

Togo : protection et soins psychiatriques pour les victimes de la traite des êtres humains

Recherche rapide de l'analyse-pays de l'OSAR

Berne, 15 octobre 2018



Impressum

Editeur

Organisation suisse d'aide aux réfugiés OSAR
Case postale, 3001 Berne
Tél. 031 370 75 75
Fax 031 370 75 00
E-mail: info@osar.ch
Internet: www.osar.ch
CCP dons: 10-10000-5

Versions

français, allemand

COPYRIGHT

© 2018 Organisation suisse d'aide aux réfugiés OSAR, Berne
Copies et impressions autorisées sous réserve de la mention de la source.

1 Introduction

Le présent document a été rédigé par l'analyse-pays de l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) à la suite d'une demande qui lui a été adressée. Il se penche sur les questions suivantes:

1. Quelles sont les structures existantes au Togo pour spécifiquement assister les personnes victimes de la traite des êtres humains ?
2. Est-ce que les femmes victimes de traite humaine souffrent de stigmatisation ou de discrimination une fois de retour au pays ?
3. Une personne souffrant de dépression et d'un état de stress post-traumatique (ESPT) peut-elle avoir accès à un traitement psychiatrique régulier au Togo ?
4. Les médicaments suivants, ou d'autres avec les mêmes substances actives, sont-ils disponibles au Togo ? Si oui, à quels prix et en quelles quantités ?
 - a. Citalopram
 - b. Trittico

Pour répondre à ces questions, l'analyse-pays de l'OSAR s'est fondée sur des sources accessibles publiquement et disponibles dans les délais impartis (recherche rapide) ainsi que sur des renseignements d'expert-e-s.

2 La traite des êtres humains au Togo

La traite humaine est un problème répandu au Togo, largement entretenue par la pauvreté et encouragée par des pratiques culturelles. Les parents décident souvent eux-mêmes de confier leurs enfants à des trafiquants. Le Togo est un pays d'origine, de transit et de destination de la traite des personnes. Il existe également une traite interne, généralement des villages vers les villes. Dans un rapport publié en 2007, l'UNESCO indique que l'absence de statistiques empêche de distinguer entre les enfants et les femmes victimes de la traite. Les pays de destination comprennent aussi bien des pays voisins, comme le Nigéria, le Bénin, le Burkina Faso ou le Gabon, que des pays européens, comme la France ou l'Allemagne, ou des pays arabes comme le Liban (UNESCO, 2007). Selon des chiffres du gouvernement datant de 2012, cité par *News Deeply*, plus de 2 600 enfants auraient été victimes de la traite cette année-là, envoyés principalement au Nigéria ou au Bénin. A cela s'ajoutaient plus de 1 800 enfants, victimes de la traite, qui seraient restés à l'intérieur du pays. Selon des agences d'aide humanitaire, citées par *News Deeply*, ces chiffres sous-estiment largement le problème qui est intimement lié à la pauvreté et à des pratiques culturelles selon lesquelles il est acceptable que des enfants soient confiés à des trafiquants pour être envoyés ailleurs gagner de l'argent (*News Deeply*, 18 mai 2016). Selon l'UNESCO, la pauvreté dans les zones rurales est un terreau fertile pour la traite humaine. Les victimes se recrutent essentiellement parmi les enfants et les femmes qui sont souvent trompées, forcées ou encouragées par leurs propres familles. Les trafiquants sont

désignés comme des « Oga » et sont souvent bien connus dans les villages. Des femmes, souvent d'anciennes victimes de la traite, participent activement au recrutement des enfants et des femmes. Une recherche de l'*Organisation internationale du travail* (OIT), citée dans le rapport de l'UNESCO, a montré que sur les 96 enfants interrogés, deux-tiers confiaient que leurs mères ou leurs grands-parents avaient pris la décision de les placer avec des trafiquants. Dans 15 pourcents des cas, c'est le père qui avait pris cette décision. Les femmes victimes de la traite ont souvent un âge compris entre 14 et 25 ans, sont issues de familles pauvres et n'ont souvent aucune éducation ou formation professionnelle (UNESCO, 2017). Selon le *Département d'État américain* (USDOS), la frontière occidentale de la *région des plateaux* est une source importante de traite humaine, notamment grâce à un accès facile aux routes menant à la capitale Lomé et à Accra, la capitale du Ghana. La période de septembre à avril est particulièrement propice à la traite humaine avec un grand nombre d'enfants et de femmes à la recherche d'opportunités économiques pendant cette période. Les femmes sont souvent recrutées de manière frauduleuse pour aller travailler en Arabie Saoudite, au Liban, aux États-Unis et en Europe, où elles finissent souvent comme esclaves domestiques ou sont forcées à se prostituer (USDOS, 28 juin 2018).

3 Capacité de protection et d'assistance de l'État

Une loi de 2005 propose une définition restrictive de la traite humaine, limitée aux enfants. Elle criminalise cette pratique et précise des sanctions. La révision du code pénal de 2015 a étendu l'arsenal législatif de lutte contre la traite humaine également aux victimes adultes. Selon l'UNESCO, les premières mesures législatives pour lutter contre la traite des personnes datent de 2005. Cette année-là, le parlement a adopté une loi (2005-009) qui définit la traite comme « le processus par lequel tout enfant est recruté ou enlevé, transporté, transféré, hébergé ou accueilli, à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire national, par une ou plusieurs personnes aux fins de son exploitation ». Outre des dispositions de prévention de la traite, qui comprend notamment la création d'une commission nationale de lutte contre la traite, la loi précise également les sanctions encourues par les auteur-e-s ou complices de trafic. Ces derniers-ères risquent de deux à cinq ans de prison et une amende pouvant aller jusqu'à 5 millions de francs CFA (8 700 CHF au taux de change du 15 octobre 2018). Par ailleurs, les parents complices risquent de six mois à un an de prison. Selon *Visions Solidaires*, la révision du code pénal de 2015 a renforcé le cadre juridique de lutte contre la traite humaine et le trafic de migrants. Jusqu'à cette révision, seule la traite des enfants pouvait faire l'objet de poursuites pénales sur la base de la loi de 2005. Ainsi, l'article 328 du nouveau code pénal stipule que les personnes reconnues coupables de trafic illicite de migrants se verront infliger une peine de prison de un à cinq ans ainsi qu'une amende pouvant atteindre cinq millions de francs CFA (*Visions Solidaires*, mars 2017). Selon le gouvernement togolais, les articles 317 à 334 du nouveau code pénal portent spécifiquement sur l'interdiction de la traite des personnes, en définissant ce qui constitue la traite humaine et en indiquant les peines encourues (*République Togolaise*, août 2017). Ainsi, selon l'article 318, toute personne qui « facilite ou participe » à la traite des personnes risque des sanctions allant de dix à 20 ans de prison et des amendes pouvant atteindre 50 millions de francs CFA (87 000 CHF). L'article 319 précise que s'il y a des

circonstances aggravantes (victime particulièrement vulnérable, plusieurs victimes, utilisation de stupéfiants, etc.) la peine de prison peut aller jusqu'à 30 ans (*République Togolaise*, 24 novembre 2015). Selon des expert-e-s, cité-e-s par USDOS, les juges hésitent souvent à condamner les parents complices pour ne pas davantage aggraver leur situation financière souvent déjà précaire. Ces hésitations pourraient se traduire par une réduction du nombre d'arrestations et d'inculpations (USDOS, 28 juin 2018).

Efforts de protection et d'assistance généralement très limités et destinés qu'aux enfants. Peu ou pas d'assistance pour les adultes victimes de la traite. Selon USDOS, en 2017, le gouvernement n'a que peu augmenté ses efforts de protection. Alors que le nombre de victimes identifiées a baissé en 2017, par rapport à 2016, pour la première fois celui-ci incluait des adultes. Le gouvernement n'a pas donné de chiffres ou d'information sur l'assistance fournie aux victimes. Celle-ci apparaissait limitée au rapatriement et à certains services de santé, de nourriture et d'hébergement pour les enfants victimes de traite transnationale, sans autres indications de budget (USDOS, 28 juin 2018). D'après *Visions Solidaires*, les structures étatiques chargées de la prévention et de la répression de la traite humaine n'ont pas assez de ressources financières et sont souvent méconnues des victimes. Dans le cadre de cette lutte, le *Ministère de l'action sociale* conduit des actions de promotion de l'équité genre au sein de la société togolaise. Pour sa part, *l'Agence de solidarité nationale*, qui en principe fournit une assistance pour la réinsertion des migrants vulnérables, ne dispose pas d'assez de ressources pour faire son travail. Alors qu'il existe un accueil et un accompagnement pour les enfants victimes de traite humaine à leur retour au pays, notamment à travers des centres de transit mis en place par la *Direction générale de la protection de l'enfance* (DGPE) et un suivi pour la réinsertion de l'enfant au sein de sa communauté, rien de similaire n'existe pour les adultes victimes de la traite humaine. Ni les structures étatiques, ni les ONG ne fournissent d'assistance psychologique ou de réinsertion pour ces victimes. Lors de leur retour au pays, celles-ci ne bénéficient ni de transport, ni d'un lieu d'hébergement (*Visions Solidaires*, mars 2017).

Retour au pays souvent difficile pour les victimes de traite humaine, en particulier pour celles qui ont des problèmes de santé. Selon *Visions Solidaires*, une ONG togolaise, en l'absence de mesures d'accompagnement ou d'assistance fournies par le gouvernement ou par les ONG, les adultes victimes de traite humaine sont souvent laissés à eux-mêmes lors de leur retour au pays. Face aux difficultés rencontrées à se réinsérer dans leur communauté ou leur famille, certaines victimes préfèrent encore repartir à l'étranger. Les difficultés de réinsertion sont beaucoup plus importantes pour les personnes qui reviennent sans argent ou avec des problèmes de santé. Celles-ci font souvent l'objet de stigmatisation et sont souvent abandonnées par leur famille. Cela conduit certaines victimes à se suicider (*Visions Solidaires*, mars 2017). Selon *News Deeply*, des milliers de jeunes filles, de retour au pays après avoir été victimes de la traite humaine et avoir séjourné dans des pays voisins comme le Nigéria, se retrouvent à vivre dans la pauvreté dans les rues de la capitale Lomé. La plupart sont forcées d'opter pour de petits boulots mal rémunérés comme vendeuse d'ananas ou bagagiste (*News Deeply*, 18 mai 2016).

4 Le système de santé au Togo

Structures publiques de santé largement sous-financées. Qualité des soins de santé insuffisante et utilisatrices-eurs non-satisfaits. Selon le gouvernement togolais, les dépenses totales de santé en 2012 se montaient à 138 milliards de francs CFA (254 millions CHF au taux de change du 31 décembre 2012), et représentaient 8,6 pourcents du PIB. La part publique de ces dépenses représentait 51 pourcents, dont 36 pourcents étaient payés par les partenaires techniques et financiers et 15 pourcents par l'État. Le système de santé est caractérisé par un sous-financement des structures publiques, des problèmes de financement à long terme de l'*Institut national d'assurance-maladie* (INAM) et des difficultés de recouvrement des cotisations de la *Mutuelle de santé* (MUSA). Le gouvernement estime que pour atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle, le budget de la santé devrait croître de 50 pourcents. En plus des barrières financières à l'accès aux services de santé, le gouvernement admet que des études ont démontré que, de manière générale, la qualité des soins est insuffisante et la plupart des utilisateurs sont insatisfaits des services de santé, que ce soit dans le public ou le privé (*République Togolaise*, mai 2015).

