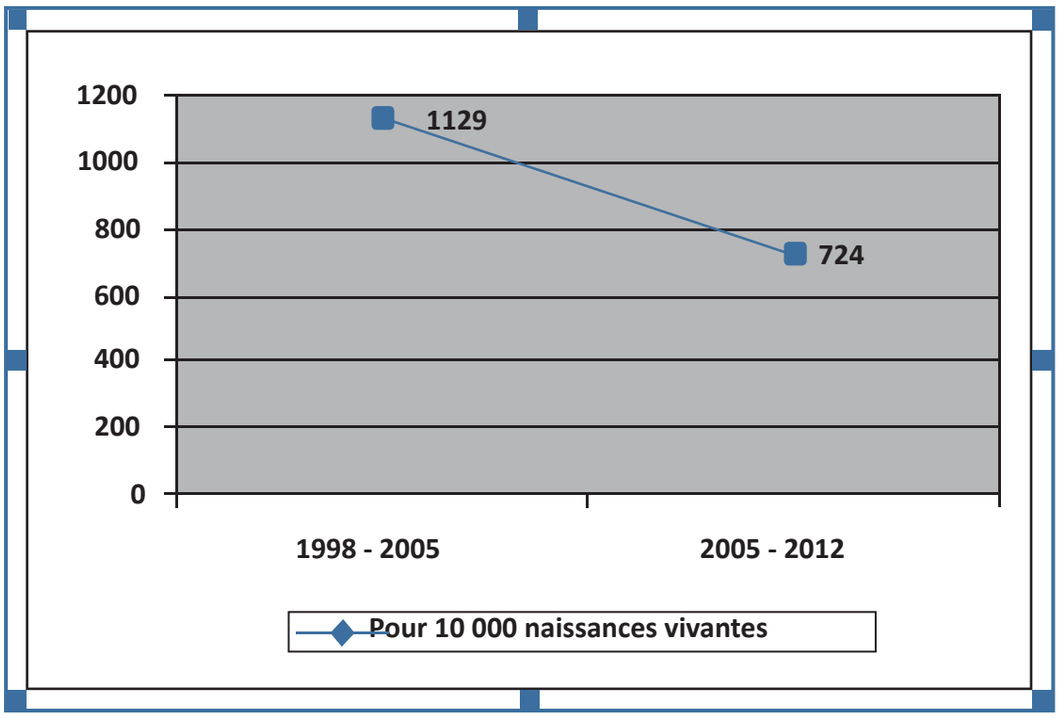
La population féminine guinéenne vit à 48% dans un mariage de type polygamique (EDS-MICS, 2012). Les maris sont plus âgés que leurs épouses d'environ 14 ans en moyenne. L'âge d'entrée en union des femmes guinéennes est assez précoce. En effet, 27 % des femmes de 25- 49 ans au moment de l'enquête étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans. Le niveau d'instruction des femmes est en corrélation avec l'âge d'entrée en union ; plus elles sont instruites, plus elles entrent en union à un âge tardif : âge médian de 16,5 ans chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction contre 17,7 ans chez celles ayant un niveau primaire et 22,9 ans chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire et plus. La fécondité des femmes a diminué mais elle demeure élevée, puisqu'en fin de vie féconde, chaque femme a, en moyenne, 5,1 enfants (EDS-MICS, 2012).

Le patriarcat est le régime social qui régit les familles en Guinée, et l'homme est tout désigné pour être celui qui assure les responsabilités familiales et qui fait respecter les valeurs sociales. Dans le contexte guinéen, les violences physiques et culturelles semblent être acceptées. La violence conjugale envers les femmes est beaucoup plus acceptée que la violence envers les hommes qui est beaucoup moins envisageable. La violence est davantage acceptée par les femmes que par les hommes, même lorsqu'elles en sont les victimes. L'excision est une pratique qui touche la quasi-totalité des femmes (97 %) même si 81 % des femmes âgées de 15-49 ans savent que le Gouvernement a promulgué une loi interdisant l'excision sur le territoire guinéen, 70 % d'entre-elles soutiennent que la pratique doit être maintenue traditionnellement (36 %) ou en la médicalisant, c'est-à-dire la faire faire par du personnel de santé (35 %) d'après EDS-MICS (2012). Par ailleurs, les besoins non satisfaits en PF en Guinée sont de 23,7%. Seulement 6 % des femmes de 15-49 ans actuellement en union utilisent une méthode contraceptive, en majorité une méthode moderne (5 %). Dans 1% des cas, les femmes utilisent une méthode traditionnelle (EDS-MICS-2012).

L'accès aux soins de santé primaires est préoccupant et se traduit par les taux de mortalité infantile et maternelle élevés selon EDS-MICS (2012), le taux de mortalité maternelle en Guinée est de 724 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2005 et 2012, même si elle est en diminution par rapport à la période 1998-2005 (1 129 décès pour 100 000 naissances).

En matière d'égalité dans la vie politique et publique, le principe de la parité entre les hommes et les femmes que la Guinée a adopté à travers la Commission de l'Union africaine et aux niveaux national et local ne connaît pas d'application effective, puisqu'en 2007 seulement 10% des postes dans les institutions politiques et publiques sont occupés par les femmes selon le Rapport alternatif des ONG sur l'application de la CEDEF en Guinée, (CONAG-DCF, 2007).

Graphique ٣ : Evolution du taux de décès maternelle entre ٢٠٠٥ et ٢٠١٢ en Guinée



Sources : Exploitation des données EDS - *MICS,* 2012

Ampleur : prévalence des formes et types de VFF

La prévalence des VBG en Guinée est de 92% parmi les femmes âgées de 15 – 49 ans selon le *Rapport national sur l'élimination et la prévention des violences à l'égard des femmes/filles* en Guinée (Ministère Guinéen des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, 2013).

Il est à noter que la violence à l'égard des femmes est aussi répandue en milieu urbain qu'en milieu rural. La plupart de ces violences sont perpétrées dans 54% des cas par le conjoint ou l'ex-conjoint et dans 13% par des camarades ou amis de la victime. Ces violences ont principalement lieu au domicile de cette dernière (84%) selon le même rapport.

Le même rapport relève que le viol constitue le type de violence le plus enregistré (46%) au niveau des centres de prise en charge des violences basées sur le genre de mars 2011 à décembre 2012. Viennent : l'agression physique (19%), le déni de ressources et d'opportunités (18%) ; autres agressions sexuelles (9%), le mariage forcé (4%) et la violence émotionnelle (4%).

Stratégies développées contre les VFF

Des actions de prévention et de prise en charge sont généralement développées pour faire face aux violences faites aux femmes. En Guinée les actions se traduisent par des réponses politiques, juridiques et institutionnelles

Crédit photos, ONU Femmes

La volonté politique des autorités guinéennes à protéger les femmes/filles contre toutes formes de violences les a conduites à la signature et à la ratification de plusieurs instruments juridiques internationaux. Au plan national, on note la protection des personnes vulnérables notamment les femmes, qui a été concrétisée par la Loi Fondamentale et les lois ordinaires.

S'agissant des stratégies de prévention et de prise en charge, la Guinée a élaboré et mis en œuvre une Stratégie Nationale VBG durant la période 2009 - 2012 dont les composantes sont entre autres : l'autonomisation, la mobilisation de différentes parties prenantes, le développement du mécanisme institutionnel de prise en charge, la promotion de l'accès des victimes à la justice, le développement de la recherche sur les VBG y compris la mise en œuvre des résultats, le développement d'une perception socioculturelle différente des VBG, le renforcement de la coordination des actions par la mise en place d'un Comité Multisectoriel et d'un Groupe de Travail sur les VBG créé au sein du CLUSTER Protection regroupant les représentants du Gouvernement, du Système des Nations-Unies et des ONG.

Les grands acquis obtenus dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan stratégique portent sur l'intégration des questions de genre dans les politiques et programmes de développement, l'implication des femmes /filles au processus de paix, de prévention, de gestion et de règlement des conflits, la protection des femmes /filles contre les violences sexuelles et les mutilations génitales féminines, le renforcement de l'intégration des femmes au processus de prise de décision politique.

Contraintes et défis à relever en guinée

Les contraintes et défis suivants sont à relever : i) faible application des lois et conventions internationales ratifiées ; ii) incompatibilité de la législation interne aux instruments juridiques internationaux ratifiés sur la protection de la femme (coexistence du droit moderne et celui coutumier), iii) méconnaissance par les femmes de leurs droits fondamentaux; iv) faiblesse des ressources allouées à la lutte contre les VFF ; v) stratégies de lutte inappropriées et inadaptées aux valeurs sociales des communautés ; vi) analphabétisme de la majorité des femmes et le faible maintien des filles à l'école ; vii) faible implication des forces de défense et de sécurité ainsi que des communautés aux actions de lutte contre les violences ; viii) stigmatisation et marginalisation des victimes de violences; ix) faible prise en charge médicale, psychosociale et juridique des victimes.

Recommandations

L'essentiel des recommandations se portent sur la mise en place d'une stratégie en concertation avec les garants des us et coutumes, les leaders religieux et autres parties prenantes pour rendre compatibles les lois modernes et celles coutumières.

Par ailleurs, il convient de développer des programmes de plaidoyer en vue de l'intégration d'une ligne budgétaire spécifique dans le budget de l'Etat pour le financement de la Stratégie Nationale VBG; de renforcer les mécanismes institutionnels pour la dynamisation de la Stratégie Nationale de lutte contre les VBG, le Plan d'Actions 1325 et 1820 et le Plan Stratégique pour l'Accélération de l'Abandon de la Mutilation Génitale Féminine/Excision 2012-2016, en particulier l'Observatoire National de lutte contre les VBG et les Comités Régionaux de lutte contre les VBG. Il est également nécessaire de mettre en œuvre un programme national de réinsertion socio économique des victimes de violences et d'initier des pr grammes préscolaires et scolaires permettant de prévenir la violence à l'encontre des filles.

HAÏTI

Analyse du contexte haïtien

En 2012, les résultats de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services en Haïti (EMMUS-V) ont estimé la population de Haïti à 10 413 211 habitants dont plus de 43,6 % seraient des citadins. Cette population est répartie sur une superficie de 27 750 km2 environ. La grande majorité de la population est de religion chrétienne. La même source revèle que 74 % des femmes et 79 % des hommes âgés de 15-49 ans sont alphabétisés. Seulement 15 % des femmes et 9 % des hommes n'ont aucun niveau d'instruction. À l'opposé, 49 % des femmes et 54 % des hommes ont atteint un niveau secondaire ou plus. La comparaison des résultats de l'EMMUS-V (2012) avec ceux des enquêtes précédentes révèle une tendance régulière à la baisse du niveau de la fécondité. Une femme haïtienne a, en moyenne, 3,5 enfants à la fin de sa vie féconde, contre 4,8 enfants en 1994-1995.

Le nombre moyen d'enfants par femme varie de 2,5 en milieu urbain à 4,4 en milieu rural. En Haïti, la fécondité des adolescentes est élevée. En effet, une jeune fille de 15-19 ans sur sept (14 %) a déjà commencé sa vie féconde : 11 % sont déjà mères et 3 % sont actuellement enceintes pour la première fois. La fécondité précoce est trois fois plus élevée parmi les filles non instruites (27 %) que parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus (9 %). L'âge médian à la première naissance est de 22,3 ans chez les femmes de 25-49 ans. L'âge médian à la première naissance pour les femmes vivant en milieu urbain est de 23,5 ans contre 21,3 ans pour celles vivant en milieu rural. Près de la moitié des femmes de 15-49 ans (55 %) et 41 % des hommes de 15-49 ans étaient en union au moment de l'enquête.

Crédit photos, ONU Femmes

En Haïti, les hommes entrent en première union à un âge plus tardif que les femmes: 18 % des femmes âgées de 20-24 ans étaient en union en atteignant 18 ans contre 3 % des hommes du même groupe d'âges. Trois femmes sur dix (29 %) affirment que leur conjoint a d'autres femmes (unions multiples). C'est dans l'Aire Métropolitaine (36 %) que cette proportion est la plus élevée. Il ressort de cette même enquête que 4 % des femmes ont eu recours au moins à un avortement au cours de leur vie. Parmi elles, seulement quatre avortements sur dix (40 %) qui ont eu lieu dans les cinq dernières années ont été effectués dans un établissement de santé. Seulement 35 % des femmes actuellement en union utilisent une méthode contraceptive quelconque et 31 % utilisent une méthode moderne. Les méthodes les plus utilisées sont les injectables (19 %), le condom masculin (5 %) et la pilule (3 %). Plus d'un tiers des femmes sexuellement actives et non en union (35 %) utilisent les méthodes contraceptives modernes. Le condom masculin est la méthode la plus utilisée (24 %) par celles-ci. La proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est estimée à 35 %. Parmi ce groupe, plus de femmes ont besoin d'utiliser la contraception pour limiter (20 %) que pour espacer (16 %) les naissances.

