



■ Certificat en :

Montage de projets intégrant l'égalité
entre les femmes et les hommes.

Cas d'étude

Formation impulsée par l'Organisation Internationale de la Francophonie

Alexandrie, Mars 2022

INTRODUCTION : Résumé de l'analyse contexte et besoins

Contexte démographique, socioéconomique et sanitaire

Avec une population de 10. 008. 749 habitants (RGPH4, 2013), le Bénin est un pays pauvre avec un taux modéré de croissance économique qui varie entre 4% et 5 % depuis deux décennies (RGPH4, 2013). La population est à 51% féminine avec environ 45% de moins de 15 ans (RGPH4, 2013). La prévalence contraceptive moderne est très faible (12,9% par l'enquête MICS 2014), contre des besoins non satisfaits de 33,1%. L'indice de fécondité évaluée en 2014 à 5,7 (MICS 2014) explique cette forte croissance démographique qui a connu une évolution en dents de scie entre 1996 et 2012 : 3% en 1996, 7% en 2001, 6% en 2006 (EDS IV, 2016) et 12,5% en 2014 (MICS, 2014). Selon la projection à l'horizon 2050, la population du Bénin serait de 22 millions de personnes avec 2 fois plus de jeunes (RGPH4, 2013).

Bien que qualifiée de bombe à retardement, le Bénin pourrait tirer profit de cette jeunesse à travers le dividende démographique. Dans le contexte béninois, ce dernier est défini comme l'accélération de la croissance économique qui peut résulter d'une baisse rapide de la fécondité et l'évolution ultérieure de la structure par âge de la population. C'est le bénéfice social et économique que la communauté tire de sa croissance démographique. Avec moins de naissances chaque année, la population du Bénin en âge de travailler grandit par rapport à la population jeune et dépendante (Environ 300 000 naissances par année). Avec plus de personnes dans la population active et moins de jeunes à prendre en charge, le Bénin peut profiter pour une croissance économique rapide.

Ce profit n'est possible qu'avec de bons investissements économiques, sociaux et politiques en matière de santé, d'éducation, de la gouvernance et de l'économie. Si les avantages d'un dividende peuvent être grands, les gains ne sont ni automatiques ni garantis, il faudra plusieurs années voire des décennies. Toutefois, les profits pourraient être à moyen terme quantifiable au niveau des communautés voire des familles. Il s'agit du dividende au niveau familial.

Selon le MICS (2014), parmi les femmes de 20-24 ans, 19,4% ont eu au moins une naissance avant l'âge de 18 ans. Le taux de fécondité des femmes de 15-19 ans/adolescentes (TFA) est de 94 pour mille. Elle est plus élevée dans le département du Borgou (152 pour mille).

La mortalité maternelle reste encore très élevée à 397 pour 100 000 naissances vivantes (EDSB, 2011-2012). Ce ratio est de 367 décès pour 100 000 naissances vivantes en milieu rural contre 288,7 décès pour 100 000 naissances vivantes en milieu urbain (EDSB IV, 2012). Elle est essentiellement due à des causes médicales directes (Hémorragie du post-partum, Eclampsie, Infections, Dystocie)¹, mais également à des causes indirectes structurelles et culturelles notamment l'insuffisance d'agents de santé qualifiés, la couverture insuffisante des services de santé et les normes socio-culturelles.

A l'instar de plusieurs pays africains, les filles qui accouchent avant 15 ans courent 5 fois plus de risque de mourir lors de l'accouchement que les femmes de plus de 20 ans.