Moins de huit pourcents de la population sont couverts par un système de protection sociale. Les paiements directs des ménages atteignent 51 pourcents. Faible capacité de l'État à aider les plus démunis-e-s à accéder à des soins de santé. Selon des chiffres du gouvernement togolais, moins de huit pourcents de la population sont couverts par un système de protection sociale. Le niveau de paiement direct des services de santé est de 51 pourcents. La majorité de la population ne bénéficie d'aucune protection contre le risque financier en cas de problèmes de santé et les plus pauvres risquent d'être exclus des soins de santé. Les mécanismes de financement et de couverture du risque maladie sont fragmentés et mal articulés ce qui limite leur capacité à répondre aux besoins de la population et aider les plus démunis-e-s (*République Togolaise*, mai 2015). Selon l'*Organisation mondiale pour la santé* (OMS), en 2017, le gouvernement a initié l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé qui vise à assurer une couverture sanitaire universelle pour la population. Cette stratégie se développera autour de quatre axes, notamment la mobilisation des ressources financières, l'amélioration de l'équité et de l'efficacité dans l'allocation et l'utilisation des ressources, une réduction des inégalités dans l'offre de soins et des services, et finalement, le renforcement et l'extension de la couverture du risque maladie en mettant en place un système d'assurance-maladie universelle (OMS, 24 décembre 2017). Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 4 octobre 2018 par une *personne qui travaille dans le domaine de la santé mentale au Togo*, les salarié-e-s et fonctionnaires de l'État bénéficient d'une assurance-maladie, mais toute autre personne doit s'acquitter des frais de traitement et d'achat des médicaments. Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 4 octobre 2018 par un *psychiatre togolais*, les fonctionnaires disposent effectivement d'une assurance-maladie, mais celle-ci ne couvre pas les problèmes psychiatriques.

5 Accès à des soins psychiatriques

Sévère manque de moyens financiers et de ressources humaines pour traiter les troubles mentaux. Il y n'y aurait que trois ou quatre psychiatres au Togo pour une

population de 6 millions d'habitants. Selon *Djibo Douma Maiga*, co-auteur d'une étude comparative entre les systèmes de santé mentale de différents pays de l'Afrique de l'Ouest, au Togo, comme dans la plupart des pays voisins, les dépenses de santé mentale représentent moins de un pourcent du budget total de la santé, un chiffre confirmé par un article du *New York Times* (NYT, 11 octobre 2015). Toujours selon cette étude, ces pays n'ont pour la plupart pas de véritable stratégie ou politique de santé mentale. La composante de santé mentale de la stratégie annuelle de santé est rarement mise en œuvre (*Djibo Douma Maiga et al.*, août 2014). Selon le professeur *Agarassi Napo-Koura*, cité par l'OMS, il y a inadéquation entre l'importance de la charge de la morbidité (estimation de la mortalité et des pertes en termes de santé) de la dépression au Togo et la faible disponibilité de structures et de personnel qualifié pour la prise en charge. Les traitements existent au Togo mais la prise en charge, quand elle est disponible, est souvent trop tardive (OMS, 7 avril 2017). Selon le NYT, il n'y aurait que quatre psychiatres au Togo (NYT, 11 octobre 2015). Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 15 octobre 2018 par le docteur *Julian Easton*, un psychiatre qui a travaillé pendant cinq ans au Togo et qui travaille maintenant comme conseiller principal en santé mentale pour une ONG internationale, *CBM International*, les lieux où un traitement psychiatrique est disponible sont: un hôpital psychiatrique à Zebe, dans le sud-est du pays, un hôpital universitaire et deux petites cliniques catholiques à Lomé, ainsi qu'une clinique catholique à Dapaong, dans l'extrême nord du pays. Selon *KMA Soedje*, psychiatre à Lomé, et ses co-auteur-e-s, en 2015 le Togo ne comptait que trois services de psychiatrie, dont deux se trouvaient dans les hôpitaux généraux (CHU) de Lomé. En tout, il n'y avait que trois psychiatres pour 6 millions d'habitants (*KMA Soedje et al.*, 2015). Selon *Djibo Douma Maiga et al.*, il existe trois centres de santé mentale au Togo. En plus des services étatiques, il existe également un nombre d'organisations à but non-lucratif ou confessionnelles qui offrent des services de soins de santé mentale (*Djibo Douma Maiga et al.*, août 2014).

Services psychiatriques et de réinsertion socio-professionnelle offerts par des organisations confessionnelles à Lomé et à Kpalimé. Selon le site d'information *La Croix Africa*, en janvier 2017, un nouveau centre de santé mentale a été ouvert à Kpalimé (à la frontière avec le Ghana) par l'Association *Saint-Camille-de-Lellis*. Ce nouveau centre a une capacité d'accueil de 250 patients (*La Croix Africa*, 16 janvier 2017). Un mois plus tard, un centre de diagnostic a été inauguré au *Centre de santé mentale* (CMS) à Lomé par *les frères de Saint Jean de Dieu*. Ce centre a accueilli plus de 5 000 patients en 2015 et traite essentiellement des maladies psychiatriques. Les nouveaux équipements vont permettre d'offrir de nouveaux services à la population, notamment des analyses de biologie médicales, des échographies, des électroencéphalographies et des électrocardiographies. Le centre offre également des services d'ergothérapie et de réinsertion professionnelle (*La Croix Africa*, 23 février 2017). Il existe également un centre d'accueil pour victimes de violences sexuelles à Adetikopé, à 20 km de Lomé. Le *Centre d'aide sociale St André* (CASA) offre une prise en charge psychologique et socio-professionnelle avec une capacité de 32 places. Depuis son ouverture en 2000, le centre a pris en charge 1 378 filles (*La Croix Africa*, 1 décembre 2016).

Mauvaise compréhension des troubles mentaux au Togo où ils sont considérés comme le résultat de sorts jetés sur les patient-e-s. Les familles ont souvent recours à des soigneuses-rs traditionnels ou des leaders religieux qui se contentent d'enchaîner les patient-e-s. Selon le docteur *Julian Easton* (15 octobre 2018), l'accès limité à des soins psychiatriques et le fait que les traitements et les médicaments sont à la

charge des familles font que celles-ci ont tendance à recourir à des traitements traditionnels, souvent inefficaces et physiquement abusifs. D'après *Djibo Douma Maiga et al.*, il est courant de recourir à des méthodes traditionnelles pour soigner les maladies mentales en Afrique de l'Ouest. Ces méthodes peuvent varier en fonction de la religion ou du groupe ethnique, mais elles impliquent souvent des remèdes à base d'herbes et des rituels d'exorcisme. Des violations des droits humains sont courantes dans ces contextes traditionnels ou religieux et les patient-e-s finissent souvent dans des situations de confinement à long-terme (*Djibo Douma Maiga et al.*, août 2014). D'après *Al-Jazeera*, le Togo est « l'un des pires pays au monde pour ceux qui souffrent de troubles mentaux ». La mauvaise compréhension de ces troubles et le peu de moyens dont dispose le pays pour les traiter font qu'il est courant pour les familles d'amener le parent ou l'enfant malade dans ce qui est appelé des « camps de prières » où des leaders religieux proposent de traiter et même de guérir les patient-e-s en encourageant les « mauvais esprits » à quitter leur corps. Une méthode courante consiste à enchaîner le patient à un arbre, à le frapper avec une canne et à prier. Les patientes et patients restent souvent enchaînés pendant des semaines, voire des mois ou des années jusqu'à ce qu'ils montrent des signes de guérison et soient autorisés à réintégrer leurs communautés (*Al-Jazeera*, avril 2016). Selon le *New York Times* (NYT), envoyer des patient-e-s souffrant de troubles mentaux dans des « camps de prières » où ils finissent enchaînés est une méthode fréquemment utilisée au Togo. Parmi les neuf camps visités par l'envoyé du NYT, le plus important était le camp « Jésus est la solution » où les soigneuses-rs pensent que les troubles mentaux des patients sont le résultat de sorts jetés sur ceux-ci. Les familles doivent en général payer pour la nourriture, le nettoyage et la chaîne. Selon le docteur *Simliwa Kolou Valentin Dassa*, directeur des services de santé mental du Togo, cité par le NYT, les médecins essaient de décourager les familles d'envoyer les patient-e-s dans ces camps, mais en l'absence d'alternatives, il est difficile de mettre fin à cette pratique (NYT, 11 octobre 2015).

Les soins psychiatriques font peser une charge financière importante sur les familles des patients. Il n'existe pas de soutien financier de l'État. Selon *Djibo Douma Maiga*, quand les méthodes traditionnelles ne marchent pas, les familles ont parfois recours à des spécialistes dans les hôpitaux, mais l'impact financier sur les familles est souvent catastrophique (*Djibo Douma Maiga et al.*, août 2014). Selon le NYT, les familles qui finissent par recourir à des traitements psychiatriques et des médicaments psychotropes ont souvent du mal à financer ces traitements sur le long terme (NYT, 11 octobre 2015). D'après le docteur *Julian Easton* (15 octobre 2018), il n'existe pas de filet de sécurité sociale ou financier pour les patient-e-s atteint-e-s de troubles mentaux. Celles et ceux qui ne peuvent pas payer les traitements ou les médicaments, ou qui n'ont pas le soutien financier de leur famille, n'y ont donc tout simplement pas accès.

Disponibilité incertaine des médicaments en raison d'un approvisionnement qui n'est souvent pas garanti. Prix élevé des médicaments. Selon *Djibo Douma Maiga et al.*, la disponibilité des médicaments psychotropes est souvent incertaine au Togo, en particulier aux niveaux des soins primaires et secondaires. Ces médicaments tendent à être plus disponibles au niveau de soins tertiaires et dans les grandes pharmacies privées, mais souvent à des prix très élevés, ce qui rend les traitements à long-terme souvent impossibles pour une grande partie de la population. Par ailleurs, la qualité de ces médicaments est souvent mauvaise (*Djibo Douma Maiga et al.*, août 2014). Selon le docteur *Julian Easton* (15 octobre 2015), l'approvisionnement en médicaments n'est de manière générale souvent pas garantie au Togo. Cela représente un risque sérieux pour les personnes atteintes de

troubles mentaux graves et chroniques qui ont besoin d'un traitement continu et à long-terme.

6 Disponibilité et coûts des traitements psychiatriques et médicaments spécifiques

Accès à des soins psychiatriques très difficile. Peu de psychiatres et coût élevé des consultations, traitements disponibles pour la plupart axés sur la prise de médicaments psychotropes. Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 4 octobre 2018 par un *psychiatre togolais*, il est très difficile d'avoir accès à des soins et à un suivi psychiatrique au Togo, notamment en raison du faible nombre de psychiatres. Il n'y aurait, selon lui, que trois psychiatres dans tout le pays. Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 4 octobre 2018 par une *personne qui travaille dans le domaine de la santé mentale au Togo*, l'accès à des soins psychiatriques reste néanmoins possible au Togo. Selon le docteur *Julian Easton* (15 octobre 2018), la majorité de la population au Togo n'a pas accès à des soins psychiatriques professionnels en raison notamment du faible nombre de structures, qui sont par ailleurs principalement concentrées à Lomé. Les traitements disponibles tendent à être fortement axés sur les traitements pharmacologiques et le petit nombre de psychologues dans le pays sont principalement basés dans les hôpitaux. Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 9 octobre 2018 par un *psychiatre exerçant au Togo*, le coût d'une consultation psychiatrique à Lomé peut varier de 2 000 à 10 000 francs CFA (de 3,50 CHF à 17,50 CHF).

Disponibilité des médicaments. Selon le docteur *Julian Easton* (15 octobre 2018), il est peu probable que le *Citalopram* et le *Trittico* soient facilement disponibles dans le pays, à part peut-être dans les hôpitaux. D'après un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 4 octobre 2018 par un *docteur en psychologie clinique qui exerce à Lomé*, le *Citalopram* est disponible, mais la disponibilité du *Trittico* est incertaine. Selon un renseignement envoyé par courriel à l'OSAR le 4 octobre 2018 par une *personne qui travaille dans le domaine de la santé mentale au Togo*, le *Citalopram* est disponible à un coût variant entre 12 000 et 15 000 francs CFA (entre 21 CHF et 26 CHF) par tablette de 30 comprimés (20mg). Le *Trittico* n'est pas disponible.

7 Sources

Al-Jazeera, avril 2016 :

« For sufferers of mental illness, Togo is one of the worst places in the world to live.

The country is so severely under-resourced and so little is understood about this form of disease that many desperate families see no option but to take sick relatives to so-called prayer camps.

The local religious leaders who run these camps claim they can cure the mentally ill by encouraging "evil spirits" to leave their bodies. Usually this is attempted by chaining the sick person to a tree and prescribing them a series of beatings with canes, occasionally punctuated by prayer rituals. Those subjected to this treatment often stay chained outside in all weather for weeks, months, even years, waiting for a sign that they are healed - so that they can finally be released from their shackles and allowed to reintegrate into the community.