Treize pour cent (13%) des femmes de 20-24 ans ont eu au moins une naissance vivante avant l'âge de 18 ans. Pour 90 % des naissances survenues dans les cinq années précédant l'enquête, les mères ont effectué une visite prénatale auprès d'un personnel formé (médecin, infirmière, infirmière sage-femme, ou infirmière-auxiliaire). Deux tiers des mères (67 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées et dans six cas sur dix (60 %), la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Près d'un tiers de naissances (36 %) se sont déroulées dans un établissement sanitaire et 37 % des accouchements ont été assistés par un prestataire qualifié. Six femmes sur dix (61 %) n'ont pas reçu des soins postnatals dans les 41 jours après l'accouchement.

Ampleur : prévalence des formes et types de VFF

On note une grande disparité de l'emploi selon le sexe en Haïti: 66 % de femmes de 15-49 ans en union ont déclaré travailler au cours des 12 mois précédant l'enquête, contre 96 % d'hommes. Parmi les femmes en union ayant été rémunérées en argent pour leur travail, 66 % pensent qu'elles gagnent moins que leur mari/partenaire (EMMUS-V 2012).

En Haïti, près de sept femmes en union sur dix (73 %) participent à la prise de décision pour ses propres soins de santé, 78% pour les achats importants du ménage et 85 % pour les visites à la famille ou à ses parents. Sept pour cent (7 %) des femmes ne participent à aucune des trois décisions mentionnées ci-dessus (EMMUS-V 2012).

Près de trois femmes sur dix (28 %) déclarent avoir subi des violences physiques à un moment quelconque de leur vie depuis l'âge de 15 ans. Une femme sur dix (10 %) a subi des actes de violence au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Cette proportion est plus élevée chez les jeunes femmes de moins de 25 ans.

Dans l'ensemble, 13 % des femmes haïtiennes ont subi des violences sexuelles à un moment quelconque de leur vie. Cette proportion est plus élevée parmi celles en union sans cohabitation et celles en rupture d'union (18 %, chacune). Pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans en union ou en rupture d'union, 29 % ont subi des violences conjugales (émotionnelles, physiques ou sexuelles) de la part de leur mari/partenaire actuel ou le plus récent. Le taux de violence conjugale est plus élevé parmi les femmes de 15-19 ans (43 %) et parmi les femmes en rupture d'union (35 %).

Stratégies développées contre les VFF

Pour guider ses actions, la Concertation Nationale (CN) s'est dotée en novembre 2005 d'un plan couvrant la période de 2005 à 2008. Ce plan national de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles a 4 champs d'intervention: collecte et analyse des données, prise en charge et accompagnement des victimes, prévention, sensibilisation com-munication, coordination, suivi évaluation. De manière opérationnelle, autour du comité de coordination, trois commissions techniques sont installées:

la commission collecte de données, la commission d'accompagnement et de prise en charge et la commission communication sensibilisation.

Contraintes et défis à relever

Les femmes haïtiennes continuent, après les manifestations de violences politiques, notamment de viols politiques pendant la période de dictature des Duvalier de 1991 à 1994, à subir de la violence sous différentes formes. En plus de l'utilisation du viol comme forme d'oppression politique (agression de nature sexuelle perpétrée à des fins politiques), le viol est devenu un phénomène fréquent, une pratique ordinaire des bandes criminelles (Zenglendos) selon le rapport *Pratiques culturelles discriminatoires, violences sexistes et santé maternelle en Haïti de 2012.*

La culture de tolérance (machisme) à l'égard de la violence faite aux femmes a comme conséquence que de nombreux cas de violences ne sont pas signalés (société peu réceptive aux préoccupations des femmes victimes de violences). On note également une forte impunité des auteurs de violences faites aux femmes ainsi qu'une faible prise en charge médicale des victimes de VFF.

La législation haïtienne traitant de la violence faite aux femmes est faible, non conforme aux obligations découlant pour Haïti du droit international Signalons que Haïti a dû attendre 25 ans, pour soumettre en 2008 son premier rapport au titre de la Convention pour l'élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des femmes.

Les sévices sexuels, le harcèlement sexuel, la violence dans la famille n'ont pas été l'objet d'une attention particulière chez le législateur. La violence faite aux femmes est réprimée en vertu des lois en lien avec les violences et voies de fait. La grande mobilité du personnel soignant formé a été une des contraintes majeures, identifiées dans la continuité des services de prise en charge adéquate des victimes de VFF. Les femmes victimes de violence ne sont pas très protégées sur le plan juridique. Les Ministères en charge du Genre ne s'investissent pas assez pour mettre en place des programmes de prévention, de réadaptation et de réinsertion pour les victimes de violences.

Recommandations

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population doit travailler à relever le niveau de confiance de la population dans les institutions de santé et s'attaquer, au niveau de la population, aux pratiques sociales discriminatoires et aux violences sexistes qui nuisent à la santé des femmes. Des actions directes pour améliorer la santé des femmes et réduire la mortalité maternelle doivent aller de pair avec des stratégies de réduction de la vulnérabilité des femmes sur les plans économique, éducatif et politique. Des stratégies d'autonomisation sont nécessaires à tous les niveaux.

MALI

Analyse du contexte malien

Le Mali est peuplé par 14 528 662 habitants dont 50,4% sont des femmes.

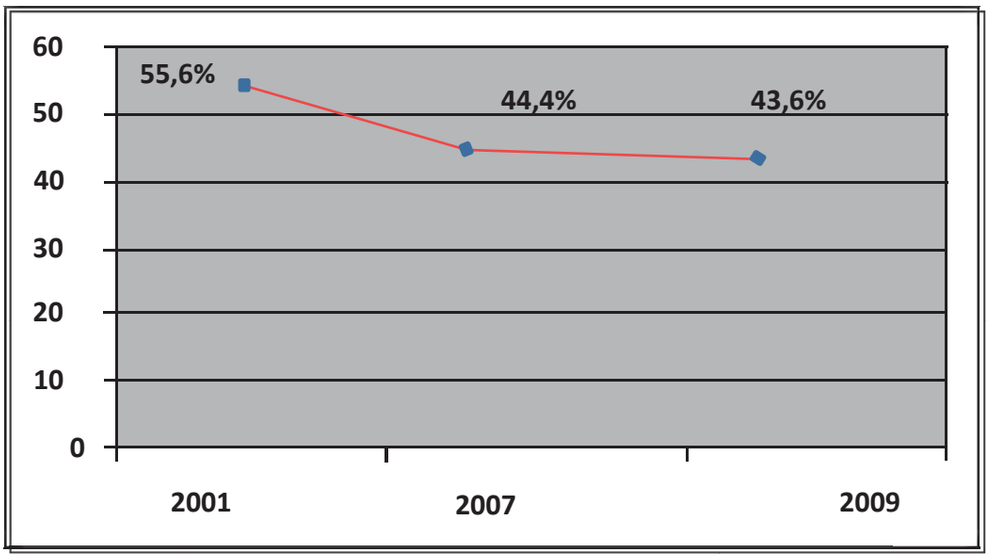
Crédit photos, ONU Femmes

Crédit photos, ONU Femmes

La population est majori-tairement (94,8%) de religion musulmane (4e RGPH 2009). Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-V 2012-2013), 18 % de femmes et 21 % d'hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 20 % de femmes et 14 % d'hommes appartiennent au groupe d'âges 25-29 ans. En ce qui concerne l'état matrimonial, 85 % de femmes et 63 % d'hommes étaient en union au moment de l'enquête.

Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (37 % contre 14 %). À l'inverse, la proportion de personnes en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage) est nettement plus élevée chez les femmes (2 %) que chez les hommes (1 %). L'EDSM-V 2012-2013 indique que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 26 % d'hommes contre 15 % de femmes ont atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus ; à l'opposé, proportionnellement, plus de femmes que d'hommes sont sans instruction (76 % contre 61 %). L'économie malienne repose essentiellement sur le secteur primaire qui occupe plus de 80% de la population. Il est l'un des pays les plus pauvres du monde même si l'incidence de la pauvreté connaît une baisse entre 2001 et 2010 (graphique 4). Le Mali appartient donc à la catégorie des pays les moins avancés (PMA) et se classe au 173ème rang sur 177 pays avec un Indice de développement humain.

Graphique 4 : Evolution de l'indice de pauvreté entre 2001 et 2009 au Mali



Sources : Exploitation des données du 4ème RGPH - 2009

(IDH) de 0,371 selon le Rapport mondial sur le développement humain de 2007.

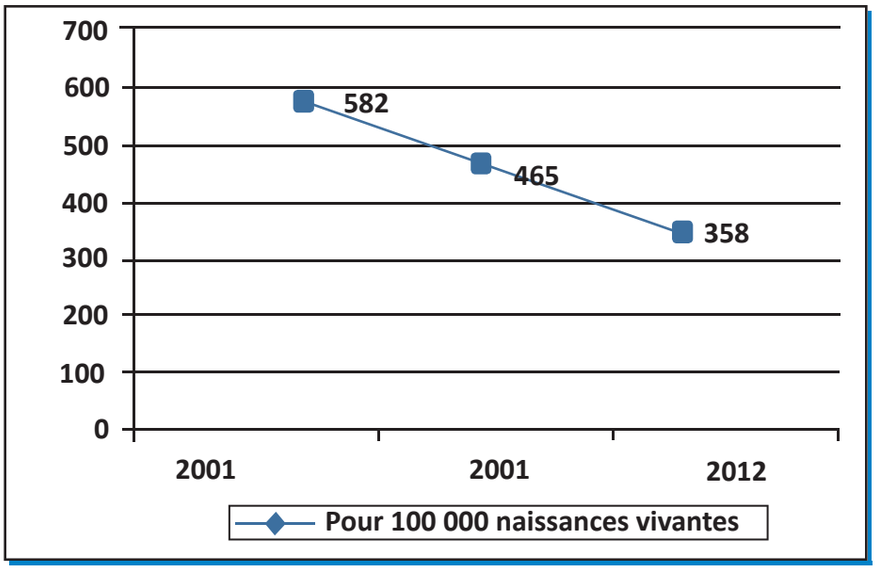
Au Mali, selon l'EDSM-V 2012-2013, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 6,14 enfants par femme et est plus élevé en milieu rural (où on note la précocité de la fécondité) qu'en milieu urbain (en moyenne, 6,5 enfants contre 5,0). L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union n'est pas très élevée. La prévalence contraceptive est de 10 %, toutefois, elle a évolué comparativement au 7 % en 2006. (EDSM-V 2012-2013).

La proportion des femmes ayant consulté un professionnel de santé durant leur récente grossesse a légèrement augmenté au Mali entre 2006 et 2013. Elle est de 74 % en 2013 contre 70% en 2006 (EDSM-IV et EDSM-V). Le recours aux consultations prénatales varie selon les milieux de résidence. Les femmes vivant en milieu urbain (93 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (69 %). La couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est encore faible au Mali car moins de la moitié des femmes (47 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néo-natal. Un peu plus d'une naissance sur deux (55 %) a eu lieu dans un établissement de santé au Mali. S'agissant de l'assistance à l'accouchement, on observe que 59 % des femmes ont bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé formé lors de l'accouchement (EDSM-V 2012-2013).

Selon l'EDSM V, les décès maternels représentent 32 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans. Le pourcentage de décès maternels varie selon l'âge de façon irrégulière.

Pour 1 000 naissances vivantes au cours des sept dernières années (2007-2013), près de quatre femmes (3,7%) sont décédées pendant la grossesse, pendant l'accouchement, ou dans les deux mois suivant l'accouchement. La tendance du rapport de mortalité maternelle est à la baisse depuis 2001 (graphique 5), passant de 582 décès pour 100 000 naissances à l'EDSM III 2001, à 465 décès pour 100 000 naissances à l'EDSM IV 2006, pour atteindre 368 décès pour 100 000 naissances à la présente EDSM V 2012-2013.

Graphique ۵ : Evolution des décès maternels au Mali



Sources : Exploitation des données EDS - *MICS du Mali*

Ampleur : prévalence des formes et types de VFF

La violence à l'égard des femmes s'exprime sous diverses formes dans une même aire culturelle et diffère aussi d'un espace culturel à un autre selon l'Enquête Démographie et de Santé III (2001). L'*Etude sur les violences faites aux femmes* (2002), estime que toutes les femmes maliennes sont victimes d'au moins une des formes de violence rencontrées au Mali.