Les grossesses précoces/non désirées chez les jeunes filles de 15-24 ans contribuent fortement à ce taux élevé de mortalité maternelle. En effet, dans l'ensemble de la population des 10-17 ans, près de 2 % sont déjà en union : 3 % des filles et 0,4 % des garçons selon l'EDSB IV. La même source montre que 0,4 % d'adolescentes de 10-14 ans sont déjà mariées ou vivent avec un partenaire. Cette situation engendre des grossesses précoces chez les jeunes filles de cette tranche d'âge mariées plus tôt que prévu. Ces grossesses engendrent très souvent des complications du fait de leur âge et de leur immaturité physique et émotionnelle. Également, les comportements à risque chez les jeunes filles et

¹ Arbre à problème UNFPA Bénin 2016

garçons du fait de l'insuffisance en éducation sexuelle (connaissance et respect/estime de soi) et du manque d'information de qualité sur la sexualité engendrent les grossesses précoces chez les filles scolarisées et non scolarisées. Les récentes statistiques au plan national évoquent que près de 2. 763 cas de grossesses ont été enregistrés en milieu scolaire au cours de l'année scolaire 2016-2017 (SOSP/DESG 2017) avec les départements de l'Atacora, Donga et des Collines en tête, totalisant près de la moitié des cas. Le rapport de la dernière mission conjointe multi acteurs effectuée en octobre 2017 fait état de pratique de relations transactionnelles banalisées pour la survie des filles (100F à 500F pour avoir un rapport sexuel avec une fille). Le mariage précoce augmente en fait l'exposition des filles à la coercition sexuelle car elles doivent répondre aux demandes sexuelles de leurs maris (très souvent plus âgés qu'elles) et bien souvent sans des précautions de méthodes contraceptives, ce qui engendre les grossesses précoces. L'âge de la mère est fortement et négativement corrélé avec la mortalité infantile. Ce constat indique que les connaissances, compétences et pratiques des mères qui sont des variables déterminantes dans l'état de santé des enfants s'acquièrent avec l'âge et qu'il est crucial de lutter contre les grossesses précoces. Les mêmes tendances s'observent lorsqu'il s'agit de l'intervalle inter-général entre les naissances. Plus les intervalles inter-général sont grands, plus l'enfant a des chances de survivre et de bien grandir. C'est dire que les mariages précoces et donc les grossesses précoces contribuent également à l'augmentation de la mortalité infantile qui selon le MICS 2014 est à 37,8 pour 1000 naissances.

Les normes socio-culturelles défavorables à une jouissance des droits sexuels chez les jeunes contribuent aussi fortement à la précocité des grossesses, par ricochets à la mortalité maternelle chez les jeunes filles.

Les grossesses précoces en milieu scolaire sont des causes de l'abandon de l'école par ces dernières. De même, dans le contexte socio-culturel les parents favorisent la scolarisation des garçons que celle des filles ; ces dernières ne sont donc pas souvent encouragées dans leurs efforts de scolarisation, car pour des parents, « une fille à l'école ne servira pas à grande chose dans l'avenir ». Par ailleurs, d'autres barrières structurelles, notamment la distance de l'école secondaire, combinée à l'insécurité sur la route, ainsi que les abus sexuels par les enseignants et les camarades de classes, contribuent à la survenue de grossesses précoces et à l'abandon des classes.

Les difficultés rencontrées par les jeunes dans la jouissance de leurs droits sexuels et de la santé de la reproduction sont également liées aux pesanteurs socio-culturelles. En effet, il existe de nombreuses barrières socioculturelles défavorables à la jouissance de ces droits. Le sexe dans les familles est tabou et les parents n'osent pas en parler avec les enfants (filles comme garçons). Ainsi, les adolescent(e)s et jeunes ne sont pas soutenu(e)s par leur environnement immédiat (parents, enseignant(e)s, responsables de formation professionnelle, etc.) qui eux-mêmes ne sont pas conscient(e)s de leurs rôles auprès de cette tranche d'âge du fait de l'éducation reçue auparavant. Cette éducation, en effet, fait abstraction totale de la sexualité dans l'initiation à la vie sociale. Les normes sexistes et de genre amplifient davantage ce phénomène.