*Pastor Paul Noumonvi runs one such prayer camp in Togo, known as "Jesus is the Solution", where he conducts "divine healing" in return for donations from the families of those exhibiting mental illness. When we visited the camp earlier this year, more than 150 people were chained up behind his church. They were tied to trees, to concrete blocks on the ground or kept in small cells. **No trained medical professionals were present at the prayer camp, and Noumonvi's methods of patient evaluation are questionable at best.***

Gregoire Ahongbonon, a mental health advocate working in West Africa, often visits camps like Jesus is the Solution as he seeks to bring an end to the tradition of prayer centres by providing a viable alternative for those families who have no way to care for relatives suffering from mental illness. His organisation, Saint-Camille-de-Lellis, runs eight assistance centres in Ivory Coast, Benin and Burkina Faso.

At Saint Camille's centres in Benin hundreds of patients are fed, given shelter and a proper medical diagnosis. They receive regular medical tests for a small fee, doses of medication at reduced prices and even learn practical skills such as sewing and baking. It is hoped this will make it easier for them to earn money, support themselves and have a more stable life in the future. » Source: Al-Jazeera, Out of the Shadows: Overcoming Mental Illness, 13 avril 2016: www.aljazeera.com/programmes/peopleandpower/2015/10/shadows-151029073123574.html.

Djibo Douma Maiga et al., août 2014 :

« Finding a way to respond to the huge burden of mental illness is a major public health challenge, particularly in low-income countries, where 76–85% of people with severe mental disorders receive no treatment (World Mental Health Survey Consortium, 2004). In this paper, we assess aspects of mental healthcare in five Francophone countries of West Africa (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger and Togo) and how they are reforming services to make them more accessible. [...]

In each country, government spending on mental health is low: less than 1% of health budgets (WHO, 2011b). Non-governmental organisations provide financial and technical support, either through government systems or in private and religious/humanitarian services. Civil society organisations also act as forums for advocacy around disability, human rights and related issues. The five countries were all French colonies until independence in the early 1960s, and this legacy has resulted in similar administration of health systems. [...]

*There are limited published data on prevalence in the region. All the countries provided statistics based on presentation to services in major centres, but there were no good epidemiological data from community-level surveys. **The main presentations in hospital statistics***

were psychotic disorders, depression, anxiety disorders, bipolar disorder and epilepsy, with no significant differences between countries. In all these countries, there were raised risk factors for mental illness such as poverty, malnutrition and inequity of access to health services; in addition, war has been a recent experience in West Africa. [...]

Traditional treatments are of course peculiar to different areas and ethnic groups, but often take the form of herbal remedies or ceremonies against possession. Christian and Muslim leaders offer prayer or perform ceremonies to respond to the perceived spiritual cause of emotional distress or socially unacceptable behaviour. Some are identified as experts in this area. Unfortunately, in all the countries, human rights abuse has been reported in traditional or religious settings, and such establishments have often become places of long-term containment. When faced with long-lasting or relapsing conditions, families often try several types of care, sometimes including travelling to a specialist hospital. All these options are expensive, sometimes catastrophically so for families. [...]

The study highlights a lack of mental health policies in these countries. Bénin developed, validated and adopted a mental health policy in 2009, but it is not well endorsed. In the other four countries, the annual health strategic plan routinely has a mental health component (Table 2) but this is rarely implemented. Laws relating to mental illness are enshrined in the colonial order of 1938 establishing a psychiatric service in French West Africa (Collignon, 1978), and some legislation defines how mental illness should be treated in the criminal code. Despite the fact that all five countries have signed the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, and all but Côte d'Ivoire have gone on to ratify it, current legislative practice fails to protect these rights. [...]

Besides government services, non-profit, faithbased organisations provide care in each country. There are two mental health centres in Bénin, four in Côte d'Ivoire and three in Togo. In addition, the psychiatrists in each country run private clinics in the capital cities. The provision of psychotropic drugs in these five countries is characterised by unreliability of supply and poor quality (McBain et al, 2012) at both primary and secondary levels of the health pyramid. Psychotropic drug supplies are much more reliable at the tertiary level and in the largest private pharmacies, but these medications are expensive, making long-term use of them impossible for most of the population. [...]

While in Togo there is a relatively large number of psychology graduates, they are not appropriately trained or employed for clinical work. Each country has a Ministry of Social Welfare, but there is little communication between sectors, with no dedicated social workers for people with mental health problems. » Source: Djibo Douma Maiga et al., A survey of the mental healthcare systems in five Francophone countries in West Africa: Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger and Togo, août 2014, p.69-72: www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/43667658AF0316CBD9598C4C28CB1BB7/S1749367600004549a.pdf/survey_of_the_mental_healthcare_systems_in_five_francoophone_countries_in_west_africa_benin_burkina_faso_cote_divoire_niger_and_togo.pdf.

La Croix Africa, 23 février 2017 :

« **Les frères de Saint Jean de Dieu ont inauguré un centre de diagnostic à Lomé. Un centre de diagnostic a été inauguré dans la capitale togolaise, samedi 11 février, au Centre de santé mentale Saint-Jean-de-Dieu d'Agoè-Nyivé. La cérémonie de bénédiction et d'inauguration a été présidée par Mgr Denis Amuzu-Dzakpah, archevêque de Lomé, en présence du directeur, le frère Emmanuel Agbedzinou.**

5000 patients en 2015

*Créé par l'Ordre hospitalier des frères de Saint Jean de Dieu, le Centre de santé mentale (CMS) est situé derrière le petit Séminaire Saint-Pie-X d'Agoè-Nyivé à Lomé. Depuis 12 ans, on y soigne notamment les maladies psychiatriques. **Le nouveau centre de diagnostic offre à la population des services de qualité en analyses de biologie médicale, échographie, électroencéphalographie et électrocardiographie. Ces services renforcent ce centre qui a accueilli plus de 5 000 patients en 2015.***

« **L'inauguration de ce centre de diagnostic nous permettra de bien distinguer les types de maladies dont souffrent réellement nos patients et de détecter d'éventuelles maladies physiologiques à l'origine des maladies mentales** », s'est réjoui Frère Agbedzinou, membre de l'Ordre hospitalier des frères de Saint Jean de Dieu depuis 25 ans.[...] »
Source: La Croix Africa, A Lomé, le centre Saint-Jean de Dieu soigne les maladies mentales, 23 février 2017, <https://africa.la-croix.com/a-lome-centre-saint-jean-de-dieu-soigne-maladies-mentales/>.

La Croix Africa, 16 janvier 2017 :

« **L'Association Saint-Camille-de-Lellis vient d'ouvrir un centre de santé mentale baptisé « Notre Dame du Bon Secours » à Kpalimé, à 120 km au nord-ouest de la capitale togolaise. Ce centre a été inauguré le 19 novembre dernier par Mgr Benoit Alowonou, l'évêque du lieu, en présence du préfet, Bertin Kokou Assan, et du fondateur de cette association, Grégoire Ahongbonon.**

Le lundi 2 janvier, aux environs de 7 h 30, une patiente calme à l'allure lente fait des « allers-retours » dans la cour du centre « Notre Dame du Bon Secours ». Happy, la quarantaine, qui errait depuis des années dans les rues, est l'une des 60 malades psychiatriques actuellement internés dans ce centre qui a déjà accueilli plus de 100 patients donc 50 externes. « Les externes, explique le directeur des lieux, Comlan Ethni, sont ceux parmi les patients qui, après consultation, ne sont pas gardés au centre mais rejoignent leur maison avec des produits offerts pour leurs soins. »

Troubles psychiatriques

Au son de cloche, les patients se rassemblent au réfectoire où ils prennent l'un après l'autre un comprimé auprès de Daniel Kondi, aide-soignant. Il en est ainsi chaque matin et chaque soir pour la dose quotidienne, indique le directeur qui précise que « ce centre admet des malades psychiatriques, y compris les personnes qui souffrent d'épilepsie ».

Selon lui, le personnel a déjà pu récupérer dans les rues et conduire au centre plusieurs malades psychiatriques que l'on appelle communément des « fous », malgré le

manque de véhicule : « Quand ces malades qui errent dans les rues arrivent au centre, on leur coupe les cheveux, leur fait la toilette ; on les nourrit puis leur administre les soins. »

C'est le cas de Happy qui était enseignante. Mais à la suite de troubles psychiatriques, elle s'est retrouvée dans les rues, errant jour et de nuit. « Elle est récupérée et amenée au centre il y a quelques semaines, mais nous constatons déjà de légères améliorations dans son comportement », renseigne Comlan Ethni.

Ambiance familiale

En plus des besoins matériels et financiers à pourvoir pour les soins et la prise en charge des malades, le directeur lance un appel pour que ce centre d'accueil et de soins soit doté d'une aire de jeux pour le sport et la gymnastique, ainsi que d'équipements sportifs et de loisirs.

Pour l'évêque de Kpalimé, Mgr Benoît Alowonou, ce centre de santé mentale est « un cadeau du Seigneur pour notre diocèse et pour notre région... À partir de ce centre, Kpalimé sera le lieu où sont accueillis et soignés ceux qui ont perdu toute attache avec la réalité, ceux qui n'ont d'autre rapport à la vie que celui que d'autres leur donnent. »

Situé juste derrière l'église Saint-Jean-Paul-II de Danyinu, dans le diocèse de Kpalimé, **le centre de santé mentale Notre Dame du Bon Secours peut accueillir jusqu'à 250 patients et dispose d'un bloc administratif, un dispensaire, des dortoirs-femmes et dortoirs-hommes, un réfectoire, une résidence pour le personnel, une chapelle...** La pédagogie des centres de cette association est de créer une ambiance familiale et, souvent, les anciens malades sont formés pour s'occuper des patients, voire pour diriger les centres.

C'est le cas de Comlan Ethni formé par l'association en soins médicaux et en gestion de pharmacie avant d'être nommé directeur du centre de Kpalimé : « C'était une surprise et une joie pour moi. Face à cette responsabilité, le personnel et moi collaborons étroitement dans la gestion de centre. » » Source: La Croix Africa, Un centre pour soigner les maladies mentales ouvert au sud du Togo, 16 janvier 2017: <https://africa.la-croix.com/centre-soigner-maladies-mentales-ouvert-sud-togo/>.

La Croix Africa, 1 décembre 2016 :

« À l'initiative d'une religieuse togolaise, Pascaline Dogbé, sœur de la Providence de Saint André, ce centre qui accueille et réinsère des prostituées mineures, a été visité par Manuel Valls, lors de son déplacement au Togo.

Des filles victimes de violences sexuelles expérimentent la miséricorde à Adetikopé, à 20 km de la capitale togolaise. Là, le Centre d'aide sociale St André (CASA) accueille et œuvre pour la réinsertion des prostituées mineures. Ce centre accueille environ 40 à 80 jeunes filles internes ou externes à qui est offerte une prise en charge psychologique et socioprofessionnelle.

Un visage meurtri, deux autres beaucoup plus sereins accueillent le visiteur au centre d'aide sociale. Sans doute l'expression de blessures, signe des séquelles de violences indicibles subies à divers degrés par ces jeunes filles : viols, prostitutions, etc. **Elles reçoivent au CA-**

SA un accompagnement psychologique, une formation de culture générale et une formation professionnelle en restauration, couture, coiffure, informatique...

Une propriété des Sœurs de la providence de St André de Peltre

D'abord installé à Lomé dans une maison louée, le CASA a été délocalisé à Adetikopé où une parcelle a été acquise, puis des bâtiments construits. L'administration, logements, les ateliers pour différents métiers, mais un espace accueillant des cultures maraîchères, à l'extérieur comme à l'intérieur de la clôture érigée sur une propriété des Sœurs de la Providence de St André de Peltre, dont la maison mère est en France.

*Le CASA est une initiative de Pascaline Dogbé, religieuse togolaise de la Providence de Saint André, très dévouée pour la cause des filles en situation de vulnérabilité. La religieuse est actuellement en France pour prendre part à des activités de mobilisation de fonds, comme l'organisation d'un repas (choucroute royale alsacienne) à Peltre (en Moselle), le 27 novembre, en compagnie de la directrice du CASA ; les recettes sont destinées au financement du centre d'aide d'Adetikopé. **Depuis sa création il y a 16 ans, le CASA a accueilli et pris en charge 1 378 jeunes filles dont près de 80 % ont bénéficié d'une réinsertion sociale. Ce centre dispose d'une capacité d'accueil de 32 places pour les internes.** [...] Source: La Croix Africa, Au Togo, un centre catholique vient en aide aux filles victimes de violences sexuelles, 1 décembre 2016: <https://africa.la-croix.com/togo-centre-catholique-vient-aide-filles-victimes-violences-sexuelles/>.*

News Deeply, 18 mai 2016:

« In Togo, thousands of young girls trafficked from villages are living in poverty on the streets of Lome. Many of them have escaped a life of domestic servitude, sex work or other forms of manual labor, after being taken from their homes to neighboring countries such as Nigeria, facilitated by traffickers known as ogas – often older female relatives or family friends.