Les femmes en âge de procréer, victimes de l'excision se situent dans une proportion de 77 à 98%. Des femmes ont subi des coups de la part de leurs parents d'origine et ou de leur conjoint dans une proportion de 41 à 92%. Quarante et un pour cent (41%) des femmes interrogées ont déclaré avoir subi des violences physiques au cours de leur vie, et 34,9% des hommes interrogés ont déclaré avoir utilisé la violence physique à l'égard d'une partenaire au cours de leur vie. Dans de nombreuses localités du pays, c'est le mariage forcé qui est très répandu allant parfois jusqu'à 80% dans certaines zones. Le lévirat et le sororat y sont toujours en vigueur. Dans les zones de forte migration, des femmes abandonnées par leurs époux, attendent ces derniers durant de longues années dans la solitude et la misère psychologique selon l'*Etude sur les violences faites aux femmes (2002).* Une autre manifestation de violences faites aux femmes au Mali relevée par le *Rapport d'analyse de la collecte des données sur la femme et l'enfant, (2007)* est l'exclusion de celles-ci de la gestion de la terre et de la succession dans la com munauté (chefferie de famille, de quartier, de village, etc.). Sur le plan de l'héritage, elles n'ont pas les mêmes droits que les hommes. Les injures sont monnaie courante et sont proférées à longueur de journée par les « aînés sociaux » de la femme (époux, frères aînés). Les femmes sont également victimes de discrimination dans l'accès aux postes de responsabilité, qu'ils soient nominatifs ou électifs. Elles sont très peu représentées au niveau des hauts postes des partis politiques (entre 17 et 35%), des Centrales syndicales (30%), des entreprises/sociétés (14%) et des médias (12%). En 2002, les femmes constituent 23% du total des cadres supérieurs de la fonction publique. Au niveau de la police, elles ne constituent que 5% du total des hauts gradés et 13% des magistrats. Aucune région, aucun cercle, ni aucune des 19 communes urbaines n'est administré par une femme. A la même époque, en 2002, les femmes représentaient 14% des membres du gouvernement ; 10% des membres

Crédit photos, ONU Femmes

de l'Assemblée Nationale et 0,72% des maires de commune rurale selon l'Etude sur les violences faites aux femmes (2002). Les conflits constituent au Mali des occasions aux gros bras (groupes armés) pour impunément abuser sexuellement des femmes et des filles. En effet, le pays vit depuis janvier 2012, une nouvelle rébellion qui provoque au sein de la société malienne des tensions engendrant des déplacements massifs des populations vers les zones non occupées.

Depuis le début de ce conflit, de nom-breuses femmes et filles ont été victimes de viols et de violences sexuelles collectives et individuelles. Au lendemain de la crise sociopolitique et sécuritaire qui a frappé le pays en 2012, le sous-groupe sectoriel de travail sur les questions de violences en coordination avec l'UNFPA a enregistré 2383 cas de violences dont 211 cas de viols. En 2013, ce groupe de travail a recensé «3330 cas de violences faites sur les femmes dont 321 cas de violences sexuelles, 353 cas de violences physiques, 1410 cas de violences psychosociales, 841 cas de dénis de ressources et 405 cas de violences liés à certaines pratiques traditionnelles (mariages forcés, répudiation) ». Dans un exposé, le coordinateur du sous-groupe de suivi des violences basées sur le genre, Pr. Lamine Boubacar Traoré révèle que « *depuis le 17 janvier 2012, 5724 cas de violences sur les femmes ont été recensés* par sa structure dont 532 cas de violences sexuelles, 521 agressions physiques, 827 cas de violences psychosociales, 1201 cas de dénis de ressources et 1233 cas de violences liés aux pratiques traditionnelles (mariages forcés, excision) ; 85% de ces violences ont concerné les femmes et 15% les jeunes filles». On note une augmentation de 947 cas en 2013 par rapport à 2012. Cependant, note-t-il « *En réponse à ces violations, 1172 cas ont bénéficié d'une prise en charge médicale, 1153 cas de prise en charge psychosociale, 600 ménages à Bamako et Mopti ont reçu un cash transfert (prise en charge économique), 7 cas ont reçu une prise en charge juridique* ». On note au Mali une adhésion générale de la population aux normes et rôles sexospécifiques rigides avec un accent particulier sur le rôle traditionnel des hommes chefs de famille et les femmes comme respectueuses des désirs et des rôles des hommes. Ainsi, 89,9% des hommes et 75% des femmes interrogés au cours de l'étude sont entièrement d'accord

avec l'affirmation «un homme devrait avoir le dernier mot sur les décisions dans son foyer». Par ailleurs, 90% des hommes et 77% des femmes étaient d'accord avec l'affirmation «le rôle le plus important d'une femme est de prendre soin de sa maison et de sa famille».

Les violences sont générées par la société, elles sont parfois inhérentes à la culture des auteurs et des victimes. Elles tirent aussi leur source de la perception qu'a la société des rôles et statuts de l'homme et de la femme et de la violence elle-même. La pauvreté de la femme, sa vulnérabilité sur le plan économique, sa dépendance économique vis-à-vis de l'homme sont des facteurs aggravants de violence et qui empêchent son accès à la santé.

Stratégies développées contre les VFF

Depuis la fin des années 80 et le début des années 90, la lutte contre la violence est devenue une des principales préoccupations au Mali tant pour le gouvernement que pour d'autres acteurs principalement les ONG. Ainsi, en 1996, un plan d'action quinquennal (1996 - 2000) a été élaboré par le gouvernement malien pour la promotion des droits des femmes. Il prenait en compte les violences faites contre les femmes et les filles.

En 1998, dans le cadre de la Campagne Régionale Africaine contre les violences faites aux femmes, campagne initiée par ONU Femmes, le gouvernement de la République du Mali a adopté un Plan d'action national de trois (3) mois. Sous l'égide du Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, il a été élaboré par un comité composé des représentants des associations et ONG de femmes et des services publics intervenant dans le domaine. Malgré sa brièveté et la limitation de son champ d'action, ce plan a eu un réel impact sur les populations.

Ensuite, fut mis en place par le Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille à travers le Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la Santé de la femme et de l'enfant, le Projet MLI/04/03/01 «Appui à la Lutte contre les Pratiques Préjudiciables à la Santé de la Femme et de l'Enfant». Il a démarré en 2000 avec l'appui du FNUAP et a pour objectif de mener des actions de sensibilisation en vue de l'abandon des pratiques préjudiciables à la santé de la femme et de l'enfant notamment l'excision. Du côté des organisations de la société civile, elles sont nombreuses à mener des activités de formation de la jeunesse contre la violence dans le but de les sensibiliser.

Des actions de lobbying auprès du gouvernement et de sensibilisation de la population sont également développées.

Les stratégies de para-juristes chargés de mieux faire connaître ces droits en milieu rural ont été développées avec la défense gratuitement des droits devant les tribunaux, des femmes démunies victimes des violences.

Contraintes et défis à relever au Mali

D'importants obstacles à l'égalité des sexes persistent au Mali. Ces obstacles sont en grande partie liés à la perception de la population mais aussi à la culture. En effet, 86% et 62% respectivement des hommes et des femmes croient que l'égalité des sexes est un concept importé. La majorité des hommes (63%) de même que 41,3% des femmes interrogées sont d'accord avec l'opinion « *il y a des moments où une femme mérite d'être battue » selon l'étude Masculinité, égalité des sexes et relations entre les sexes au Mali : Résultats de l'enquête IMAGE (2012*».

La méconnaissance du phénomène, la perception erronée qui consiste à nier son existence, l'indifférence, voire la tolérance de la société face à ce fléau et le manque de données statistiques officielles limitent la portée des actions entreprises en vue d'une prise de conscience générale et de l'engagement de tous contre les violences.

Les rares cas connus du public le sont à travers les médias, d'où la nécessité de faire une étude pour actualiser les données et une meilleure connaissance du phénomène dans le pays.

Recommandations

De manière générale, les violences à l'égard des femmes persistent au Mali malgré les mesures prises par le gouvernement et les actions entreprises par certaines ONG et associations préoccupées par le phénomène.

Crédit photos, ONU Femmes

Au vu des limites des actions et de la persistance du phénomène, il est importan :

i) que plus d'acteurs dans toutes les strutures et les couches sociales s'impliquent dans la lutte contre les violences avec une couverture geographique elargie;

ii) qu'une nouvelle étude d'envergure exhaustive soit réalisée dans les pays en vue de répertorier toutes les formes de violences ainsi que les stratégies appropriées pour les rendre accessibles aux différents acteurs;

iii) que les programmes de formation et d'information soient amplifiés en vue de conduire progressivement vers une perception positive de la femme sous tous les angles et à une perception négative de la violence.

NIGER

Analyse du contexte nigérien

Le Niger compte au recensement de 2012, une population de 17 129 076 habitants avec une croissance démographique encore très élevée (3,9%) et près de 85% des habitants vivant en milieu rural (RGPH, 2012). L'indice synthétique de fécondité y est élevé (7,6) ainsi que la mortalité maternelle (535 pour 100 000 naissance vivantes). La religion dominante au sein de cette population est l'Islam (99%). La pauvreté y est profonde en dépit d'un taux de croissance réelle du PIB de l'ordre de 6,1% entre 2008 -2012 (EDS-MICS, 2012).

Bien que les femmes soient plus nombreuses au Niger, (50,2%), elles sont victimes de grandes disparités par rapport aux hommes, et ce, dans tous les domaines de la vie sociale. Le Rapport National sur les progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement 2010 déplore à cet effet la lenteur des changements en matière d'égalité des sexes et reconnaît qu'à l'allure des inégalités qui perdurent l'atteinte des cibles en 2015 sera hors de propos (*Rapport d'étude documentaire sur l'état des lieux des violences basées sur le genre en vue de l'élaboration du plan d'action National de 2012* au Niger.

Selon l'étude *Diagnostic National du leadership Féminin au Niger* 2014 - 2016 (Direction de la promotion du leadership féminin, 2014), cette

situation est due à plusieurs facteurs dont les principaux sont les suivants : les pesanteurs socioculturelles qui renforcent la femme nigérienne dans sa position de dominée; le faible taux d'alphabétisation des femmes (9,3%) ; la sous-scolarisation des filles au primaire (28%), la non prise en compte systématique des rôles, besoins et responsabilités des femmes dans les politiques de développement économique et social ; la sous-représentation des femmes au niveau de l'appareil administratif de l'Etat, du parlement, des organes exécutifs, ainsi que des considérations religieuses qui limitent l'espace de liberté de celles-ci.

L'*Etude documentaire sur l'état des lieux des Violences Basées sur le Genre en vue de l'élaboration du plan d'action national* (2012) relève que le contexte nigérien est fortement lié au poids des traditions, des coutumes et des religions qui favorisent la conservation des pratiques violentes à l'égard des femmes (l'excision, la discrimination à l'héritage, le mariage forcé et précoce, etc.) et que ces violences sont parfois exacerbées par la hantise de la dérive des mœurs. Aussi, la mauvaise interprétation des préceptes religieux, compte tenu du faible niveau de connaissance des textes au sein de la population, freine quelque peu les libertés d'action des femmes et renforce la disparité de genre encore plus perceptibles au sein des communautés et des foyers dans le domaine des tâches domestiques en raison d'un héritage socioculturel qui remonte loin dans le temps et qui se perpétue de génération en génération. Il impose aux femmes une surcharge et une subordination qui font d'elles une main-d'œuvre domestique disponible à tout moment et dans tous les domaines. La disparité homme-femme est également notée sur le plan juridique. En effet, il est relevé l'existence de textes dont des dispositions sont contraires aux principes d'égalité Homme-Femme.

Toutefois, selon L'*Etude documentaire sur l'état des lieux des Violences Basées sur le Genre en vue de l'élaboration du plan d'action national* (2012), il est observé aujourd'hui au niveau du gouvernement et des organisations de la société civile, une volonté politique manifeste d'améliorer la participation des femmes aux instances de décision aux niveaux familial, communautaire et national.

Ampleur : prévalence des formes et types de VFF

Les diverses formes de violences faites aux femmes se retrouvent également au Niger avec des niveaux de prévalence relativement élevés (Graphique 6).

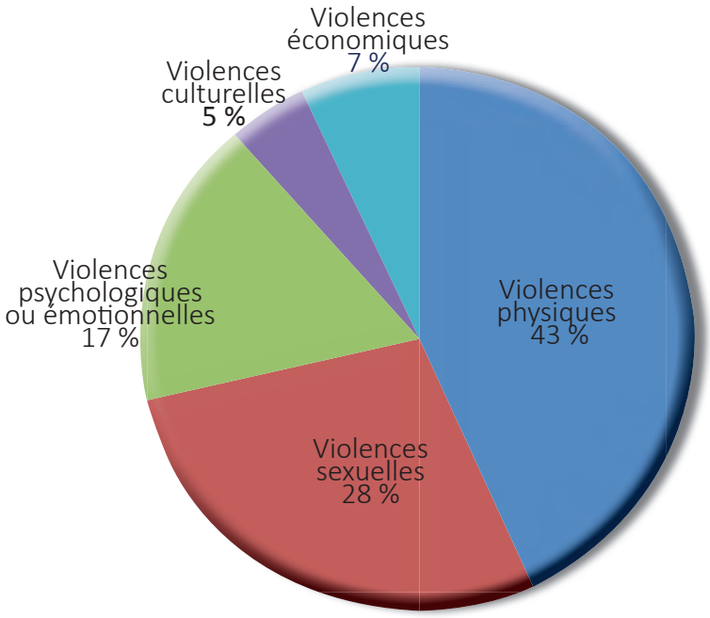
La violence physique émanant d'excès de colère ou d'intention délibérée de certaines personnes qui agressent leurs semblables prévaut presque à tous les niveaux au Niger (milieux de travail, dans les sites prostitutionnels, au sein des ménages, dans les centres de détention, dans les rues).