Those who escape often have no choice but to return to Togo, where they are forced to take work as pineapple sellers or porters in the capital city.

Fourteen-year-old Dede is among them. When she was 10 years old, a friend's mother persuaded her to travel to the oil state of Odjo in Nigeria. There she was brought to a prostitute, who asked her to become a sex worker. When Dede refused, the prostitute forced her to sell petrol illegally.

“We used to go to the bush in order to steal petrol from the pipelines,” she said. “The place was very dangerous, they can just shoot you dead with a gun – I saw that with my own eyes. I didn't like this work, but my employer forced me to do it.”

Dede managed to escape from Nigeria and return to Togo. She now works as a pineapple seller and portefaix, or porter, in Lome's markets. She lives in amaison des portefaix, a shelter for hundreds of porter women, where the risk of disease, abuse, violence and sexual assault runs high.

"I pay for the place to sleep," Dédé said. "I pay to pee and for the bath. I only have CFA500 (\$0.90) left that I can save, sometimes nothing."

Hanou, another porter, was trafficked to Nigeria when she was nine.

"My parents sent me to Nigeria," she said. "I was a servant; I cooked rice, bread, yam and beans to sell near the road. [Now] I live in a porter house. I don't like the place, but I have nowhere else to live."

There are scant official statistics on trafficking in Togo. The last official government figures are from 2012, citing 2,609 children trafficked from Togo to Nigeria and Benin.

Of these, 49 percent were girls. Some 1,869 children were trafficked inside Togo that same year, of which 67 percent were girls.

But aid agencies say there may be thousands more children trafficked every year. The practice is often an accepted part of life in village communities, driven by poverty.

In 2005, the Togolese government introduced a law criminalizing trafficking, with considerable fines for anyone found taking children. But according to Tcha Berei, an education specialist at development organization Plan International Togo, legal measures alone cannot solve the problem. Plan International works to educate families about the dangers of trafficking in some of the most affected villages.[...] » Source: News Deeply, Togo: the Girls Escaping Traffickers, 18 mai 2016: www.newsdeeply.com/womenandgirls/articles/2016/05/18/togo-the-girls-escaping-traffickers.

NYT, 11 octobre 2015:

« [...] Every society struggles to care for people with mental illness. In parts of West Africa, where psychiatry is virtually unknown, the chain is often a last resort for desperate families who cannot control a loved one in the grip of psychosis. Religious retreats, known as prayer camps, set up makeshift psychiatric wards, usually with prayer as the only intervention. Nine camps visited recently in Togo ranged from small family operations to this one, Jesus Is the Solution, by far the largest and most elaborate.

"We try to talk people out of going to the camps," said Dr. Simliwa Kolou Valentin Dassa, Togo's director of mental health services, "but we cannot tell them to stop if there's no alternative."

Historically, mental illness has lingered near the bottom of both African and global health priorities, well behind deadly threats like malaria, measles and H.I.V. But last month, the United Nations adopted global development goals that, for the first time, include a commitment to "promote mental health and well-being" and to reduce premature deaths from noncommunicable diseases, including mental disorders, by one-third by 2030. The World Health Organization has also intensified its focus on mental health, calling for an end to the chaining of people with mental illnesses.

The United Nations pledge, though little more than a promise of change, is the culmination of years of efforts by doctors, field workers and advocates across the developing world. Accord-

ing to the World Health Organization, most countries in Africa, if they have a dedicated budget for mental health care at all, devote an average of less than 1 percent of their health spending to the problem, compared with 6 to 12 percent in the wealthy countries of the West. At last count, Liberia had just one practicing psychiatrist. Niger had three, Togo four and Benin seven. Sierra Leone had none.

For now in Africa, it is the families of people with mental illnesses who bear the overwhelming costs of care — and the greatest burden falls on mothers, sisters and daughters. [...]

The Prayer Camps

Good estimates of the number of West Africans with mental illnesses living in chains are not available, in part because people are shackled out of sight — by family members, traditional healers and at prayer camps.

The camps in Togo vary widely in character. They include Jesus Is the Solution, a large operation, as well as bare-bones family outfits like Sitsopé, which means “place of refuge,” and Rama, both on the outskirts of the capital, Lomé. The camps often reflect the personality of the head pastor, whether grandiose or humble, and tend to have a sleepy, sun-drained rhythm, with the day’s quiet occasionally punctuated by an outburst from someone in chains or the scurry of chickens. [...]

In the Rama camp one afternoon, three boys chased a soccer ball in a shaded, dusty yard between small cabins; past the cabins was a fenced field with a row of cinder-block bunkers. Kodjo Didier Akarabi, 47, who had been left at the camp a year earlier by two brothers, was folded into the corner of one of them. “I stay here now because I see things,” he said, his eyes watchful and his wiry frame naked beneath a small sheet. The camp secretary said that workers kept him chained because he had wandered off, and that they were tending to him until his family could be found.

In the rear of the Sitsopé camp, three young men were chained in a row of concrete, three-sided bunkers with walls broken and cracked over the years “by the people kept here lashing out,” a pastor said. And at midmorning, the New Jerusalem camp near Atakpamé, Togo, was all but deserted, the church’s members out working the surrounding fields.

“When the person is alert and thinking clearly, that’s when we know to take the chain off,” said Kwami Somenou, an assistant pastor at the New Jerusalem camp. Sometimes people do not improve, Mr. Somenou said, and in those cases, “we pray for some resolution, and usually the family takes the person back.”

People who had been shackled at camps recalled in interviews the terror of being led into chains, but said much of the experience was a blur, dominated by psychosis and confusion. “Like, I woke up, I remember, and said: ‘What’s going on here? Why am I chained? Get me out of here,’ ” said Yawa Ague, 31, a mother of seven who spent weeks at New Jerusalem several years ago.

At Jesus Is the Solution, Paul Noumonvi, a charismatic pastor, has built a retreat that includes an open-air church the size of an airplane hangar, a cafeteria, cabins, an outdoor

“ward” for residents with mental illnesses, and, down the road, a walled-off compound that encloses his spacious house.

At a recent revival, thousands of worshipers thronged the camp, and pastors from around the Plateaux Region in southern Togo joined Mr. Noumonvi for a five-hour service amplified by microphones and enlivened by a band. People raised their arms in praise, and some threw themselves to the ground, overcome with feeling.

A police detail circulated, keeping an eye on the gate, the proceedings and the pastor's house.

After the service, Mr. Noumonvi received visitors on his shaded back porch. In an interview, he said that the camp had been in operation for 12 years and that praying for people with mental problems was a service he offered. **Each family is required to provide food, clean-up and a chain, but he does not ask for payment, he said, adding that the camp currently held 175 people.**

“Many of these people already have tried other things, like traditional healers, herbs and drugs, but the problem didn't go away,” he said. **“As for healing, we believe a spell has been cast on them. It can be witchcraft — this is the cause of the illness.** When a person is reasonable again, acting normally, rationally, we say, ‘O.K., this person is healed.’ ”

Anthropological studies in the region have found that people will often remove a relative from a prayer camp if they are not satisfied and try something else, whether a hospital, a healer, another camp or medication.

“West African families are as practical as anyone else, whatever their beliefs about mental illness,” said Dr. Julian Eaton, the global mental health adviser for CBM, an international Christian organization working on development and disability issues. [...] » Source: New York Times (NYT), The Chains of Mental Illness in West Africa, 11 octobre 2015: www.nytimes.com/2015/10/12/health/the-chains-of-mental-illness-in-west-africa.html.

OMS, 24 décembre 2017:

« Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) a initié l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé pour aller vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Cette stratégie se veut un outil qui décrit comment les ressources financières seront mobilisées et utilisées pour atteindre une CSU. **Elle repose sur quatre axes stratégiques que sont : (i) mobilisation des ressources suffisantes et pérennes pour le développement de la couverture sanitaire universelle ; (ii) Amélioration de l'équité et l'efficacité dans l'allocation et l'utilisation des ressources ; (iii) Réduction des inégalités de l'offre de soins et services de santé ; (iv) Renforcement et extension de la couverture du risque maladie par la mise en place d'un système cohérent et durable d'Assurance Maladie Universelle.**

Dans le cadre de la poursuite de son processus d'élaboration, un atelier de consolidation été organisé à Kpalimé du 4 au 8 décembre 2017 par le MSPS avec l'appui technique et finan-

cier de l'OMS. Cet atelier a connu la participation d'une vingtaine de personnes issues du niveau central du ministère de la santé et de la protection sociale, du ministère du plan et du développement, du ministère des affaires sociales, de la présidence, de l'INAM, des mutuelles de santé (CNCMUT), du Secteur privé et des partenaires techniques et financiers dont : l'OMS (bureau pays et équipe interpays pour l'Afrique de l'Ouest) et l'UNFPA.

A l'issue des travaux, des propositions d'amendement du document ont été faites et seront intégrées en vue de disposer d'une stratégie nationale de financement de la santé consolidé et finalisé. » Source: OMS, Stratégie nationale de financement de la santé pour la Couverture Sanitaire Universelle au Togo, 24 décembre 2017: <https://afro.who.int/fr/news/strategie-nationale-de-financement-de-la-sante-pour-la-couverture-sanitaire-universelle-au?country=878&name=Togo>.

OMS, 7 avril 2017:

« Les activités marquant la commémoration de la Journée Mondiale de la Santé (JMS), ont été officiellement lancées ce 07 avril 2017 au Centre Hospitalier Universitaire Campus de Lomé. Le thème de cette édition, « Dépression : parlons-en », vise à attirer l'attention sur la charge mondiale due à ce trouble mental courant.

La cérémonie officielle du lancement de cette journée, qui consacre la date de création de l'OMS, a été présidée par le Professeur Agarassi Napo-Koura, Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Togo, en présence de plusieurs personnalités parmi lesquelles, le Docteur Lucile Imboua, Représentant de l'OMS au Togo, les représentants de la Croix Rouge, de Handicap International et de l'Université de Lomé, les cadres du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale et des autres départements ministériels, les représentants des Organisations de la Société Civile, le personnel des structures privées et confessionnelles de prise en charge de la santé mentale et de nombreux journalistes.

Ce lancement a été marqué par quatre allocutions majeures qui ont toutes souligné **la nécessité de la prise en charge précoce de la dépression d'autant plus qu'il existe des traitements efficaces et disponibles au Togo.**

Dans son discours de lancement, le Professeur Agarassi Napo-Koura a souligné les efforts du Togo pour un accès aux soins liés à la santé mentale et remercié tous les partenaires qui s'investissent dans cette lutte aux côtés du Ministère de la santé et de la protection sociale. **Le Professeur Napo-Koura a également relevé l'inadéquation entre l'importance de la charge de la morbidité de la dépression et la faible disponibilité de structures adaptées et de personnel qualifié pour la prise en charge.** Ainsi a-t-il convié tous les partenaires à soutenir davantage le pays dans ses efforts pour parvenir à soulager les souffrances de ces malades souvent victimes de stigmatisation.

Dr Lucile Imboua, Représentant de l'OMS, a livré le message du Dr Matshidiso Moeti, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, dans lequel elle a lancé un appel à tous les pays pour qu'ils soutiennent les programmes d'action pour la santé mentale en allouant des ressources humaines et financières suffisantes pour répondre à la charge de morbidité croissante due à cette affection. « Il est important de prévenir et traiter de toute urgence les personnes touchées par ce trouble mental grave et complexe. Le simple fait de parler de la dépression peut aider à la prévenir en mettant fin à la stigmatisation » a-t-elle ajouté. » Source : Organi-

sation mondiale de la santé, édition 2017, 7 avril 2017 :
<https://afro.who.int/fr/news/celebration-au-togo-de-la-journee-mondiale-de-la-sante-edition-2017>.

République Togolaise, août 2017 :

« La loi n°2016-027 portant modification de la loi n°2015-010 du 24 novembre 2015 portant nouveau code pénal définit et réprime la traite des personnes dans ses articles 317 à 334. [...] »

La protection de l'intégrité physique et de la dignité de la femme reste l'un des aspects les plus préoccupants dans la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles. L'article 12 de la constitution précise que « tout être humain a droit au développement, à l'épanouissement physique, intellectuel, moral et culturel de sa personne » et donc « l'Etat a l'obligation de garantir l'intégrité physique et mentale, la vie et la sécurité de toute personne vivant sur le territoire national » (article 13 de la constitution). Le chapitre IV du nouveau code pénal réprime les "atteintes à l'intégrité physique de la personne" sans distinction de sexe. En effet, « Toute personne qui soumet un individu à des peines ou traitements cruels et inhumains est punie d'une peine de dix (10) ans à vingt (20) ans de réclusion criminelle et d'une amende de vingt cinq millions (25.000.000) à cent millions (100.000.000) de francs CFA (article 202).

De même, « toute personne qui soumet un individu à un traitement dégradant est punie d'une peine de cinq (05) à dix (10) ans de réclusion criminelle et d'une amende de cinq millions (5.000.000) à vingt-cinq millions (25.000.000) de francs CFA (article 204).

Par ailleurs, les femmes bénéficient d'une protection, du fait de leur vulnérabilité dans le même code. Tout acte de barbarie est incriminé en son article 209 et les infractions à caractère sexuel, telles que le viol et les mutilations génitales féminines sont réprimées et mises en exergue de l'article 211 à l'article 222. Le code se prononce également largement sur la traite des personnes et du trafic illicite de migrants par terre, air et mer, de l'article 317 à 334 et incrimine les auteurs. » Source: République Togolaise, 6ème, 7ème et 8ème rapports périodiques de l'Etat Togolais sur la mise en œuvre de la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples, août 2017, p.18, 158-159: www.achpr.org/files/sessions/62nd_os/state-reports/8th-2010-2017/6_7_et_8_rapports_periodiques_fre.pdf.

République Togolaise, 24 novembre 2015 :

« Art. 317 : La traite des personnes est le fait de recruter, de transporter, de transférer, d'héberger ou d'accueillir des personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation.

L'exploitation comprend notamment:

1) *l'exploitation sexuelle dont l'exploitation de la prostitution d'autrui;*

- 2) l'exploitation par le travail dont le travail ou les services forcés, l'esclavage ou la servitude;
- 3) l'exploitation par le mariage forcé ou servile;
- 4) l'exploitation dans les conflits armés;
- 5) l'exploitation par la mendicité;
- 6) l'exploitation des éléments du corps humain;
- 7) l'exploitation par la réalisation d'activités illicites par autrui dont la production et le trafic de drogues.

Le consentement d'une victime de la traite des personnes à l'exploitation envisagée, telle que définie aux alinéas 1 et 2 du présent article, est indifférent.

Art. 318 : Toute personne qui facilite ou participe, par tout moyen, au processus de traite des personnes tel que défini à l'article précédent, sans qu'elle soit nécessairement partie prenante à chacun des actes de ce processus, est punie d'une peine de réclusion de dix (10) à vingt (20) ans et d'une amende de dix millions (10.000.000) à cinquante millions (50.000.000) de francs CFA.

La peine privative de liberté, encourue par l'auteur ou le complice d'une des infractions prévues à la présente section, est réduite de moitié si, ayant averti l'autorité administrative ou judiciaire, il a permis de faire cesser l'infraction ou d'éviter que l'infraction n'entraîne mort d'homme ou infirmité permanente et d'identifier, le cas échéant, les autres auteurs ou complices.

Art. 319 : La peine est de vingt (20) à trente (30) ans de réclusion criminelle et d'une amende de vingt millions (20.000.000) à cinquante millions (50.000.000) de francs CFA contre toute personne auteur ou complice de l'infraction de traite des personnes lorsque celle-ci est commise dans les circonstances suivantes:

- 1) l'infraction est commise à l'encontre d'une victime particulièrement vulnérable, en raison notamment de sa minorité, son âge avancé, un état de grossesse, une maladie, une infirmité ou d'une déficience physique ou psychique;
- 2) l'infraction est commise à l'encontre de plusieurs victimes ;
- 3) l'infraction a entraîné la blessure grave de la victime ou d'un tiers ;
- 4) l'infraction est commise dans le cadre des activités d'un groupement de malfaiteurs;
- 5) la victime de l'infraction a été choisie par l'auteur en raison de sa nationalité, son appartenance ethnique, sa couleur de peau, son genre, sa religion ou ses croyances, ou ses opinions politiques;
- 6) des stupéfiants ou substances psychotropes, des médicaments ou des armes sont utilisés pour la commission de l'infraction;
- 7) la victime a été séquestrée ou exposée dans un endroit public ou privé;
- 8) les actes de traite ont causé à l'enfant une incapacité physique, morale ou mentale ou toute autre séquelle médicalement constatée;
- 9) l'enfant a été soumis aux pires formes de travail;
- 10) l'infraction avait pour but le prélèvement d'un ou plusieurs organes de l'enfant;
- 11) l'auteur ou le complice de l'infraction est en état de récidive;
- 12) l'auteur ou le complice de l'infraction est un agent public dans l'exercice de ses fonctions;
- 13) l'auteur ou le complice de l'infraction est le conjoint ou le concubin de la victime;

14) l'auteur ou le complice de l'infraction est en position d'autorité, de responsabilité ou de confiance par rapport à la victime;

15) la victime a été mise en contact avec l'auteur ou le complice des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique.

Est punie des mêmes peines toute personne qui organise la commission d'une infraction de traite ou donne des instructions pour que cette infraction soit commise. » Source: République Togolaise, Loi No 2015-010 du 24 novembre 2015 portant nouveau code pénal, Journal officiel de la République Togolaise, 24 novembre 2015, p.36-37: http://jo.gouv.tg/sites/default/files/publications/JOS_24_11_15-60%C3%A8%20ANNEE%20N%C2%B030.pdf.

République Togolaise, mai 2015 :

« Au Togo, la dépense totale de santé (DTS) est de CFA 138 milliards (en 2012), soit 8,6% du PIB ce qui correspond à une dépense annuelle par habitant de \$41. On estime, pour couvrir l'accès à un paquet de services essentiels pour l'ensemble de la population, la dépense de santé à \$86 par habitant par an (McIntyre & Meheus, 2014).

Les dépenses publiques de santé représentent 51% des DTS dont : 36% pour les PTF et 15% seulement pour l'Etat.

Les autres faits saillants de la mobilisation des ressources sont :

- **un sous-financement des structures publiques de santé à travers des allocations budgétaires de l'Etat ; la part du budget de la santé a fortement régressé, passant de 9,1% à 5,3% du budget général entre 2002 et 2012, loin du seuil des 15% préconisés par les Chefs de Gouvernements dans la Déclaration d'Abuja en 2000.**
- **des préoccupations de pérennisation financière de l'INAM surtout en l'absence actuelle de tout appui extérieur, notamment de l'Etat pour le financement en particulier de l'investissement.**
- **des difficultés de recouvrement des cotisations au niveau des MUSA liées en grande partie au caractère volontaire de l'affiliation et à l'absence de mécanismes de prélèvement automatique.**

Tout ceci indique que le budget de la santé doit augmenter de près de 50% pour aller vers la CSU, et ce financement doit venir des ressources budgétaires afin de réduire le paiement direct des ménages et la forte dépendance au financement des PTF.

Couverture en santé

Seulement 7,6% de la population togolaise est couverte par un système de protection sociale. Ceci indique que la majorité de la population ne fait partie d'aucun dispositif de protection du risque financier et continue de supporter les dépenses directes de santé à travers le paiement direct dont le niveau reste trop élevé (51 %). Les consé-

quences sont bien visibles : 2,33% des ménages s'appauvrissent par des paiements directs des soins et 0,18% sont exposés aux dépenses catastrophiques de santé

On comprend donc qu'il y a lieu d'alléger le poids des dépenses supportées par les ménages, notamment quant au paiement direct. **Des réflexions sur l'assurance maladie universelle ont permis de proposer une architecture de référence pour l'AMU au Togo. Les principes directeurs sur lesquels l'option stratégique proposée est fondée sont : l'universalité, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'Etat. Cette option stratégique s'inscrit dans la continuité des actions entreprises par le Gouvernement notamment la mise en place du régime obligatoire d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés, géré par l'INAM. Elle s'inspire de l'analyse de situation et de l'enseignement tiré de multiples expériences internationales. L'architecture proposée met l'accent sur un seul fonds national et une structure nationale unique de gestion de la couverture maladie qui organise les trois fonctions principales du financement de la santé avec une délégation des fonctions de proximité à d'autres organes.**

Mutualisation des ressources

Aujourd'hui de nombreux **mécanismes de financement et de couverture du risque maladie** tendent à améliorer l'accès aux soins, mais l'analyse montre leur **forte fragmentation**. En effet, différents dispositifs de « gratuité » cohabitent, chacun orienté vers une catégorie donnée de la population, sans aucune articulation. **Cette fragmentation limite la solidarité avec des faiblesses évidentes de redistribution des ressources entre mécanismes et entre les populations cibles**. Au niveau des mécanismes assurantiels, on note un partage de risque à très faible échelle du fait de leur faible pénétration et/ou de la faible capacité contributive des adhérents.

Il s'avère donc indispensable de rechercher le pool maximal, ceci dans le cadre de la lutte contre la fragmentation à travers un mécanisme de coordination de l'ensemble des mécanismes de prise en charge et/ou un fonds intégré d'assurance maladie.

Degré d'équité dans le financement de la santé

La question de l'équité se pose dans l'allocation des ressources publiques dont le montant est déterminé en partie de manière "historique" (c.à.d. selon le montant de l'année précédente) et non liée aux besoins, ni sur des critères objectifs, ce qui aggrave les disparités régionales.

- **36,5% des dépenses publiques de santé sont captées par les fonctions administratives, un record en Afrique de l'Ouest ;**
- les subventions aux hôpitaux ne tiennent pas compte explicitement ni de l'activité, ni de la performance (efficience, qualité) ;

Le mode actuel de gestion ne favorise pas toujours la redevabilité et la transparence.

Il apparaît donc nécessaire d'introduire un achat stratégique à travers une révision des mécanismes de définition des budgets aux régions et districts sanitaires ainsi qu'aux institutions

publiques pour tenir compte de critères objectifs, comme la taille de la population cible, le taux de pauvreté, les infrastructures, le niveau d'activités, etc.

Efficacité et efficience des systèmes

*L'efficacité des divers mécanismes de financement mis en œuvre au Togo est sujette à des interrogations. **Le mode de fonctionnement des programmes de gratuité (fragmentation, difficultés de ciblage, insuffisance des ressources) ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins des populations cibles. La fragmentation pose aussi la question de l'efficacité administrative et de l'efficience dans l'utilisation des ressources (duplication des fonctions administratives, frais administratifs afférents élevés, faiblesse du suivi et du contrôle de gestion).***

Il est maintenant reconnu que l'efficacité de ces mécanismes de prise en charge doit être évaluée et améliorée, notamment la subvention de la césarienne, stratégie phare de la politique de réduction de la mortalité maternelle actuellement pilotée au sein du MS. Quant à la « gratuité » de la prise en charge du paludisme, autre sujet d'actualité, sa mise en œuvre pose d'autant plus la question du système de financement qu'elle requière plus de clarifications dans sa gestion.

Achat des prestations

L'achat de services de santé se fait par trois grands acteurs : i) les ménages qui sont les premiers acheteurs de soins au Togo à travers les paiements directs et les tickets modérateurs ; ii) le MS qui exerce sa fonction d'achat à travers les règles d'allocation budgétaire en vigueur et; iii) l'INAM qui joue le rôle d'acheteur de soins auprès des prestataires publics ou privés par un ensemble de procédures et/ou mécanismes de paiement, de contractualisation et de contrôle médical.

*La pratique du paiement à l'acte, relevée comme principale mécanisme de paiement des prestations, peut inciter à des abus en matière de consommation et dans la prescription des soins (aléa moral lié à l'assurance santé). **Enfin, s'agissant de la qualité des prestations, différentes études récentes mettent surtout en avant en plus des barrières financières à l'utilisation des formations sanitaires, la qualité insuffisante des soins et l'insatisfaction des utilisateurs de nombreuses structures de soins, tant du secteur public que privé.***

Partant des considérations ci-dessus, il est envisagé d'améliorer surtout l'efficience dans l'utilisation des ressources à travers : i) l'instauration des mécanismes de paiement mixtes, ii) une rémunération sur base d'une meilleure connaissance des coûts réels, iii) l'incitation à la performance des prestataires de soins.