Selon le rapport sur le *Mécanisme de collecte de données sur les indicateurs de violences basées sur le genre au Niger* (INS du Niger, 2011), la violence physique constitue 43,2% des violences enregistrées au niveau des structures de prise en charge des victimes des VBG au Niger. La violence psychologique quant à elle, souvent difficile à appréhender est la plus récurrente dans les ménages, en milieu de travail, au sein des organisations sociétales. Au Niger, elle prend la forme d'un ensemble de tortures focalisées sur le "psyché" souvent plus insupportables que les brutalités physiques. Elle constitue 17,1% des cas enrégistrés dans les centres de prise en charge des cas de VBG (INS du Niger, 2011). Ces violences sont susceptibles de créer chez les nigériennes des troubles de comportements ou des tensions mentales qui se traduisent dans de nombreux cas par une schizophrénie ou à la limite par un suicide. La violence économique est considérée comme véritablement motivée par des mobiles d'exploitation.

Au Niger, elle se manifeste sous forme d'exploitation de l'homme par l'homme et regorge d'une panoplie de sous-catégories: exploitation sexuelle, exploitation dans le travail, traite des femmes et des enfants,, prostitution forcée et travail forcé. L'extrême vulnérabilité économique des femmes et des enfants, la discrimination liée à l'héritage, constituent les principaux maillons des facteurs qui permettent à la violence économique de s'opérer à l'endroit des femmes. Sept pour cent (7%) des femmes reçues dans les structures de prise en charge sont victimes de violences économiques (INS du Niger, 2011).

Le rapport de l'*Etude portant sur les violences et abus sur les femmes et les enfants* (Ministère du Développement Social, de la Population, de la Promotion de la femme et de la protection de l'Enfant, 2005), les femmes du Niger souffrent chroniquement des représentations et autres pratiques socio-culturelles qui se perpétuent sous le label d'un conformisme social, culturel et/ou des croyances religieuses. Ce sont : les mutilations sexuelles, l'ablation de la luette, les scarifications rituelles ou d'initiation, les mariages précoces et/ou forcés, les donations des femmes et enfants, l'esclavage, la claustration, les rites de veuvage, le rapt, le gavage des filles.

Graphique 6 : Proportions des différentes formes de violences reçues dans les centres de prise en charge des victimes au Niger



Sources : *Exploitation des données de INS Niger, Mécanisme de collecte de données sur les indicateurs de violences basées sur le genre au Niger, Rapport d'analyse, juin* 2011

Tout comme les femmes de la plupart des pays africains, les nigériennes font objet de violence sexuelle (28%) selon INS (2011). Cette violence, selon le rapport *Les violences faites aux femmes* (CONGAFEN, 2013) prend la forme du viol conjugal qui touche les femmes mariées âgées de moins de 25 ans dont la plupart l'ont connu à cause des mariages précoces et forcés ; le harcèlement sexuel et le viol qui concernent en général les mineurs (es) de 10 à 14 ans et les jeunes filles du secondaire et du supérieur, ainsi que les filles célibataires. L'inceste est de plus en plus récurrent même s'il est peu documenté.

Il ressort des types de violences subies par les femmes durant leurs grossesses (graphique 6), la violence morale est la plus courante car déclarée par plus de sept femmes sur dix (73,5%), suivies de la violence physique soit plus d'une femme sur quatre (28%) et au troisième rang la violence sexuelle (13,20%).

Violences faites aux femmes enceintes

Il a été demandé aux femmes qui ont eu au moins une grossesse si elles ont été victimes d'une forme quelconque de violence quand elles étaient enceintes. Un peu plus d'une femme sur dix (13,8%) ont déclaré avoir été victimes d'une forme de violence (violence physique, morale, sexuelle, etc.) durant leur grossesse. Parmi les femmes enceintes ayant subi une forme de violence, la question a été posée de connaitre le type de violence subie. Il ressort des types de violences subies par les femmes durant leurs grossesses (graphique 6), la violence morale est la plus courante car déclarée par plus de sept femmes sur dix (73,5%), suivies de la violence physique soit plus d'une femme sur quatre (28%) et au troisième rang la violence sexuelle (13,20%).

Graphique N°6 : proportion de femmes enceintes ayant subies un type de violences

Conséquences des violences sur les femmes enceintes

Parmi les conséquences des violences à l'encontre des femmes enceintes, on peut citer les fausses couches, les avortements, les naissances des enfants mort-nés ou malformés, les préjudices causées pour la santé de la mère et de l'enfant, etc.

Pendant l'enquête, on a demandé aux femmes les conséquences que ces violences ont entrainées chez elles. Près de sept femmes sur dix (66,7%) ont avancé que les violences subies n'ont eu aucune conséquence sur l'issue de leur grossesse. Les conséquences les plus citées sont les préjudices à la santé de la mère (20%). Viennent ensuite les fausses couches et les avortements (7 % chacun).

Graphique N°7 : Type de conséquences qui émanent des violences faites aux femmes enceintes

Violence sexuelle

Les violences sexuelles sont aussi des cas de violence rencontrés dans la région de Maradi. En effet, 7% de femmes ont déclaré avoir été victimes de relation sexuelle forcée. Parmi les femmes ayant été victimes de relation sexuelle forcée, près de neuf femmes sur dix (89%) sont des femmes mariées.

La non utilisation du PF a des effets sur la santé de la mère et de l'enfant, les grossesses répétées à intervalle réduite ne favorisent pas l'état de santé des enfants et de leurs mères. Cette situation suscite bien la question de savoir les raisons qui empêchent les femmes à utiliser le PF. Dans la gamme de raisons évoquées, il est noté que la décision personnelle des femmes est dominante (48%) suivi du refus des conjoints à l'utilisation du PF. Le refus des maris à l'utilisation du PF (15%) est un véritable obstacle à la maitrise de la croissance démographique, par suite à la réduction de la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile.

Initiatives développées

La République du Niger a inscrit la lutte contre les violences à l'égard des femmes dans son agenda Politique à travers les missions du Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant. Elle est soutenue dans ces initiatives par plusieurs associations féminines, des associations de la promotion des droits humains et des ONG internationales et par les Partenaires Techniques et Financiers. Au niveau étatique, quatre ministères interviennent dans le secteur de la lutte contre les violences faites aux femmes dans le cadre de concertation des acteurs intervenant dans la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants. Parmi les dispositions prises par l'Etat nigérien, on peut retenir entre autres la ratification de plusieurs instruments juriques internationaux, la mise sur pied d'un observatoire national de promotion de la femme, l'*adoption d'une Politique Nationale Genre* avec l'identification des points focaux genre chargés de veiller à la prise en compte du genre dans les ministères sectoriels, la création de la Direction de la scolarisation des filles, chargée de la promotion de la scolarisation de la jeune fille.

Les acteurs nigériens de la société civile intervenant dans le domaine de la lutte pour l'égalité des sexes et le respect des droits de la femme et de l'enfant, ont mis en place un cadre spécifique de concertation en matière de lutte contre les violences à l'égard des femmes. Ces associations mènent des actions de plaidoyer en direction de l'Etat pour l'adoption de lois contre des violences spécifiques (MGF) ou pour susciter l'éveil des consciences et rechercher l'alliance avec certaines autorités coutumières ou religieuses.

Contraintes et défis à relever

L'environnement de lutte contre les VFF au Niger présente des contraintes et des défis suivants à relever :

i) le poids de la culture, de certaines croyances et pratiques coutumières et religieuses sur les mentalités de l'immense partie de la population ;

ii) la coexistence du droit moderne et du droit coutumier avec des dispositions parfois contradictoires ;

iii) le système patriarcal qui forge les conceptions des statuts supérieur de l'homme et inférieur de la femme ;

vi) la montée de certaines idéologies islamiques;

v) l'insuffisance de moyens des organi-sations de la société civile.

Recommandations

Au regard de ces contraintes, l'Etat doit réaffirmer sa ferme et constante volonté politique à lutter contre les VFF en l'intégrant dans les politiques de développement et veiller à leur application; améliorer la législation en l'alignant sur les instruments juridiques régionaux et internationaux.

Renforcer le traivail de la société civile qui doit développer des actions d'information, d'éducation et de sensibilisation à l'endroit des populations; renforcer la lutte contre les violences culturelles en particulier par un immense maillage tissé grâce à des alliances entre les acteurs sociaux, politiques et religieux. Les PTF doivent poursuivre les actions de plaidoyer auprès de l'Etat sur la prise de mesures audacieuses en matière de lutte contre les VFF et apporter les appuis technique et financier appropriés.

Il est recommande de poursuivre

La mise en œuvre des plans d'action des plate-formes violences et sante maternelle multi acteurs composée des femmes, des Ulémas, des médias, des communicateurs/animateurs de la société civile, des autorités décentralisées et des chefs traditionnels, des prestataires de santé, des parajuristes :qui jouent un role conduisent les activités de sensibilisation persuasion à travers des prêches, des caravanes, des émissions interactives et spots radio. La sensibilisation des décideurs, notamment les élus nationaux, sur l'importance de s'attaquer aux violences en particulier et a leur influence sur la santé reproductive. Les initier a l'adoption de budgets sensibles au genre est une grande priorite pour l'amelioration de la sante maternelle et infantile.

RCA

Analyse du contexte centrafricain

Selon la projection du RGPH (2003), la RCA compte 4.685.070 habitants en 2012, Les femmes représentent 50,2 % et 48,6 % d'entre elles sont en âge de procréer (15-49 ans). Selon le rapport *Profil genre de la République Centrafricaine* (BAD, 2011), la fécondité moyenne est de 5,1 enfants, elle est à la fois précoce et tardive. En effet, on observe 139,7 naissances vivantes pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans en milieu rural. Par ailleurs, les femmes âgées de 40-49 ans contribuent jusqu'à 11 % au taux de fécondité général. Ce qui les expose à des risques de mortalité et de morbidité maternelle Selon l'enquête MICS 2010, 29% des filles de 20 à 24 ans sont mariées avant l'âge de 15 ans et 68% avant l'âge de 18 ans.

Les résultats de l'étude de base sur le lien entre les Violences Basées sur le Genre et la mortalité maternelle en République Centrafricaine (2013), révèlent que 75% des femmes étaient entrées en union avant 18 ans et que l'âge médian d'entrée en union était de 16 ans. La même étude a montré que 73,5% des femmes enquêtées n'utilisent pas de méthode contraceptive et que le taux de fécondité est élevé dans la zone d'étude (75% des femmes enquêtées ont cinq enfants en vie avec un âge moyen équivalent à 26 ans).

Tableau 3 : Proportion des différentes formes de violences en RCA

	Formes de violences subies par les femmes %			
	Frustration conjugale	Violence émotionnelle	Violence physique	Violence sexuelle
Proportions	74,8	81,2	17,5	11,5

Sources : *MICS,* 2006

Crédit photos, ONU Femmes

Ceci constitue un risque pour la santé maternelle et ces risques deviennent plus élevés devant cette situation de faible utilisation des méthodes contraceptives. Selon le *rapport Profil genre de la république centrafricaine* (BAD, 2011), les conflits armés en RCA ont plus affecté les femmes que les hommes.

Les violences basées sur le genre (VBG) ont des impacts négatifs sur leurs activités et sur les conditions de vie des ménages qu'elles sont amenées à prendre seules en charge. Le même rapport souligne qu'en général, la femme centrafricaine est faiblement représentée dans les instances de décision et, de ce fait, participe faiblement aux processus de prise de décision. Cette situation la confine à un rôle d'exécution des décisions prises, même pour celles qui la concernent directement. Elle ne lui permet pas non plus de s'exprimer, ni de faire valoir ses opinions et ses choix. La RCA occupe le 10e rang mondial des pays les plus touchés par la pandémie du VIH/Sida. Le taux de prévalence du VIH/Sida, qui se situait à 6,2 % en 2006 pour les personnes de 15 à 49 ans, est le plus élevé de la zone CEMAC.

La prévalence du VIH/Sida est presque deux fois plus élevée chez les femmes (7,8 %) que chez les hommes (4,3 %) du même groupe d'âge (BAD, 2011).

La même source relève que la plus forte vulnérabilité de la femme centrafricaine par rapport à

l'homme face au VIH/Sida est liée au fait qu'elle a un faible niveau d'instruction et une connaissance limitée sur ce fléau et surtout des moyens de prévention y afférant. Par ailleurs, la femme n'a souvent pas la possibilité de négociation (pouvoir de dire « non » à l'homme) en cas de rapport sexuel à risque.

Ampleur : prévalence des formes et types de VFF

Selon l'enquête MICS 2006, 81,2% des femmes ont subi des violences émotionnelles, 74,8% des frustrations conjugales, 17,5% des violences physiques, et 11,5% des violences sexuelles (Tableau 3). Les résultats de l'enquête nationale sur les VBG menée en février 2012 en République Centrafricaine, montrent que les violences sont présentes dans tous la sphère publique, familialle, scolaire, profes-sionnelle, conjugale…).

La prévalence de ces violences en milieu public montrent que les violences verbales sont plus répandues (55%) que les violences physiques (28,3%) et les violences sexuelles (27%). En milieu familial, les résultats de l'enquête montrent que la violence verbale affecte près de 60% des personnes enquêtées dont 60,5% de femmes. Par ailleurs, trois personnes enquêtées sur dix (32%) ont subi la violence physique au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. On constate que 6,1% des enquêtés ont déclaré avoir subi une violence sexuelle au cours des 12 derniers mois. Une étude portant sur *l'impact des violences sexuelles subies par les femmes* (2008) en République Centrafricaine, a montré que les victimes avaient subi le viol à leur domicile dans 56,3% des cas et ceci par au moins deux hommes dans 72,8%. Le viol était toujours accompagné d'autres types de violences dont les violences physiques dans 54,4% des cas. Selon la même source, s'agissant des mariages, la proportion des enquêtées ayant déjà subi un mariage forcé est de 8,5%, soit 10,2% de femmes. Le phénomène survient généralement lorsque la victime est encore jeune.

Stratégies développées contre les VFF

La RCA, pour faire face à la vulnérabilité des femmes en raison des violences dont elles font objet a d'une part, élaboré un plan stratégique de survie du couple mère-enfant et d'autre part adopté une feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. En outre, plusieurs engagements et dispositions légales ont été adoptés en vue d'assurer la protection juridique des femmes contre les Violences Basées sur le Genre.

La République Centrafricaine, en tant que membre des Nations-Unies et des organisations régionales, a ratifié presque tous les instruments internationaux régio-naux et a pris des lois au plan national. Sur le plan institutionnel, le Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale et de la Promotion du Genre, constitue le cadre institutionnel chargé de concevoir des politiques et programmes visant à corriger les inégalités existantes entre l'homme et la femme et à éradiquer la VBG. Par ailleurs, des Comités stratégiques de Lutte contre les violences ont été mis en place, Il a été également élaboré des stratégies sectorielles de lutte contre les pratiques néfastes et les violences à l'égard des femmes et filles.Les PTF et la société civile ont été très actives sur le terrain en développant différents projets de lutte.Malgré, ces nombreux engagements et dispositions légales, les VBG demeurent un problème majeur en RCA surtout eu égard à la situation de conflit qui y prévaut.

Contraintes et défis à relever

- l'environnement politique défavorable à la protection des couches vulnérables (femmes et enfants) ;
- l'insuffisance du personnel qualifié (santé, travailleurs sociaux, police, justice…) pour la prise en charge des violences basées sur le genre ;
- l'absence des centres d'information et d'écoute des victimes de VBG ;
- l'Insuffisance de kits de prise en charge des cas de VBG au niveau des formations sanitaires ;
- la non application des lois et textes en vigueur ;
- les pesanteurs socioculturelles.

Recommandations

Considérant l'ampleur et les conséquences des violences basées sur le genre, et leurs liens avec la mortalité maternelle, il est recommandé de : (i) développer un plan stratégique pluriannuel de lutte contre les VBG ; (ii) relancer la pratique des audits des décès maternels dans les formations sanitaires ; (iii) mettre en place un comité de lutte contre les décès maternels au niveau national ; (iv) élaborer et rendre disponible dans les formations sanitaires les outils de collecte des données (registres) sur les décès maternels et les VBG.

TCHAD

Analyse du contexte tchadien

Le Tchad est un pays enclavé de 1 284 000 km2. En 2009, la population tchadienne s'élevait à 11 039 873 habitants dont 50,6 % de femmes. Cette population croît à un taux de 3,6 % (RGPH, 2009). Cette population est essentiellement rurale (78,1%). La population tchadienne est à 58% musulmane. Le taux de mortalité maternelle au Tchad est le plus élevé d'Afrique, soit 1.100 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (selon le rapport du SNU 2012).

Le pays a un fort taux d'analphabétisme (78%) avec de fortes disparités selon le genre (69% chez les hommes et 86% chez les femmes) selon les résultats du RGPH (2009). Le taux d'analphabétisme des adultes (15 ans et +) a augmenté au Tchad passant de 67% en 2003 à 78% en 2009 (RGPH, 2009), soit une dégradation de 11 points. En effet la persistance d'un faible taux d'achèvement primaire couplé d'une forte croissance de la population scolarisable (3,78%) a engendré un nombre élevé d'enfants déscolarisés estimé à 807.000 enfants pour la tranche d'âge 9-14 ans. L'analphabétisme est plus marqué chez les femmes (86%) que chez les hommes (69%) et les femmes en milieu rural sont encore plus touchées avec un taux d'analphabétisme de 92%.

L'enquête MICS (2010) révèle un taux élevé de grossesses précoces (47%). En ce qui concerne l'utilisation de la PF, on note une très faible prévalence contraceptive (5%) avec des besoins non satisfaits qui s'élèvent à 28%.

S'agissant de la couverture des soins prénatals, la même source indique que 53 % des femmes enceintes ont au moins une fois été consultées par un personnel qualifié, tandis que 23% l'ont été au moins quatre fois par n'importe quel prestataire. Le taux d'accouchement par un personnel qualifié est de 23%.

Ampleur : prévalence des formes et types de VFF

Au Tchad, pour la première fois, l'enquête à indicateurs multiples par grappes (MICS) réalisée en 2010 a permis de collecter des données sur les violences conjugales. Il en ressort que les femmes subissent toutes sortes de violences de la part de leur conjoint : violences psychologiques, violences physiques et violences sexuelles. En effet, 18% des femmes âgées de 15-49 ans ont été battues (violences physiques), 12% ont été victimes de violences sexuelles alors que toutes les femmes enquêtées ont rapporté avoir été psychologiquement affectées par l'une des formes de violences psychologiques (100%).

Les menaces psychologiques les plus répandues découlent de la jalousie. En effet, 55% des conjoints sont jaloux lorsque leur femme parle à d'autres hommes et 45% insistent pour savoir à tout moment où se trouve leur conjointe. La violence physique est plus répandue dans les régions du Sud du Tchad : Mandoul (30%), Moyen Chari (30%) et Mayo Kebbi (29%). Gifler ou tordre le bras à une femme est la violence physique la plus courante.

Selon les résultats de la même enquête, 12% des femmes enquêtées ont été victimes de violence sexuelle. Un quart des femmes a été forcée par son mari/partenaireà avoir des rapports sexuels et 7% des femmes interrogées ont subi des actes sexuels imposés. La violence sexuelle est autant répandue en milieu rural (12%) qu'en milieu urbain (11%). Elle est plus importante dans les régions du Mandoul et du Moyen Chari (24%).

Divers rapports études (EDS, 2004 ; MICS, 2010 etc.) ont dégagé les causes de mortalité maternelle élevée. Il s'agit, notamment, (i) de l'insuffisance dans la surveillance de la grossesse (57% de femmes enceintes n'ont pas bénéficié d'un suivi par un personnel qualifié), (ii) d'un mauvais

Crédit photos, ONU Femmes

contenu des soins au cours des consultations prénatales (seulement 18% des femmes ont eu accès aux trois types de services offerts dans le cadre des soins prénatals), (iii) d'une faible prévalence contraceptive (la prévalence de la contraception ne concerne que moins de 5% de femmes mariées ou vivant en union), (iv) d'un mauvais état de santé des femmes (une femme sur cinq présente une malnutrition chronique avec un indice de masse corporelle inférieur au seuil critique de 18,5), (v) d'une prise en charge inadéquate en cas de complications (9,06% seulement d'accouchements ont lieu dans les structures de Soins Obstétricaux d'Urgence ce qui est relativement faible en comparaison avec le minimum acceptable de 15% ; et 0,6% seulement des accouchements sont réalisés par césarienne alors que le minimum acceptable est de 5%), (vi) de la précocité du mariage, de la sexualité et de la fécondité (à 15 ans, 34,9% des femmes sont mariées et 36% ont déjà eu leurs premiers rapports, à 15-19 ans, 30% sont déjà mères et 6% sont enceintes pour la première fois) et (vii) d'une prévalence de la fistule obstétricale dont le niveau n'est pas connu.

Stratégies développées contre les VFF

L'existence d'un cadre législatif et juridique national protecteur contre les violences, en général, et les violences sexistes en particulier, est réelle au Tchad. Selon les termes de la Constitution de la République du Tchad de 1996 révisée en 2005, l'Etat « a le devoir de veiller à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme et d'assurer la protection de ses droits dans tous les domaines de la vie privée et publique ». La loi N° 006 du 15 avril 2002 portant promotion de la santé de la reproduction interdit, toutes les formes de violences tels les mutilations génitales féminines (MGF), les mariages précoces, les violences domestiques et les sévices sexuels sur la personne humaine.

Le Code Civil de 1958 en vigueur punit le mariage précoce, forcé ou célébré en violation de certaines de ses dispositions. La révision du code pénal en cours prévoit des peines pour les mutilations génitales féminines, les atteintes aux seins, le harcèlement sexuel, les violences psychologiques, les viols, les violences sur une femme enceinte et

sur les enfants, le mariage précoce ou forcé et l'expulsion du domicile conjugal.

Les politiques, stratégies et programmes de lutte contre les VBG se résument à l'élaboration (i) d'une politique nationale genre non encore adoptée par le Gouvernement et (ii) une stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (SNVBG) également non encore adoptée. Les mécanismes institutionnels de lutte contre les VBG sont constitués d'une coordination nationale de prévention, protection et réponses aux violences basées sur le genre et le Ministère de l'Action Sociale, de la Famille et de la Solidarité Nationale.

En matière de santé maternelle et infantile, le Gouvernement du Tchad a élaboré et mis en œuvre plusieurs politiques, stratégies et programmes. On peut citer : la Stratégie nationale de croissance et de réduction de la pauvreté (SNRP2), la Politique nationale sanitaire, la Stratégie nationale de lutte contre les fistules obstétricales, la Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, le Plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction, la Campagne pour la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), la Campagne « Main dans la main » tous unis pour l'espacement des naissances, le Programme de coopération Tchad-UNFPA et le Programme Muskoka qui appuie le financement de la Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Ces politiques, programmes et stratégies sont mis en œuvre par des mécanismes institutionnels dont le plus important est pour la santé maternelle et infantile la Direction de la santé de la reproduction et de la vaccination. Des services conséquents sont offerts à travers l'approche des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) dont le nombre de structures ne satisfait pas aux normes internationales.

Contraintes et défis à relever

Au Tchad, peu d'études sont menées sur les violences faites aux femmes et aucune sur les liens entre les violences sexistes et la santé maternelle et infantile. Les données nécessaires pour comprendre le lien entre les violences faites aux femmes et leur santé sont donc rares.

Au plan législatif, les textes sanctionnant les auteurs de violences faites aux femmes existent.

Cependant, ils sont méconnus et inappliqués. La coexistence entre le droit moderne et le droit coutumier prédominant fortement ancrée dans les pratiques institutionnelles crée un environnement peu propice à la mise en œuvre des lois et politiques favorables à l'égalité des sexes, notamment dans le domaine de l'éducation, de la santé de la reproduction et en matière de jouissance des droits humains. En effet, la société tchadienne, à dominance patriarcale, assigne des rôles différents aux filles et aux garçons et ce dès leur bas âge (division sexuelle du travail, perception réductrice du statut de la femme….). Ces pratiques socio-culturelles ont notamment pour conséquences l'inégalité dans l'accès au savoir et aux opportunités économiques et politiques en défaveur de la femme.

Recommandations

En vue de rendre efficace la lutte contre les violences faites aux femmes au Tchad, il est nécessaire dans un premier temps de mettre un accent particulier sur la recherche en vue de mieux cerner le phénomène et d'en proposer des stratégies appropriées. Ensuite, il convient de mener un plaidoyer pour l'adoption de la Politique Nationale Genre et de la stratégie de lutte contre les Violences Basées sur le Genre, par le Gouvernement tchadien.

Enfin, il y a lieu de promouvoir l'information sur les textes législatifs pour mieux les faire connaître.

TOGO

Analyse du contexte togolais

D'après les données des différents recensements, le Togo passe pour un pays dont la croissance démographique reste relativement forte.

La population togolaise qui était de 2.719.567 habitants en 1981 est passée à 6.191.155 habitants parmi lesquels on compte 51,4% d'individus de sexe féminin en 2010.

Au cours des 30 dernières années, la population togolaise a plus que doublé, avec un taux de croissance annuel de 2,84% selon le RGPH 4 (2010).

Cette population vit essentiellement en milieu rural (62%). Dans le domaine de l'éducation, des avancées majeures ont été réalisées au niveau de l'enseignement primaire au Togo.