Conclusion et Perspectives

Il ressort globalement de cet état des lieux qu'en matière de protection de la santé au Togo, il existe une diversité de mécanismes de financement et dispositifs de couverture du risque maladie, témoignant ainsi d'un engagement de l'Etat à offrir une couverture sanitaire aux populations togolaises et à réduire le poids financier de la maladie. Cependant, il a été relevé

que les volumes financiers sont trop peu élevés, que les agencements du financement sont multiples sans véritable cohérence systémique, et que la performance en termes d'efficacité, d'équité et d'efficience n'est pas optimale.

Les défis liés à l'équité, à l'extension de la couverture et à la pérennité du système de financement de la santé demandent des réponses et l'élaboration d'un cadre cohérent pour la réforme du système de financement permettant d'une part, de progresser vers la couverture universelle et, d'autre part, d'améliorer la performance du système de santé togolais. »
Source: République Togolaise, Système de financement de la santé au Togo: Revue et analyse du système, mai 2015, p.6-8:

<https://afro.who.int/sites/default/files/2017-10/Syst%C3%A8me%20de%20financement%20de%20la%20sant%C3%A9%20au%20Togo.pdf>

KMA Soedje et al., 2015 :

*« Au Togo, comme dans plus part des anciennes colonies ou protectorats Français, l'intégration des soins psychiatriques au sein de l'hôpital général est en cours en ce début de XXIème siècle. Pays en voie de développement, celui-ci ne dispose pas de système d'information fiable sur l'ampleur des troubles mentaux, des usages de substances psychoactives (SPA) et les invalidités conséquentes. **Ce pays ne compte que trois services de psychiatries dont deux à l'intérieur des hôpitaux généraux (les deux CHU) de la capitale. Il y a trois psychiatres pour 6 millions d'habitants. Dans le dispositif de soins d'urgence psychiatrique, le service de psychiatrie du CHU Campus occupe une place importante. Il est le plus grand en capacité d'accueil et en personnel qualifié. Situé à l'intérieur de l'un des centres de référence nationale de la capitale, ce service sert de structure de recours pour de nombreuses formations sanitaires. Pour cet ensemble de faits, les données statistiques émanant de ce service peuvent être dignes d'intérêt.** »* Source: KMA Soedje et al., Dispositif de soins et aspects thérapeutiques de prise en charge des urgences psychiatriques au CHU Campus (Lomé), 2015, p.46-47: <http://malimedical.org/2015/46d.pdf>.

UNESCO, 2007 :

*« **Le Togo est à la fois un pays d'origine, de transit et de destination pour les activités de traite des personnes. Au delà de la traite transfrontalière ou internationale, le Togo connaît aussi une traite interne, c'est-à-dire que des personnes sont victimes de la traite à l'intérieur des frontières du pays.***

Pays d'origine

En tant que pays d'origine, les femmes et les enfants togolais sont victimes de la traite vers le Nigeria, le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Niger, le Congo, le Gabon mais aussi vers des pays d'Europe comme la France, l'Allemagne, la Belgique et l'Italie. Habituellement, des femmes togolaises sont aussi victimes de la traite du Togo vers les pays européens ou arabes notamment au Liban à des fins d'exploitation sexuelle. Les jeunes femmes sont les plus vulnérables à cause de la forte demande en jeunes filles dans l'industrie internationale du sexe.

Les femmes

Les trafiquants recrutent dans différentes régions du Togo pour procéder à une traite interne et externe. La ville de Dapaong qui se situe à environ 600 km de la capitale a, par exemple, été le lieu d'origine de femmes et de jeunes filles trafiquées comme employées domestiques ou pour être exploitées sexuellement. Les trafiquants attirent les femmes et les jeunes filles avec des promesses d'emplois respectables dans des bars et des restaurants de Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso. L'envie de quitter les fermes pour un environnement plus convenable dans lequel elles pourront gagner de meilleurs salaires sert d'appât pour des victimes naïves. Finalement, elles se retrouvent prostituées à Ouagadougou. Une autre grande source de recrutement est la région située au centre du pays et particulièrement les villes de Sokodé, Tchamba et Bassar et les villages environnants. Les recrutements se font également plus au nord dans les villes de Kara et Niamtougou et les villages alentours. Dans ces régions, les jeunes filles qui veulent se marier doivent posséder des instruments de base comme des ustensiles de cuisine et du linge. Elles deviennent alors des proies faciles pour les trafiquants qui les emmènent au Nigeria et au Burkina Faso où on leur fait croire qu'elles peuvent obtenir un emploi décent et gagner de l'argent pour remplir ces obligations prémaritales. Cependant, les entretiens montrent que les personnes victimes de la traite sont emmenées dans des endroits convenus à l'avance où elles sont engagées dans la prostitution et se font exploiter.

Les enfants

Même si généralement il y a un manque d'information sur la traite des personnes au Togo, la grande majorité des informations concerne la traite des enfants. Les enfants sont recrutés par les trafiquants dans quasiment toutes les régions du pays et sont trafiqués pour satisfaire la forte demande en travail domestique et travail au marché, vers Lomé, la capitale et vers d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest et Centrale comme le Nigeria, le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Niger, le Burkina-Faso, le Gabon et le Congo. La plupart des enfants victimes de la traite viennent d'endroits situés autour de Vogan, Sokodé et Tchamba mais aussi d'autres localités comme la Préfecture de Sotouboua. Ces lieux sont habités par les « Ouatchi » et les « Kotocolis », deux groupes ethniques qui sont connus pour être très travailleurs. [...]

Pays de transit

Le Togo est aussi un pays de transit pour les personnes victimes de la traite en provenance des pays voisins. Les personnes victimes de la traite en provenance du Nigeria, du Bénin et du Burkina Faso sont transportées via le Togo vers le Ghana, d'où elles sont conduites vers l'Europe et vers d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. En revanche, les Ghanéens et les Libériens sont conduits vers le Nigeria via le Togo. **Compte tenu de la non disponibilité de données fiables concernant les victimes de la traite en transit au Togo, il est difficile de faire la distinction entre les femmes et les enfants.**

Pays de destination

Les personnes victimes de la traite au Togo viennent généralement du Ghana. A Lomé, la capitale du Togo, la plupart des domestiques sont des enfants qui ont été trompés et trafiqués à partir de la Région de la Volta située au Ghana. Des liens historiques et une proximité géographique peuvent expliquer ce grand pourcentage de personnes victimes de la traite du Ghana vers le Togo. Les habitants de la région de Volta partagent des frontières com-

munes avec le Togo, parlent la même langue, possèdent la même culture et le même héritage historique. Etant donnée la grande distance qui sépare ces personnes de la capitale ghanéenne, Accra, les trafiquants trouvent cela plus simple de faire traverser la frontière à leurs victimes jusqu'à Lomé plutôt que de les emmener à Accra. Par exemple, en 2001, on a appris que huit jeunes filles ghanéennes qui avaient été « offertes » par leurs parents comme domestiques à des familles togolaises avaient plus tard été retrouvées ayant été l'objet d'agressions physiques et sexuelles.

D'après une étude menée par Human Rights Watch, il y a aussi des preuves de traite de personnes nigériennes vers le Togo. Une visite de nuit à Dékon, un quartier animé de Lomé (la capitale du Togo), a permis de constater que la plupart des travailleuses rencontrées dans le quartier parlent Anglais. Trois sur les huit travailleuses de sexe à qui les chercheurs de l'étude ont pu parlé ont déclaré être originaires du Nigéria mais ont refusé de dire exactement de quelle région du Nigéria et comment elles sont arrivées au Togo. Mais tout porte à croire que beaucoup d'entre elles se sont retrouvées dans ce travail sans vraiment le vouloir et que beaucoup de nigériennes sont trafiquées vers le Togo où elles sont utilisées dans la prostitution.

Traite interne

A l'intérieur du pays, les enfants, et particulièrement les filles, sont trafiqués des régions rurales vers Lomé, la capitale du pays où il y a une très forte demande en domestiques. Même si aucune des régions du Togo n'est épargnée par le phénomène de la traite, la Maritime et la Centrale sont les deux régions les plus touchées en terme de recrutement pour la traite interne. [...]

Les personnes victimes de la traite

Les personnes victimes de la traite sont généralement soit forcées, soit trompées en fonction des situations. La pauvreté, la guerre, le manque d'information, les inégalités hommes-femmes et une forte demande pour de la main d'œuvre à bas prix rendent une certaine frange de la population plus vulnérable à la traite des personnes. Les femmes et les enfants constituent la majeure partie de ce groupe. Le manque de perspectives dans les régions rurales joue en faveur des trafiquants et beaucoup de personnes victimes de la traite proviennent de communautés pauvres. Une dynamique récurrente est la suivante : en période de coupes budgétaires dans les services publics et dans les subventions, les femmes assument le fardeau considérable des diminutions de ressources alors qu'elles sont toujours sujettes à la division rigide du travail hommes-femmes leur assignant les travaux ménagers. Les hommes quant à eux tendent à ne pas investir leurs revenus dans leurs foyers, laissant les femmes responsables de la survie de leurs familles. Ces femmes cherchent alors à diversifier leurs sources de revenus par différents moyens qui peuvent les rendre plus vulnérables face à la traite. Elles optent également pour l'envoi de leurs enfants chez d'autres membres de la famille plus aisés ou elles ne s'opposent pas au départ de l'enfant pour chercher un emploi. Ceci augmente de fait le risque que ces enfants soient trafiqués, car cette pratique traditionnelle du placement ou confiage de l'enfant a été détournée par des trafiquants qui exploitent ces enfants.

Les termes du contrat sont rarement clairs entre le trafiquant et les parents de la personne victime de la traite. Les parents savent seulement que leur enfant va travailler et gagner de

*l'argent pour subvenir aux besoins des membres de la famille restés au village. Ils sont rarement informés sur les conditions de vie et de travail de leur enfant. Les parents prennent la décision de les envoyer trouver un travail et gagner de l'argent de façon à avoir une meilleure vie. **Dans un entretien avec 96 enfants togolais victimes de la traite menée dans le cadre d'une recherche de l'Organisation internationale du Travail (OIT), 29% des enfants ont déclaré que leur mère avait pris la décision de les placer avec des trafiquants ou des intermédiaires, 36% ont déclaré que leurs grands-parents avaient pris cette décision et 15% ont déclaré que la décision avait été prise par leur père.***

Les Togolaises victimes de la traite sont souvent des jeunes filles dont l'âge est compris entre 14 et 25 ans. Ces jeunes proviennent dans la majorité des zones rurales et n'ont reçu aucune éducation de base ou se sont arrêtées en milieu de cours primaire, c'est-à-dire qu'elles n'ont aucune qualification de base ou de formation professionnelle.

Les trafiquants

Un trafiquant peut être aussi défini comme l'intermédiaire dans la chaîne de la traite entre l'offre et la demande. Cette chaîne comprend des recruteurs, des agents, des transporteurs, des faussaires, des proxénètes, des tenanciers de maisons closes. Il peut s'agir d'un réseau peu structuré d'individus, d'un groupe formel ou réseau, d'un gang organisé, d'un syndicat du crime transnational ou d'une combinaison de ces différents groupes ou individus et dans certains cas d'amis ou de membres de la famille de la victime de la traite. Les trafiquants n'opèrent pas toujours en groupe, certains d'entre eux sont engagés dans des opérations en solo.