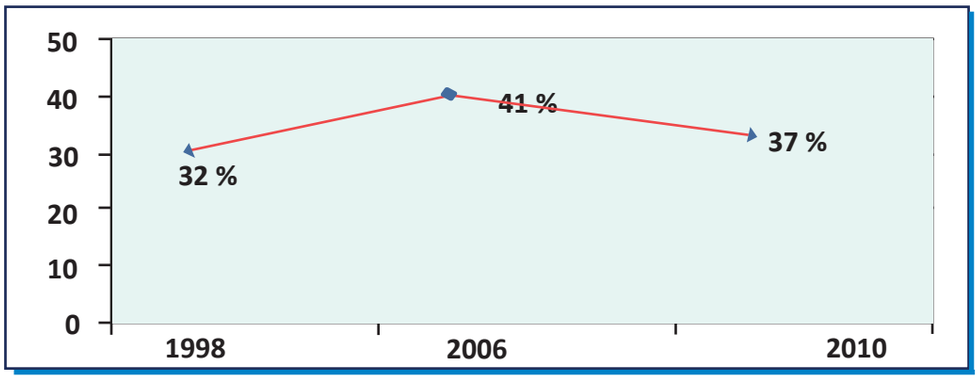
D'après le rapport de l'Enquête par Grappes à Indicateurs multiples (MICS4, 2010) le taux net de scolarisation primaire était de 88,6%en 2010.

En matière d'alphabétisation, les femmes sont moins favorisées que les hommes. Le taux d'alphabétisation chez les jeunes femmes de 15-24 ans représentait 59,3% contre 80% chez les hommes de la même tranche d'âge selon le RGPH (2010).

Au plan de la situation familiale, presque deux tiers des femmes âgées de 15-49 ans (64,4%) sont mariées ou en union. Parmi les femmes de 20 à 49 ans, près d'une femme sur trois (29,1%) était déjà mariée avant l'âge de 18 ans. Par ailleurs, 7% des femmes de 15 - 49 ans ont contracté une union avant l'âge de 15 ans (RGPH 4, 2010). L'étude de base sur le lien entre violences basées sur le genre et la mortalité maternelle a révélé que la grande majorité des femmes enquêtées est mariée. Ainsi 69% des femmes vivent en union monogamique et 22% en union polygamique selon l'*Etude initiale d'indicateurs sur les Violences faites aux femmes et la mortalité maternelle au Togo* (2013).

Crédit photos, ONU Femmes

Graphique 7 : Evolution des besoins non satisfaits en PF entre 1998 et 2010 au Togo



Sources : Exploitation des données de MICS - 2006 - 2010

La même étude, révèle que 65,8% des femmes vivant avec leur partenaire sont entrées en union entre 18 et 29 ans. Toutefois, 14,7% de femmes sont entrées en union à moins de 18 ans, ce qui représente une entrée précoce en union selon l'E*tude initiale d'indicateurs sur les Violences faites aux femmes et la mortalité maternelle au Togo* (2013).

Les résultats de l'enquête MICS 4 (2010) relèvent que le taux de mariage précoce est passé de 16% en 2006 à 11% en 2010. L'indice synthétique de fécondité (ISF) quoiqu'en relative baisse, reste encore élevé au Togo. Il a connu une baisse de près de 20% entre 1988 et 1998. Ensuite, de 1998 à 2010, l'ISF est passé de 5,4 à 4,8 soit une baisse de 1,6% sur la période (MICS, 2010).

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes au Togo figure parmi les plus faibles du monde. La prévalence contraceptive (méthodes modernes) chez les femmes en âge de procréer est passée de 3,1% en 1988 à 7% en 1998 puis à 11,1% en 2006 (MICS, 2006).

Elle est plus répandue chez les femmes de niveau d'instruction secondaire (20,0% que chez les femmes moins instruites (17,3% dans le groupe des femmes de niveau primaire, 11,3% dans le groupe des femmes qui n'ont aucune instruction). Les besoins non satisfaits en Planification Familiale (PF) ont évolué de 32% en 1998[7], à 41% en 2006 puis à 37% en 2010 (Graphique 7).

Les données issues de l'étude sur le lien entre les violences faites aux femmes et la mortalité maternelle (2013) ont montré que 75% des femmes interrogées et vivant avec leur partenaire n'utilisaient pas de méthode contraceptive au moment de l'enquête. Bien qu'en relative baisse, le niveau de la mortalité maternelle reste toujours élevé au Togo.

Elle est passée de 640 décès pour 100.000 naissances selon les résultats de l'EDST réalisée en 1988, à 478 décès pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDST 1998 puis à 400 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2013 selon EDS 2013, Ce niveau demeure encore très loin du seuil de 160 pour 100.000 naissances en se rapportant à la valeur cible des OMD en 2015.

7 DHS, 1998

Ampleur : prévalence des formes et types de VFF

Selon les données de l'étude VBG au Togo (2010), les violences basées sur le genre existent dans toutes les régions du Togo et sous plusieurs formes. Les plus connues sont les violences psychomorales (90,5%), les violences physiques (40,6 %), les violences économiques (34,2%), les violences sexuelles (32,8%) et les violences institutionnalisées (19,5%). Les violences basées sur le genre se manifestent partout mais sont plus présentes dans les foyers conjugaux ou dans les ménages et la grande partie des conflits au sein des couples est liée à des problèmes économiques et aux facteurs psychologiques.

Cependant, les résultats de l'étude indiquent que les femmes victimes des VBG sont peu disposées à dénoncer les auteurs des violences. En outre, les victimes des violences bénéficient peu d'une prise en charge

L'Etude initiale d'indicateurs sur les Violences faites aux femmes et la mortalité maternelle au Togo (2013) réalisée dans les dix-sept (17) districts sanitaires d'intervention d'ONU Femmes, montre que plusieurs formes et types de violences sont vécus par les femmes togolaises, mais de façon générale, les violences physiques, morales, sexuels et économiques sont plus rencontrées.

En ce qui concerne les violences morales, près de 14% des femmes ont déclaré avoir vécu «la restriction de contact avec les amis», et 13% ont été victimes du mécontentement de leur partenaire lorsqu'elle discute avec un autre homme. S'agissant des violences physiques, les femmes interrogées ont principalement été une fois giflées (10%) ou ont été frappées avec les mains (10%).

Les résultats de la même étude ont montré que près de 12% des enquêtées ont subi la violence sexuelle au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, près de 11% de femmes interrogées ont affirmé avoir été victimes de privation de ressources financières.

La polygamie et les tabousalimentaires constituent les cas de violences institutionnalisées les plus cités par les femmes.

Entre 4,8% et 5,6% des femmes interrogées ont affirmé avoir été victimes de ces violences. Le type de violence en milieu hospitalier le plus développé dans les formations sanitaires est l'insulte.

En ce qui concerneles auteurs des violences sur les femmes, l'étude a montré que même si certaines violences relèvent des institutions communautaires et sociales et que d'autres sont perpétrées par une tierce personne, les principales violences sont faites sur les femmes par leurs propres partenaires conjugaux.

Dans la majorité des cas (entre 70% et 90% des cas), les auteurs des violences physiques subies par les femmes sont principalement leurs partenaires.

Stratégies développées contre les VFF

Conscient de l'ampleur des violences faites sur les femmes dans le pays, l'Etat togolais a pris plusieurs mesures dont la ratification des textes internationaux. Egalement, plusieurs initiatives ont été prises afin d'améliorer la situation de la femme.

Sur le plan juridique au niveau national, des lois ont été adoptées pour combattre les différentes formes de violences. Il s'agit entre autres du Code Pénal, du Code de l'Enfant, la loi sur les MGF. Par ailleurs, les efforts sont en train d'être faits pour intégrer les dispositions spécifiques sur les violences émergeantes dans le Code Pénal et le Code de Procédure Pénale.

Plusieurs Organisations de la Société Civile Togolaise interviennent dans la lutte contre les Violences faites aux femmes à travers de multiples actions. Ces actions vont de la sensi-bilisation, au renforcement des capacités en passant par le plaidoyer et la prise en charge des cas.

Les communautés à la base aussi ont pris des initiatives pour réduire les violences faites aux femmes. Il est noté que les autorités traditionnelles, les leaders religieux et communautaires constituent des maillons importants dans la lutte contre les violences faites aux femmes de par leurs rôles dans les différentes communautés.

Contraintes et défis à relever

La persistance de certains facteurs socio-culturels non favorables à la santé de la mère, notamment des tabous nutritionnels et de la pauvreté des ménages surtout celle des femmes; Les ressources financières limitées pour des actions de lutte à long termes; L'insuffisance de l'application des normes juridiques mises en place car, le système manque de personnels qualifiés à tous les niveaux; le personnel disponible ne bénéfice pas régulièrement de renforcement de capacités. Il en résulte un manque de mécanisme de réduction des risques et un non-respect des règles et protocoles.

Recommandations

En vue de réduire le niveau élevé des violences faites aux femmes au Togo, les recommandations suivantes sont formulées : (i) renforcer les actions de sensibilisation contre les violences faites aux femmes dans toutes les régions particulièrement dans les zones à forte prévalence; (ii) renforcer l'autonomisation des femmes surtout en milieu rural ; (iii) promouvoir davantage l'utilisation des services de planning familial; (iv) renforcer le plaidoyer auprès des leaders communautaires pour une prise en compte plus accrue des questions liées aux violences faites aux femmes.

Conclusion

Les violences faites aux femmes sont considérées comme une violation des droits humains et dans certains contextes comme un crime contre l'humanité. Elles ne cessent de prendre de l'ampleur dans le monde et surtout dans les pays de l'Afrique Subsaharienne et en Haïti et constituent un sérieux problème de santé publique au vu des conséquences graves pour les femmes au plan physique, mental et génésique.

Les différentes études réalisées concluent à l'existence de toutes les formes de violence dans les sept pays d'étude et que ces violences touchent une grande proportion de filles et de femmes quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, économiques et cul-turelles. Les conflits armés accentuent l'ampleur des violences perpétrées sur les femmes dans certains pays d'Afrique Subsaharienne et en Haïti.

Les éléments qui sous-tendent les violences dans les différents pays sont les inégalités entre les hommes et les femmes tirant leur source dans les différents rôles assignés aux filles et aux garçons et ce dès leur bas âge ceci à travers la division sexuelle du travail, la perception réductrice du statut de la femme et les pratiques socioculturelles néfastes pour les femmes

Les études réalisées dans les sept pays ont abordé d'une manière ou d'une autre le lien entre les violences faites aux femmes et la santé d'une part et la mortalité maternelle d'autre part.

L'intensité du lien entre violences et santé maternelle dépend des formes de violences faites aux femmes propres au contexte de chaque pays.

Recommandations générales

Le profil des pays présentant un tableau sombre en ce qui concerne le lien entre les diverses formes de violences faites aux femmes en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes et la santé des millions de femmes, des interventions à haut impact sont nécessaire :

Avec la multiplication des foyers de conflits et la difficile cohabitation du droit moderne avec le droit coutumier, ONU Femmes devra poursuivre ses efforts pour amener les pays à incorporer dans leurs lois nationales, la loi internationale permettant aux tribunaux nationaux de pouvoir juger les auteurs de violences sexuelles en temps de conflits d'une part et à lever les contradictions existant entre les textes d'autre part.

Vu la portée encore limitée des multiples actions de lutte contre les violences développées dans les différents pays qui reste encore limitée et fragile, ONU Femmes doit intensifier son plaidoyer et engager des discussions avec les partenaires techniques et financiers en vue de constituer un fonds significatif dédié aux interventions suivantes : (i) renforcement du niveau d'intégration du

genre dans les politiques, programmes et projets de développement; (ii) autonomisation des femmes les plus vulnérables surtout en milieu rural, afin de permettre afin de leur permettre d'acquérir des capacités et le pouvoir économique ; (iii) scolarisation des filles et alphabétisation des femmes dans les zones rurales où les pratiques sexospécifiques sont toujours vivaces ; (iv) sensibilisation des leaders communautaires, religieux pour une véritable appropriation de la lutte contre les VFF ; (v) renforcement de l'accès aux soins à prodiguer aux femmes victimes de violences ; (vi) protection des femmes enceintes.

Compte tenu de la faible allocation des ressources publiques par les Etats pour la lutte contre les VFF, la persistance des violences et des taux de mortalité maternelles élevés, et au vue de l'insuffisance des ressources mobilisées, auprès des partenaires, il est nécessaire que le partenariat entre les différents acteurs gouvernementaux, de la Société civile et les Partenaires Techniques et Financiers soit renforcé dans la perspective d'augmenter le niveau des ressources pub-liques affectées à la lutte contre les VFF.

Cet effort supplémentaire réduira les risques d'exposition des femmes aux violences et par conséquent les risques de mortalité maternelle pendant la grossesse et à l'accouchement.

La recrudescence des conflits sur le continent et l'utilisation des viols et des violences contre les femmes et les filles comme arme de guerre nécessite la mise en place de programmes inter-pays impliquant le leadership des femmes, afin de prévenir les VFF et de prendre en charge les survivantes. Les données sont rares et les études et recherches sur les actes de violence sexuelle ne sont pas régulières et les enquêtes nationales telles que les EDS et les MICS ne tiennent pas compte des variables essentielles portant sur les risques de mortalité maternelle et les violences faites aux femmes. Cela rend difficile la prise de décisions basées sur des évidences.

Ainsi, ONU Femmes doit appuyer les pays pour la mesure régulière des indicateurs liés aux violences faites aux femmes à travers :

- l'harmonisation d'une liste de variables de risques de mortalité en lien avec les violences faites aux femmes ;

- la mise en place d'un cadre modélisé (méthodologie appropriée) dans le but de faciliter les études portant sur la question ;

- le plaidoyer auprès des pays pour la prise en compte des variables harmonisées dans les enquêtes nationales.