*Les trafiquants de personnes encourent des peines moins importantes que celles encourues par les trafiquants de drogue. Ces faibles sanctions les encouragent à continuer dans la traite des personnes. Comme il a déjà été mentionné, **au Togo, les trafiquants sont souvent bien connus. Dans certains endroits, les gens les désignent par le nom de « Oga », ce qui signifie le « Chef ». Ils sont considérés comme les « champions du village » qui peuvent s'acheter des radios ou des bicyclettes et revenir dans leur village en exposant leurs acquis. Ce sont eux qui promettent aux parents et aux enfants un travail décent et bien rémunéré en ville mais ne respectent pas de telles promesses. Souvent des femmes se trouvent engagées dans le réseau des trafiquants, elles se comportent comme d'éventuels employeurs ou des intermédiaires. Elles vont de village en village où elles connaissent des personnes. Il peut également arriver que des personnes moins connues viennent démarcher des futures victimes au sein du village. En mai 2001, l'épisode du navire M/V. Etireno, très largement médiatisé, a souligné le fait que parfois les trafiquants agissent au sein de groupes organisés. Huit enfants togolais ont été découverts dans ce bateau, qui transportait à l'origine environ 250 enfants et adolescents. Les autorités fouillèrent le bateau alors qu'il se trouvait à quai à Cotonou au Bénin et découvrirent que le nombre d'enfants avait diminué suite au déclenchement de l'alerte internationale. Cela conduisit à supposer que les enfants avaient sûrement été jetés par dessus bord, par plusieurs trafiquants.***

Ces trafiquants devaient aussi probablement avoir des contacts avec des personnes présentes sur la terre ferme qui les ont informés des contrôles à venir. Des informations concordantes rassemblées auprès d'anciennes victimes, des familles et communautés touchées par

la traite de personnes montrent que parfois, des anciennes personnes victimes de la traite deviennent elles mêmes des trafiquants. C'est le cas pour d'anciennes victimes de la traite revenues du Nigéria qui sont devenues elles-mêmes des facilitateurs, des recruteurs, ou des trafiquants. Souvent, elles se servent de leur apparente aisance matérielle (moto, radio cassette, télévision ramenées du Nigéria) pour faire miroiter à leurs victimes la perspective d'une meilleure vie. [...]

Jusqu'au début de l'année 2005, le Togo ne disposait pas de législation nationale complète pour combattre le problème de la traite des personnes. Le parlement a adopté le 3 août 2005 la loi NO 2005-009 sur la traite des enfants. Avant l'adoption de cette loi, la police et la justice avaient les mains liées. En effet, pour poursuivre et punir les trafiquants, elles étaient obligées de requalifier les faits selon les dispositions prévues dans le Code Pénal. Cette nouvelle loi définit dans son Article 3, la notion de traite d'enfants comme « une infraction grave, qui se définit comme le processus par lequel tout enfant est recruté ou enlevé, transporté, transféré, hébergé ou accueilli, à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire national, par une ou plusieurs personnes aux fins de son exploitation ». Les articles 7, 8, 9 de cette loi traitent des dispositions de prévention du trafic d'enfant. Il y est notamment stipulé la création d'une commission nationale de lutte contre la traite. D'autre part, la sortie du territoire d'un enfant non accompagné par ses parents ou tuteur est soumise à la présentation d'une autorisation spéciale. Les articles 10 à 15 traitent des sanctions encourues par les auteurs d'acte de trafic. Les sanctions sont les suivantes :

- ***Pour les auteurs ou complices d'acte de trafic : 2 à 5 ans d'emprisonnement avec une amende de 1.000.000 à 5.000.000 F CFA (1525 euros à 7622 euros) dans les cas spécifiques prévus par la loi.***
- ***Pour les parents complices : 6 mois à 1 an d'emprisonnement.***
- ***Toute personne étrangère se rendant coupable de traite d'enfant ou de tentatives de complicité, est interdite de séjour sur le territoire nationale pour une durée d'au moins 5 ans après avoir purgé sa peine.***

Il faut à présent que cette loi soit correctement mise en place pour que les trafiquants d'enfants ne restent pas impunis comme c'était le cas précédemment. Le problème de cette loi est qu'elle ne concerne que les trafiquants d'enfants et qu'elle ne vise pas les trafiquants d'adultes et particulièrement de femmes.

Les seules dispositions concernant les adultes victimes de la traite sont inscrites dans le Code Pénal. Ainsi, le fait d'attirer ou de livrer une personne à la prostitution par des promesses, des cadeaux, des menaces, de la violence ou de la fraude est puni de un à cinq ans de prison. De plus, vivre des recettes de la prostitution d'autrui est aussi puni. Enfin, mettre ses locaux à la disposition des personnes se livrant à des activités de prostitution est également puni. Les juges interviewés au cours de cette recherche ont fait part des difficultés rencontrées lorsqu'ils ont des cas de traites impliquant des femmes. On suppose que les femmes victimes de la traite sont parties prenantes à la transaction. Cependant cela ne devrait pas être un argument suffisant comme cela est souligné dans le Protocole de Palerme dans son article 3 (b) «le consentement d'une victime de la traite des personnes à l'exploitation envisagée, telle qu'énoncée à l'alinéa a) du présent article, est indifférent lorsque l'un quelconque des moyens énoncés à l'alinéa a) a été utilisé.» [...]

Au niveau régional, le Togo fait également partie du plan initial de la CEDEAO pour lutter contre la traite des personnes 2002-2003 et a participé à la consultation de Libreville qui s'est tenue au Gabon en février 2000. Le résultat de cette consultation a été l'établissement d'un Plan d'action pour lutter contre la traite des personnes en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale. Ce plan appelle les pays à ratifier et à mettre pleinement en place les instruments internationaux fondamentaux de la CEDEAO et des Nations Unies qui renforcent les lois contre la traite des personnes et qui protègent les victimes de la traite, particulièrement les femmes et les enfants. Ce plan est composé des points d'actions suivants :

- *Prévention et sensibilisation*
- *Protection et assistance des victimes*
- *Collecte, échange et analyse d'informations*
- *Spécialisation et formation*
- *Mise en place de mécanismes efficaces de délivrances de documents d'identité et de voyage*
- *Contrôle et évaluation du Plan Initial d'Action*

De plus, le Togo a signé un certain nombre de traités multilatéraux destinés à éradiquer la traite. Le Togo a signé une loi quadripartite en 1984 avec le Bénin, le Nigeria et le Ghana permettant des échanges d'information et une meilleure surveillance des voies de la traite, il a aussi signé un traité sur la criminalité transfrontalière avec ces mêmes pays en 1996. Mais

l'application de cette loi et de ce traité n'est pas vraiment effective sur le terrain puisque le trafic humain a continué entre ces pays. Plus récemment, en juillet 2005, le Togo a signé un « accord multilatéral de coopération en matière de lutte contre la traite des enfants en Afrique

de l'ouest » avec la Côte d'Ivoire, le Libéria, le Burkina Faso, la Guinée, le Niger, le Mali, le Nigeria et le Bénin. Il est difficile à ce jour de dire si les dispositions de cet accord sont appliquées de façon systématique au Togo.

Le 6 juillet 2006, un Accord multilatéral sur la traite des femmes et des enfants a été signé à Abuja (Nigeria). Ce nouvel accord signé par les organisations régionales CEDEAO et la Communauté économique des Etats de l'Afrique Centrale (CEEAC), a pour but de renforcer la coopération dans les domaines du rapatriement des victimes et d'extradition des trafiquants. Cet accord régional est légalement contraignant pour tous les Etats de la CEDEAO et pour les onze membres de la CEEAC. [...]

Le Ministère de la population, des affaires sociales et de la promotion féminine et le Comité national pour la protection et la promotion des droits de l'enfant sont les deux organes qui s'occupent spécifiquement de la lutte contre la traite des personnes au Togo. Le Gouvernement, en collaboration avec les ONGs élaborent la procédure nationale de prise en charge des enfants victimes de la traite. D'autre part, il participe au renforcement de la capacité des comités de surveillance communautaire et de celui des bureaux Interpol dans la lutte contre la traite. » Source: UNESCO; La traite des personnes au Togo: Facteurs et recommandations, 2007, p-22-46:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001508/150822f.pdf>.

USDOS, 28 juin 2018:

« The Government of Togo does not fully meet the minimum standards for the elimination of trafficking; however, it is making significant efforts to do so. The government demonstrated significant efforts during the reporting period by identifying more trafficking victims—which for the first time in at least five years included adults. The government decreased its number of trafficking convictions from the previous reporting period, and suspended public awareness raising activities due to a lack of funding. The government did not report efforts to refer or directly assist trafficking victims. Therefore Togo was downgraded to Tier 2 Watch List. [...]

The government decreased law enforcement efforts. Articles 317 through 320 of the penal code, revised in 2015, criminalized sex and labor trafficking and prescribed penalties of 10 to 20 years imprisonment and fines between 10 million and 50 million West African CFA franc (FCFA) (\$17,780 and \$88,920); these penalties were sufficiently stringent, and with regard to sex trafficking, commensurate with penalties prescribed for other serious crimes, such as rape.

The government reported investigating and prosecuting eight cases involving eight alleged traffickers. Authorities convicted seven of the eight suspects under articles 317 through 320 in the revised penal code in 2017, compared with 101 investigations and 60 convictions of traffickers in 2016. The government did not report any investigations, prosecutions, or convictions of government officials complicit in human trafficking offenses. Experts reported judges were often reluctant to convict or fine parents who subjected their children to trafficking, as they felt it would exacerbate the economic situation that drove a parent to commit the crime. **NGOs reported that the 2015 revised penal code's more stringent penalties aggravated these concerns amongst law enforcement officials and judges, and may have led to decreased arrests and prosecutions for trafficking crimes.** The government provided written instruction materials on victim identification to its law enforcement and immigration officials through the course of their basic training.

The government cooperated with the Governments of Benin, Ghana, and Nigeria under a joint agreement on the control and monitoring of borders to prevent child trafficking, repatriate victims, and extradite traffickers. Additionally, the government cooperated with all west African states under the West African Multilateral Accord and with all west and central African states under the Multilateral Cooperation Agreement to Combat Trafficking in Persons in West and Central Africa. These partnerships resulted in increased regional anti-trafficking coordination and planning efforts.

PROTECTION

The government marginally increased protection efforts. In 2017, authorities identified 126 victims of trafficking, compared to 99 child victims identified during the previous reporting period. **For the first time in over five years, law enforcement officials identified four adult victims. The government did not compile comprehensive victim identification and protection statistics, and did not report the number of victims referred to care facilities or provided assistance. The government remained without SOPs for use by officials in the identification and referral of trafficking victims, including both adults and children,**

and those victimized within Togo. For the first time, the government provided victim identification training to law enforcement and immigration officials.

In Lome, the Ministry of Social Affairs (MSA) continued to run a toll-free 24-hour helpline, Al-lo 10-11, which received more than 50,000 calls in 2017 regarding child trafficking and other forms of child abuse. The National Committee for the Reception and Social Reinsertion of Trafficked Children, Togo's national anti-trafficking committee comprising government officials and NGOs, continued to operate jointly with the police an ad hoc referral system to respond to hotline tips.

The government reported limited direct provision of services to victims during the reporting period. The government assisted in the repatriation of, and provided services for, transnational child trafficking victims. The government provided these victims with health services, food, and lodging during their reintegration and reunited them with their families. MSA continued to operate two shelters; the Tokoin Community Center served as an intermediary shelter for child victims before transfer to care facilities managed by NGOs, while another shelter, CROPESDI, provided shelter, legal, medical, and social services to child victims up to age 14. The government did not report whether these shelters assisted child trafficking victims during the reporting period or provide details on its budget for victim assistance and protection. The government did not offer temporary or permanent residency status to foreign victims facing hardship or retribution upon return to their countries of origin. The government did not have a formal process to encourage victims' participation in the investigation and prosecution of their traffickers, and it is unclear whether any victims did so during the reporting period. There were no reports of child victims being penalized for unlawful acts committed as a direct result of being subjected to trafficking. [...]

TRAFFICKING PROFILE

As reported over the past five years, Togo is a source, transit and, to a lesser extent, destination country for men, women, and children subjected to forced labor and sex trafficking. The western border of the Plateau region, which provides easy access to major roads leading to Lome, and Accra, Ghana, was a primary source for trafficking victims during the reporting period. Most Togolese victims are children exploited within the country due to high levels of poverty. Forced child labor occurs in the agricultural sector—particularly on coffee, cocoa, and cotton farms—as well as in stone and sand quarries, where children and adults break rocks by hand. Traffickers bring children from rural areas in the north and central regions to Lome, where they are subjected to forced labor as domestic servants, roadside vendors, and porters, or exploited in child sex trafficking. Boys are subjected to forced labor in construction, in salvage yards and mines, and as mechanics, often working with hazardous machinery. Children from Benin and Ghana are recruited and transported to Togo for forced labor. Girls from Ghana are exploited in sex trafficking in Togo. Togolese boys and girls are transported to Benin, Cote d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Gabon, Ghana, and Nigeria and forced to work in the agricultural sector. **From September to April, many Togolese adults and children migrate in search of economic opportunities to Benin, Burkina Faso, Niger, and Mali, where many are subjected to labor and sex trafficking. In Nigeria, Togolese men are subjected to forced labor in agriculture and Togolese women are exploited in domestic servitude. Togolese women have been fraudulently recruited for employment in Saudi Arabia, Lebanon, the United States, and**

Europe, where they are subjected to domestic servitude or forced prostitution. »

Source: US Department of State (USDOS), Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons, 2017 Trafficking in Persons Report -Togo, 28 juin 2018:

www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/countries/2018/282766.htm.

Visions Solidaires, mars 2017:

« Les conditions de séjour des travailleurs migrants togolais au Moyen-Orient et en Afrique centrale sont à certains points similaires. Le séjour est souvent marqué par une vie clandestine et par des conditions d'exploitation au travail faites de longues journées de travail sans possibilité de repos hebdomadaire et avec des difficultés d'obtention du salaire. La différence notable entre le Moyen – Orient et l'Afrique centrale réside dans le système de « Kafala » qui prévaut au Moyen-Orient et fait du travailleur migrant une propriété de l'employeur. Ainsi le travailleur migrant se retrouve sans droit face à un employeur qui peut disposer de lui à sa guise. Les travailleurs migrants peuvent évoluer comme travailleur indépendant dans l'informel plus facilement en Afrique centrale qu'au Moyen-Orient.

Le travail indépendant permet aux travailleurs migrants de disposer de plus de liberté mais toutefois la contrainte reste l'obtention d'un permis de séjour pour ne pas se retrouver dans l'illégalité et donc sujet à une expulsion par les services de sécurité en charge de l'immigration. A ce niveau la répression dont sont victimes les travailleurs migrants aussi bien au Moyen-Orient qu'en Afrique centrale facilite leur expulsion. Il faut noter que très peu de pays dans ces régions ont ratifié les conventions de l'Organisation Internationale du Travail et des Nations Unies portant sur les droits des travailleurs migrants et des membres de leur famille. De retour au Togo, les travailleurs migrants ont des problèmes de réinsertion sociale face aux manques de moyens des structures étatiques pouvant les accompagner. Ceux qui arrivent à rentrer avec des économies dépensent assez rapidement leurs avoirs au profit de leur famille et sont tentés de repartir de nouveaux en émigration. Les travailleurs migrants qui reviennent avec des maladies ou suite à des accidents de travail se retrouvent dans une précarité totale. Laissés sans soins par leur famille ils peuvent développer des tendances au suicide. Enfin la réinsertion familiale est tout aussi difficile pour les femmes et les hommes ayant laissé longuement leurs enfants et conjoints suite à leur départ en migration professionnelle.

Différentes institutions publiques togolaises ont dans leur mission la charge de s'occuper de l'accompagnement et de la protection des travailleurs migrants avant, pendant et après leur séjour dans les pays de destination. D'autres structures étatiques s'occupent également de la prévention et de la répression de la traite transnationale et du trafic des travailleurs migrants togolais. Ces structures rencontrent des difficultés dans leur travail faute de ressources suffisantes et elles sont peu approchées par les travailleurs migrants (au départ ou au retour) qui ignorent leur existence. L'analyse des bonnes pratiques développées dans d'autres pays ont permis d'aboutir à un certain nombre de recommandations formulées à la fin de l'étude à l'endroit des autorités togolaises. Ces recommandations pourront aider à une meilleure protection des droits des travailleurs migrants togolais. [...]

La traite des migrants togolais dans les pays étrangers touche de nombreux pays de destination en Afrique mais aussi en Amérique, en Chine, en Europe, et non seulement

au Moyen-Orient. Les échos médiatiques cantonnent le phénomène surtout en Afrique de l'Ouest, du Centre, du Nord et au Moyen-Orient. **Les femmes migrantes togolaises se retrouvent exploitées dans l'agriculture, l'artisanat, le travail domestique, la restauration dans les bars et les maquis, le commerce en plein air dans les marchés ou encore par les réseaux de prostitution.** Les hommes quant à eux se retrouvent sur les chantiers de construction, dans les activités agricoles, la plonge ou la cuisine dans les restaurants-bars et maquis, les métiers de conducteur, l'extraction minière, la vente informelle en plein air ou dans les boutiques, dans les métiers de la santé ou dans l'enseignement pour certains diplômés. [...]

Pour les personnes victimes de trafic ou de traite au Moyen-Orient ou en Afrique centrale, ayant regagné le Togo, la situation d'accueil est fort différente selon que l'on soit enfant ou adulte. L'accueil et l'accompagnement des enfants victimes a connu beaucoup d'amélioration ces dernières années avec les actions de la Direction Générale de la Protection de l'Enfance (DGPE) de même que le développement des centres de transit. Ces centres sont dotés de psychologues et gérés pour la plupart par des organisations de la société civile. Loin d'être parfait, cet accueil permet toutefois un travail d'accompagnement psychologique et de suivi après la réinsertion de l'enfant au sein de sa communauté. Ce suivi est nécessaire pour assurer que l'enfant réinséré évolue bien dans sa famille et qu'il puisse reprendre des études ou entamer une formation professionnelle lui offrant de meilleures perspectives.

En revanche il n'existe aucune structure adaptée pour les victimes adultes, que ce soit au niveau des services publics tout comme des Organisations Non Gouvernementales (ONGs) pour leur accompagnement psychologique et leur réinsertion sociale. Cette absence de structure nous a été confirmée lors de nos entretiens avec la Direction Centrale de la Police Judiciaire.

« Lorsque les trafiquants et leurs victimes sont interceptés et rapatriés, les enfants sont envoyés dans les structures d'accueil des ONGs pour leur prise en charge et leur réintégration. **Mais on n'a pas d'endroit où garder les adultes, le temps de faire les investigations nécessaires pour leur réintégration et autres processus.** De plus, aucun moyen de transport n'est disponible pour leur convoi. Parfois les agents de la police judiciaire en charge du dossier sont obligés d'user de leurs propres moyens pour les besoins élémentaires de ces cas (transport, nourriture, savon...). Ce qui complique la gestion et le suivi efficace de ces dossiers. » (Entretien avec la DCPJ le 10 janvier 2017.) [...]

A leur retour, les travailleurs migrants togolais, victimes de trafic ou de traite, rapatriés sont donc laissés à eux même. Pour ceux ayant laissé leur conjoint et enfants au pays avant de migrer, le retour s'avère difficile et conflictuel avec ces derniers. Les enfants ayant grandi sans connaître leur parent ont du mal à s'habituer à cette personne devenue un étranger. Certains migrants reviennent retrouver leur conjoint en couple avec une autre personne. Cela entraîne à leur niveau un mal être. Quelques-uns oublient les souffrances vécues dans les pays du Moyen-Orient ou d'Afrique centrale et préfèrent y retourner au lieu de vivre au Togo.

Les travailleurs migrants reprennent, pour certains le chemin de l'exil face à l'échec de leur réinsertion sociale et familiale à leur retour au Togo. Il faut noter à ce sujet que l'accueil reçu au niveau des familles dépend de l'état dans lequel revient le travailleur

migrant. Les travailleurs migrants revenant avec une épargne ou des biens sont mieux accueillis que ceux expulsés ou revenant dans un état de santé délicat comme nous l'ont confirmé les membres de l'Association Togolaise des Expulsés basée à Sokodé . Ainsi pour se faire bien voir de sa famille, le travailleur migrant dilapide, dès les premiers mois de son retour, son épargne au profit des siens sans pouvoir s'engager dans une activité génératrice de revenu pour le long terme. La fin des ressources mobilisées conduit alors à reprendre la route de l'exil.

Les travailleurs migrants souffrant de traumatismes ou de problèmes de santé à leur retour se retrouvent assez rapidement abandonnés par leur famille. Ils font également l'objet d'un dénigrement social surtout quand ils reviennent avec des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) comme le HIV-SIDA. Le suicide devient pour certains la porte de sortie. Les travailleurs migrants rentrés avec peu ou sans épargne, face à leur situation de précarité, lorsqu'ils sont laissés sans accompagnement psychologique, projette l'échec de leur projet migratoire sur eux même et développe également un penchant suicidaire. D'où l'urgence que des mesures soient prises en terme d'accompagnement psychologique et d'assistance à la réinsertion sociale des travailleurs migrants de retour pour sauver des vies humaines. [...]

A travers la promotion de l'équité genre au sein de la société togolaise, le ministère de l'action sociale contribue à lutter contre la traite et le trafic transnational des filles et des femmes togolaises à des fins d'exploitation domestique ou sexuelle. Le Togo, en tant que pays partie de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, veille à adopter des politiques qui respectent le genre et garantissent la place des femmes dans les actions de développement et dans les prises de décision.

Toutefois par rapport à la Direction Générale de la Protection de l'Enfance (DGPE), la Direction Générale du Genre et de la Promotion de la Femme (DGGPF) est moins visible sur le terrain en matière de prévention et de sensibilisation à l'endroit des filles et des femmes sur les risques de traite et d'exploitation domestique ou sexuelle à l'étranger. Cela est dû, selon les interlocuteurs de la DGGPF que nous avons rencontré, au fait qu'elle agit moins directement sur le terrain et s'appuie plus sur les organisations de la société civile pour ses actions. La célébration de la journée internationale de la femme, le 8 mars de chaque année, sert en effet à offrir un espace pour faire passer un message de prévention autour du trafic travailleuses migrantes et de la traite transnationale via les organisations de la société civile qui s'activent à la défense des droits des femmes. Les activités de célébration de cette journée se concentrent malheureusement bien souvent sur Lomé oubliant que la majorité de la population féminine victime des trafiquants et d'exploitations diverses se retrouvent à l'intérieur du pays.

Le rôle de l'Agence de Solidarité Nationale, un département du Ministère de l'Action Sociale, dans la réinsertion sociale des travailleurs migrants expulsés vers le Togo et en situation de vulnérabilité a été déjà souligné plus haut. Il apparaît toutefois que le peu de dotation financière dont dispose cette agence qui doit s'occuper de toutes les catastrophes naturelles et drames qui surviennent sur toute l'étendue du territoire togolais, ne lui permet pas de faire plus à l'endroit des migrants de retour. [...]

Le Togo a ratifié la Convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée et ses protocoles additionnels sur la traite des êtres humains et le trafic des

migrants. Conformément aux dispositions de cette convention, les services publics en charge de la sécurité et de la justice mènent des actions de lutte contre le trafic des êtres humains sur toute l'étendue du territoire national. [...]

Le cadre juridique togolais de lutte contre le trafic des migrants et la traite des êtres humains s'est renforcé en novembre 2015 par l'adoption du nouveau code pénal. Ce nouveau code a prévu notamment en son 2ème titre, chapitre 07 section 03 et en ses articles 317-334 des sanctions contre le trafic des migrants et la traite des personnes quand elle a lieu aussi bien à l'intérieur du pays qu'au niveau transnational. Et cela sans distinction d'âge, comme nous l'ont révélé les institutions judiciaires rencontrées lors de notre enquête de terrain. Jusqu'à cette date, seul la traite des enfants étaient sujets à une poursuite pénale au regard de la loi contre la traite des enfants de 2005. L'article 328 du nouveau code pénal stipule ainsi que toute personne coupable de trafic illicite des migrants par terre, air et mer est punie d'une peine d'emprisonnement de un (1) à cinq (5) ans et d'une amende d'un million à cinq millions de francs CFA.

Avec ce nouveau dispositif juridique, la protection des victimes de traite des personnes et de trafic des migrants semble s'améliorer selon le Mouvement Martin Luther King (MMLK). Mais le MMLK fait remarquer que les dispositions contre la traite et le trafic dans ce nouveau code semblent s'intéresser plus aux femmes et aux enfants. Une affirmation que récusent les magistrats approchés qui expliquent que dans les termes du nouveau code pénal la situation de vulnérabilité est une circonstance aggravante dans le cas par exemple de la traite ou du trafic d'enfants à des fins d'exploitation. » Source: Visions Solidaires, Analyse situationnelle sur le trafic des travailleurs migrants togolais et la traite des personnes dans les pays du moyen-orient et d'afrique centrale, mars 2017, p.8-34: <https://visionsolidaires.files.wordpress.com/2017/06/analyse-situationnelle-report-fr-lr.pdf>.