Le dispositif sera compléter par un cadre fonctionnel en place un cadre fonctionnel inter-pays de suivi-évaluation des indicateurs.

Notes :

- **Sources des données :** Pour l'essentiel des valeurs des indicateurs contenus dans le tableau, seuls les rapports des enquêtes nationales (EDS et MICS, VBG) les plus récentes ont été exploités.
- **ND (Non disponible) :** représentent des indicateurs non renseignés au plan national par les enquêtes et les plaidoyers de ONU Femmes doivent concerner ces indicateurs afin qu'ils

	Indicateurs	GUINEE	HAITI	MALI	
Indicateurs de caractéristiques sociodémographiques et économiques des femmes					
1	Proportion des femmes dans la population générale	52%	50,5%	50,4%	
2	Proportion des femmes vivant en milieu rural	75%	24,92%	39,18%	
3	Proportion de femmes chefs de ménage	17%	41%	10,3%	
4	Proportion de femmes vivant en union polygamique	48%	29%	42,9%	
5	Proportion de femmes vivant en concubinage	ND	ND	ND	
6	Proportion de femmes qui cohabitent avec une/des coépouse (s)	ND	16%	ND	
7	Proportion de population féminine ayant achevé le cycle primaire	44,9%	83,1%	45,2%	
8	Proportion de population féminine alphabétisée	39,4%	74%	22,4%	
9	Pourcentage des femmes qui n'ont pas été scolarisées	65%	15%	76%	
10	Proportion de la population féminine qui vit en-dessous du seuil national de pauvreté	49,3%	ND	25%	
11	Proportion de femmes salariées	41,6%	81%	54,2%	
Indicateurs de risque de mortalité maternelle					
12	Proportion des femmes ayant contracté une grossesse précoce	40% (20 - 24 ans)	11%	ND	
13	Pourcentage des femmes qui ont eu leur premier enfant avant 18 ans	60%	16,5% (25 – 49 ans)	ND	
14	Pourcentage des femmes qui ont déjà eu une fausse couche, un avortement ou un mort-né	ND	ND	ND	
15	Pourcentage des femmes qui ont eu une grossesse non désirée au cours des 5 dernières années	2%	21%	2,7%	
16	ISF national	5,1	3,5	6,14	
17	Age médian au premier mariage	17 ans	21,8 ans	18,6 ans	
18	Age médian au premier accouchement	18,8 ans	22,3 ans (25 – 49 ans)	19,6 ans	
19	Taux de prévalence contraceptive	5,6%	34,5%	10%	
20	Taux de couverture en CPN (quatre visites ou plus)	56,6%	67,3%	34,9%	

soient pris en compte dans les enquêtes nationales genre EDS et MICS.

- **NA (Non accessible) :** Cas de la RCA où le Rapport complet de MICS 2010 n'a pu être accessible
- Certaines informations sont collectées selon les outils annexés au rapport mais non analysées dans les rapports, la non disponibilité des bases de données ne permet pas par conséquent de renseigner les indicateurs y afférents.

PAYS			
NIGER	RCA	TCHAD	TOGO
50,2%	50,2%	50,6%	51,4%
ND	NA	40%	31,97%
ND	NA	20,7%	23,7%
36%	NA	38,8%	33,8%
ND	NA	0,3%	ND
ND	NA	ND	ND
ND	NA	33,9%	ND
14%	52% (15 – 24 ans)	14%	55,8%
ND	NA	78%	18%
ND	NA	ND	ND
79,8%	NA	ND	ND
7,2%	NA	47,4%	17,3%
48,8%	NA	47,4% (20 – 24 ans)	ND
ND	NA	ND	20%
1%	NA	ND	ND
7,6	6,2	6,9	4,8
15,7 ans	NA	18,5 ans	ND
18,5 ans (20 – 49 ans)	NA	ND	ND
12%	9%	4,8%	17%
33%	38%	23,1%	54,9%

21	Couverture de la prophylaxie antirétrovirale parmi les femmes séropositives enceintes	ND	ND	ND	
22	Taux de couverture des femmes enceintes en vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse	76%	76%	47%	
23	Taux de couverture en CPN (au moins une visite)	69,6%	90%	34,7%	
24	Pourcentage des femmes qui n'ont pas reçu des soins post-partum	57%	61%	ND	
25	Proportion de femmes césarisée	2%	15,4%	3,8%	
26	Proportion des femmes qui ont des besoins non satisfaits de planification familiale	23,7%	35,3%	30,8%	
27	Taux d'accouchement à domicile	50%	64%	43%	
28	Pourcentage des femmes qui ont accouché sans l'assistance d'une personne formée, au cours des 5 dernières années	55%	62,7%	41%	
29	Pourcentage des femmes qui ont eu des maladies sexuellement transmissibles au cours des 12 derniers mois	31%	11,7%	26%	
30	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	724	630	368	
31	Prévalence des fistules obstétricales	0,6%	ND	0,6%	
32	Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	65%	60%	60%	
33	Taux de malnutrition chez les femmes enceintes	ND	ND	ND	
34	Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes	2,2%	2,7%	1,3%	
35	Taux de mortalité néonatale (enfants âgés de 0 à 1 mois)	33‰	ND	34‰	
36	Population vivant à plus de 5 km d'une formation sanitaire	ND	ND	ND	
Indicateurs de Violences faites aux femmes					
37	Proportion de femmes ayant été victimes de violences physiques conjugales au cours des 12 derniers mois	75,6%	28%	21%	
38	Proportion de femmes ayant été victimes de gifle au cours des 12 derniers mois de la part de son partenaire conjugal	45,9%	9%	15,6%	
39	Proportion de femmes ayant été bousculées, secouées ou contre qui quelque chose a été jetée au cours des 12 derniers mois par le partenaire	ND	11 ,3%	6,1%	
40	Proportion de femmes dont le bras a été tordu, les cheveux tirés, frappées à coups de poing ou avec quelque chose	ND	5,5%	5,1%	
41	Proportion de femmes frappées avec la main	72,7%	ND	ND	
42	Proportion de femmes victimes de coup de pied, trainées par terre ou battue	ND	4,6%	3%	
43	Proportion de femmes dont les partenaires conjugaux ont essayé de les étrangler ou de les bruler au cours des 12 derniers mois	ND	2,6%	0,7%	
44	Proportion de femmes dont les partenaires conjugaux les ont menacées ou attaquées avec un couteau, un fusil ou un autre type d'arme au cours des 12 derniers mois	8%	3,1%	0,6%	

ND	NA	ND	60%
71%	65,5%	38%	77,1%
82,8%	68%	53,2%	72,7%
37%	NA	ND	ND
1%	5%	1,5%	8,8%
16%	NA	28,3%	37,2%
71%	45%	82,8%	33%
67%	46%	77,3%	40,7%
0,4%	NA	ND	ND
535	850	1100	400
0,2%	NA	1,4%	0,03%
58,6%	NA	ND	ND
ND	NA	ND	ND
0,4%	6,3%	ND	3,1%
ND	NA	39‰	27‰
ND	NA	ND	ND
ND	45%	18%	41%
ND	ND	15%	44%
ND	NA	9%	ND
ND	NA	6%	ND
ND	ND	ND	22%
ND	ND	6%	6%
ND	NA	2%	41%
ND	NA	1%	ND

45	Proportion de femmes ayant été victimes de violences sexuelles au cours des 12 derniers mois	49,7%	11%	13,9%	
46	Proportion de femmes ayant été victimes de Viol	23,4%	9,8%	10,1%	
47	Proportion de femmes ayant été victimes de harcèlement	16,1%	5,6%	3,8%	
48	Pourcentage des femmes qui ne sont pas capables de demander à leur conjoint de porter un condom, quand elles le souhaitent	82%	91,3%-	59,6%	
49	Pourcentage des femmes qui ne peuvent pas refuser le rapport sexuel à leur conjoint quand elles ne souhaitent pas en avoir	60%	ND	59%	
50	Proportion de femmes ayant subi des violences institutionnalisées au cours des 12 derniers mois	ND	ND	ND	
51	Proportion de femmes ayant été victimes de MGF	96,9%	ND	67%	
52	Proportion de femmes ayant été victimes de mariage forcé	4%	ND	ND	
53	Proportion de femmes ayant été victimes de mariage précoce	60%	ND	60,8%	
54	Proportion de femmes ayant été victimes de Tabous alimentaires	ND	ND	ND	
55	Proportion de femmes ayant subi des violences morales conjugales au cours des 12 derniers mois	84,7%	22,1%	26,2%	
56	Proportion de femmes ayant été victimes d'insulte/ violence verbale conjugales au cours des 12 derniers mois	84,7%	18,9%	19,6%	
57	Proportion de femmes ayant été victimes d'humiliation devant les autres	ND	13,7%	14,2%	
58	Proportion de femmes ayant été victimes de restriction de contact avec leurs amis	ND	25%	23,6%	
59	Proportion de femmes ayant subi des violences économiques au cours des 12 derniers mois	ND	ND	ND	
60	Proportion de femmes ayant été victimes du refus du mari de travailler	ND	ND	ND	
61	Proportion de femmes ayant été victimes de privation de ressources financières	18%	ND	ND	
62	Pourcentage des femmes dont le mari décide principalement pour l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent par leur travail	5%	ND	18%	
63	Proportion de femmes ayant été victimes des violences en milieu hospitalier au cours des 12 derniers mois	ND	ND	ND	
64	Proportion de femmes ayant été victimes de mauvais accueil en milieu hospitalier	ND	ND	ND	
65	Proportion de femmes ayant été victimes de refus de prise en charge en milieu hospitalier	ND	ND	ND	
66	Proportion de femmes ayant été victimes d'insultes en milieu hospitalier	ND	ND	ND	
67	Proportion de femmes ayant été victimes de négligence/ indifférence en milieu hospitalier	ND	ND	ND	

ND	NA	12%	33%
ND	32%	10%	4% (9 – 18 ans)
ND	NA	7%	21%
29,7%	NA	ND	ND
ND	NA	ND	ND
ND	NA	ND	20%
2%	26%	44%	3,9%
ND	10%	ND	8%
30%	60%	69,1%	29,1% (20 – 49 ans)
ND	NA	ND	ND
ND	NA	100%	91%
ND	52%	ND	71%
ND	NA	7%	17%
ND	NA	27%	18%
ND	NA	ND	34%
NG	NA	28%	6%
ND	NA	ND	30%
7%	NA	ND	7%
ND	ND	ND	ND
ND	ND	ND	ND
ND	ND	ND	ND
ND	ND	ND	ND
ND	ND	ND	ND

BIBLIOGRAPHIES

1. Association Tchadienne pour l'Etude de la Population, 2012, Rapport de l'étude sur les violences basées sur le genre et santé maternelle et infantile au Tchad ;
2. BREHIMA BERIDOGO, 2002, Etude sur les violences faites aux femmes;
3. CARE-Mali, en collaboration avec ONU Femmes et l'INSTAT, 2012, Rapport de synthèse sur la Masculité, Egalité des sexes et Relations entre les sexes au Mali Femmes ;
4. Cellule de Planification et de Statistique (CPS) du Ministère de la Santé, l'Institut National de la Statistique (INSTAT et l'ICF International, 2012–2013, Rapport préliminaire de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM V) ;
5. CONAG-DCF, 2007, Rapport alternatif des ONG sur l'application de la CEDEF en Guinée ;
6. CONGAFEN, 2013, Le rapport de l'étude sur les violences faites aux femmes au Niger ;
7. DGGPF/Togo, 2010, Rapport de l'étude sur les violences basées sur le genre au Togo ;
8. DIMOL, 2014, Rapport de l'audit socioculturel sur les pratiques traditionnelles favorables à la santé de la reproduction au Niger ;
9. Direction de la promotion du leadership féminin, 2014, Rapport de Diagnostic National du leadership Féminin au Niger 2014 – 2016;
10. Gouvernement du Niger, 2007, La Politique Nationale du Genre ;
11. Gouvernement du Niger, 2012, Le Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012 – 2015 ;
12. Gouvernement du Tchad, 2013, Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS2) 2013 – 2015 ;
13. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M, 1999, Ending violence against women. (Population Reports, Series L, No. 11). Baltimore (MD), Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs.
14. Heise L, Garcia-Moreno C, 2002, Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health, pp. 87–121. Geneva, World Health Organization.
15. HENRION Roger, 2001, «Les consé-quences des violences conjugales sur la santé des femmes et de leurs enfants » in Les Femmes victimes de vio-lences conjugales, le rôle des professionnels de santé: rapport au ministre chargé de la santé, pp.21-29.
16. Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), 2012, Population totale, population de 18 ans et plus, ménages et densités estimés en 2012 ;

17. Institut National de la Statistique du Mali, 2009, Rapport du 4ème recensement général de la population et de l'habitat du Mali ;

18. Institut Nationale de la Statistique du Niger, 2011, Mécanisme de collecte de données sur les indicateurs de violences basées sur le genre au Niger ;

19. Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille du Mali, 2007, Rapport d'analyse de la collecte des données sur la femme et l'enfant;

20. Ministère de la Santé Publique et de la Po-pulation (MSPP), Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF International, 2012, Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services et MICS4 en Haïti : Rapport de synthèse. Calverton, Maryland, USA : MSPP, IHE et ICF International.

21. Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la lutte contre le VIH/sida 2013, Etude de base sur le lien entre les violences basées sur le genre et la mortalité maternelle en République centrafricaine ;

22. Ministère du Développement Social, de la population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, 2007, Rapport de l'étude portant sur les violences et abus sur les femmes et les enfants dans la CUN et Maradi ;

23. Ministère Guinéen des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, 2013, Rapport national sur l'élimination et la prévention des violences à l'égard des femmes/ filles ;

24. Moussa Dan-Koma Ibrahim, 2012, Etude documentaire sur l'état des lieux des Violences Basées sur le Genre en vue de l'élaboration du plan d'action national ;

25. OMS, 2002, Rapport mondial sur la violence et la santé ;

26. OMS, 2005, Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals;

27. OMS, 2005, Rapport sur la Santé dans le Monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.

28. OMS, 2008, Mutilations génitales féminines – Fiche informative n° 241. OMS, Genève. ww.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/

29. OMS, 2010, Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes, Intervenir et produire des données

30. ONU Femmes, 2010, Analyse des témoignages des victimes de viols des communes de Gao et de Ménaka dans le Nord du Mali en 2010 et implication juridiques ;

31. ONU Femmes, 2012, Pratiques culturelles discriminatoires, violences sexistes et santé maternelle en Haïti

32. ONU Femmes, 2012, Rapport Etude initiale d'indicateurs sur les violences faites aux femmes et la mortalité maternelle au Togo ;

33. ONU, 2014, Rapport du Secrétaire général des Nations Unies sur les violences sexuelles liées aux conflits;

34. République de Guinée, 2012, Violences faites aux femmes et santé maternelle, en Guinée. Evidences fondées sur les données de l'EDS 2005 ;

35. République du Niger, 2012, Le rapport de l'enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger EDSN-MICS-IV ;

36. République du Niger, 2013, violences faites aux femmes et mortalité maternelle : cas de la région de Maradi au Niger

37. République du Tchad, 2009, Rapport du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH2-)

38. République du Tchad, 2010, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS);

39. République Togolaise, 2014, Enquête Démographique et de Santé, Rapport Préliminaire ;

40. Say L et al., 2014, Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis, Lancet

41. UNESCO, 2012, Table ronde internationale de haut niveau sur l'alphabétisation et plan d'action national d'alphabétisation du Tchad 2012 – 2015 ;

42. UNFPA antenne de Goz-Beida, 2012, Rapport général GBVIMS;

43. UNFPA antenne de Goz-Beida, 2013, Rapport général GBVIMS;

44. UNFPA Bureau Sous-Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2011, Rapport de Mission d'appui dans le cadre de la lutte contre les Violences Basées sur le Genre en situations d'urgence pour une formation sur le Système de Gestion des Informations VBG ;

45. UNICEF. 2005. Early Marriage: A Harmful Traditional Practice. New York : Nations Unies ;

46. ONU Femmes, The Facts: Violence against Women & Millennium Development Goals, Fiche information,

LEXIQUE

Mariage précoce : Mariage d'un individu avant l'âge légal d'entrée en union.

Mortalité maternelle : Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Mutilations sexuelles / génitales féminines : Toutes interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons non médicales.

La **planification familiale** permet aux individus et aux couples d'anticiper le nombre d'enfants désirés, d'espacer les naissances et de planifier leur naissance. Ceci est possible grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives et au traitement de l'infertilité.

Santé maternelle : Tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum. La santé reproductive ou génésique s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre, ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent.

Violence : Utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.

Les **violences basées sur le genre** sont un ensemble d'actes nuisibles perpétrés à l'égard d'une personne humaine sans son consentement et basés sur les différences socialement prescrites, portant atteinte à son intégrité physique et morale.

Violences faites aux femmes : Tous actes de violence dirigés contre des femmes en tant que telles et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

Titre du rapport	Auteur, Période et Année d'élaboration	
Etude de référence ***Violences faites aux femmes et santé maternelle, en Guinée.*** ***Evidences fondées sur les données de l'EDS 2005***	Ministère de la santé et l'hygiène Publique Consultant Mohamed Lamine KEITA, Août 2012	
Pratiques culturelles discriminatoires, violences sexistes et santé maternelle en Haïti	ONU Femmes Haïti, 2012,	
Etude de base sur le lien entre les violences basées sur le genre et la mortalité maternelle en République centrafricaine	Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la lutte contre le VIH/sida 2013	

	Méthodologie utilisée	Limites
	- Exploitation des données de EDS (2005), - Approche essentiellement quantitative, - Elaboration de cadre conceptuel à partir de la revue documentaire sur les déterminants de la mortalité maternelle et sur le concept de violence basée sur le genre, - Sélection de 33 variables dont 12 relatives à la santé maternelle et 21 variables relatives à la violence en rapport avec les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes, - Identification de 4.050 femmes âgées de 15-49 ans, mariées et ayant eu au moins un enfant au cours de la période 2000-2005 sélectionnées parmi les 8.000 femmes de l'échantillon national de l'EDS.	
	- Revue documentaire (EMMUS-. IV, 2005 ; ECVH, 2003 ; EBCM, IHSI, 2000 ; 2001) - Approche essentiellement qualitative faisant l'état des lieux sur les indicateurs actuels de santé maternelle, - Revue des études de base réalisées avant la mise en œuvre des projets dans le domaine de la mortalité maternelle, - Collecte de données au niveau des différents acteurs clés sur le terrain pour apprécier les potentiels effets des projets mis en place, - - Analyse qualitative et triangulation des données.	- Liens entre violence et mortalité maternelle encore hypothétique - Pas d'analyse empirique pour démontrer le lien entre violence et Mortalité maternelle
	- Enquête terrain (qualitative et quantitative) et revue documentaire (documents nationaux et registres d'admission, de consultation, d'accouchement et de décès) - Etude transversale, descriptive et analytique, - Femmes âgées de 15 à 49 ans (femmes ayant été enceintes au cours des 12 derniers mois, femmes ayant un enfant de plus d'un an, femmes n'ayant pas d'enfants vivants, Femmes témoins des VBG) ;	- Etude plus focalisée sur la description et la catégorisation des violences - Liens entre les violences et la mortalité maternelle très faiblement établis

Titre du rapport	Auteur, Période et Année d'élaboration	
Masculinité, Egalite des sexes et relations entre les sexes au mali: ***Résultats de l'enquête internationale sur la masculinité et L'Egalite entre les sexes* - Mali**	CARE-Mali, en collaboration avec ONU Femmes et l'INSTAT (Institut National de la Statistique) Consultants Henny Slegh, Gary Barker, Maimouna Toliver, Aliou Bah, 2012	
Violences faites aux femmes ***et mortalité maternelle : cas de la région de Maradi au Niger***	Institut National des statistiques du Niger, 2013	
Violences basées sur le genre ***et santé maternelle*** ***et infantile au Tchad***	Association Tchadienne pour l'Etude de la Population, Octobre 2012	
Etude initiale d'indicateurs sur les violences faites aux femmes ***et la mortalité maternelle au Togo***	Cabinet d'Expertise en Recherche-Action (CERA), Novembre 2012,	

	Méthodologie utilisée	Limites
	- Collecte de données primaires (qualitatives et quantitatives) réalisée dans les zones urbaines de Bamako et dans les zones urbaines et rurales de Mopti et Ségou. - Enquête Internationale sur les Hommes et l'Egalité des Sexes (IMAGES). - Des questionnaires ont été administrés à un échantillon de 1000 hommes et 500 femmes. - Source de données : dans les zones urbaines et/ou rurales de trois régions Bamako, Mopti et Ségou - -Analyse des données : - L'enquête a été réalisée au cours de la période de conflit dans le nord et l'est du Mali - Utilisation d'un échantillonnage stratifié des deux groupes d'âge: (I) 18-35 ans, (II) 36-59 ans.	
	- Collecte de données primaires (qualitatives et quantitatives) pour une étude de cas à Maradi, - Analyse documentaire (EDS et MICS) - Analyse quantitative et analyse qualitative, - Approche du lien violences et mortalité maternelle à travers les conséquences des violences faites aux femmes enceintes, - Zone de couverture : Région de Maradi avec ses six départements (Aguié, Dakoro, Guidan Roumdji, Mayahi, Tessaoua et Madarounfa) - Les femmes âgées de 12-49 ans,	
	Exploitation de données existantes, Méthode de régressions logistiques à partir des données de MICS 2010, (Analyse descriptive et analyse explicative)	Le lien entre VFF et la mortalité maternelle n'a pas été établi. Le modèle construit à partir des variables retenues et disponibles dans la base des données a permis de démontrer jusqu'à un certain niveau un lien entre les violences faites aux femmes et la santé maternelle puisque la base des données de l'enquête MICS 2010 utilisée pour les analyses de régression, ne fournit pas toutes les variables nécessaires à la régression logistique du cadre théorique d'analyse. Cadre conceptuel très peu opérationnalisé dans l'analyseexplicative :
	Analyse documentaire couplée avec la collecte des données primaires (quantitatives et qualitatives), Zone de couverture : 17 districts sanitaires du Togo sur 35 (zones d'intervention de ONU Femmes), Femmes âgées de 15-49 ans (520 femmes enceintes, 625 femmes ayant accouché au cours des douze derniers mois, 63 femmes ayant un enfant de plus d'un an ou n'ayant aucun enfant ont été touchées), 25 leaders communautaires (Chefs traditionnels, leaders religieux, le Comité Villageois de Développement), 53 responsables des formations sanitaires ont été soumis à des entretiens individuels.	L'étude a plutôt utilisé les données primaires pour démontrer le lien entre VFF et santé maternelle sans toutefois démontrer le lien entre les VFF et la mortalité. Pas d'analyse explicative confirmant un lien empirique entre les violences faites aux femmes et la mortalité maternelle.

PRÉSENTATION

En juillet 2010, l'Assemblée générale des Nations Unies a créé **ONU Femmes**, l'entité des Nations-Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

ONU Femmes a principalement pour rôle :

- D'appuyer des organes intergouvernementaux, tels que la Commission de la condition de la femme, dans l'élaboration de politiques, de règles et de normes mondiales ;
- D'aider les États Membres à appliquer ces règles, et est prêt à fournir un appui technique et financier approprié aux pays qui le demandent et à forger des partenariats performants avec la société civile ; et
- De demander des comptes au Système des Nations Unies sur ses propres engagements en faveur de l'égalité des sexes.

ONU Femmes oeuvre pour :

- Le leadership et la participation politique des femmes
- L'automatisation économique des femmes
- L'élimination des violences faites aux femmes et aux filles
- La paix et la sécurité
- La gouvernance et la planification nationale sensibles au genre
- Les normes et les standards sur l'égalité des sexes.

REMERCIEMENTS

Entreprise sur l'initiative d'ONU Femmes, l'élaboration du présent rapport sur « *Violences faites aux femmes en Afrique subsaharienne et en Haïti : Liens avec la santé et la mortalité maternelle* » se situe dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative Muskoka.

Aux termes du processus, ONU Femmes adresse ses remerciements à tous les partenaires grâce à qui la mission a pu être effective, particulièrement le MAEDI, (Ministère des Affaires Étrangères et du Développement International), au Comite Technique et au Comité Scientifique du dispositif multi-latéral de mise en œuvre du Fonds Français Muskoka pour ses orientations et à toutes les agences sœurs du Système des Nations-Unies, OMS, UNFPA, UNICEF.

Les remerciements vont particulièrement au Cabinet d'Expertise en Recherche-Action (CERA) du Togo qui a rédigé ce rapport consolidé.

Les remerciements vont également à tous les consultants qui ont réalisé les études pays ainsi que les points focaux notamment : Eunide LOUIS en Haïti ; Mohamed Lamine KEITA et Dr. CAMARA Aly en Guinée Conakry ; l'INSEA au Niger ; Henny SLEGH, Gary BARKER, Maimouna TOLIVER, Aliou BAH ; Dr. Patrice FEILEMA MOHERESSE en RCA ; le cabinet ATEP et Rachel MBAINDA de UNFPA au Tchad ; et Paul Koffi TEKOU au Togo.

Enfin, ONU Femmes témoigne sa gratitude aux Ministères et Institutions en charge de la question du Genre et des violences faites aux femmes, aux Institutions chargées de la statistique dans les différents pays où les études ont été conduites pour leur disponibilité et appui.

ONU Femmes

Bureau Régional
Afrique de l'Ouest et du Centre
Imm. N°3, SCI-Diama-Ngor Virage
DAKAR - SÉNÉGAL

☎ +221 33 869 99 70
@ news.waro@unwomen.org
www.unwomen.org
fb : facebook.com/unwomenafrica
tw: @unwomenwcafrica-@unwomenwafrica
blog : www.unwomenwestandcentralafrica.com

ONU Femmes