Les analyses de genre liées aux programmes SDR se concentrent utilement sur les normes sociales qui motivent, en commençant par la façon dont le patriarcat et les privilèges sont construits. Ces analyses montrent qu'il existe des inégalités dans les communautés qui entravent la jouissance des droits sexuels des jeunes et adolescent(e)s. Des différentes normes de genre pour filles et garçons limitent le contrôle des jeunes sur leur vie sexuelle et reproductive, leur capacité à recevoir une éducation, leur sécurité économique et leur état de santé général et de bien-être.

En droit coutumier béninois, l'union matrimoniale confère un statut social plus élevé aux maris. Le chef masculin de la famille jouit du droit de contrôler à la fois les corps et le travail des jeunes filles et

des femmes, y compris décider quand et comment contracter des alliances matrimoniales et pratiquer la violence sexiste. Les filles sont considérées comme des biens familiaux et leur valeur économique et sociale est calculée par leur virginité et leur capacité à se conformer aux notions de féminité et à la « femme idéale » (moule du genre). Les filles sont considérées comme des biens sociaux et économiques et doivent être soignées jusqu'à ce qu'elles quittent leur maison natale et génèrent des prix de mariée. Les « bonnes filles » confèrent un statut social aux aînés qui les ont éduquées et leur permettent de bâtir la réputation générale de la famille. A l'inverse, les filles sont un risque de réputation si elles ne sont pas conformes à un idéal et surtout si elles tombent enceintes en dehors d'une union socialement sanctionnée avec la peur d'avoir une réputation familiale endommagée. Les garçons bénéficient de plus de liberté.

Une culture du silence reste quant à la santé sexuelle et reproductive. Selon une étude du projet Tekponon Jikuagou mis en œuvre par XXXXX (pour répondre aux besoins de planification familiale non satisfaits), 36% des femmes interrogées ont déclaré qu'il n'est pas acceptable de parler de planification familiale avec un conjoint. Ni les femmes, ni les hommes dans cette étude n'ont déclaré qu'il était acceptable de parler à leurs enfants ou à leurs conjoints de la sexualité, de la santé génésique ou des sujets connexes. Cela crée une contradiction où les parents s'attendent à ce que les filles respectent un code moral ou un idéal féminin sans les munir de l'information ou de la compréhension pour faire leurs propres choix.

Les mutilations génitales féminines (MGF) et les mariages précoces constituent des cas de violences basées sur le genre dont sont victimes les filles et les femmes. Environ 9,2% des femmes de 15-49 ans ont subi une quelconque forme de mutilation génitale féminine contre 0,2% des filles de 0-14 ans (MICS, 2014). La pratique est plus répandue en milieu rural (13%) qu'en milieu urbain (5%). Les départements du Borgou et de la Donga affichent les taux les plus élevés de MGF avec 38% et 37%.

Par ailleurs, la prévalence du VIH/Sida est de 1,2% au sein de la population générale avec 1,4% chez les femmes contre 1,0% chez les hommes (EDSB IV, 2012). Pour ce qui est des populations clés, on note que les prévalences sont de 15,7% pour les travailleuses de sexe (TS), 7,7% pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), 4,7% pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI), 1,4% pour les personnes privées de liberté (Rapport GARPR/CNLS Bénin, 2016). Les jeunes de 15 à 24 ans représentent plus de la moitié de l'ensemble des nouvelles infections par le VIH (EDSB, 2012). De même, environ 15% de jeunes de 15-24 ans ont eu des relations avant l'âge de 15 ans (MICS 2014). Cette vulnérabilité des jeunes plus marquée chez les jeunes filles est due à un faible accès à des services adaptés à leurs besoins en termes d'informations de qualité, d'éducation sexuelle et de l'utilisation des services Santé Sexuelle et Reproductive (SSR)/Planification Familiale/VIH y compris l'accès aux produits SSR/PF. Cette situation s'explique par les rapports sexuels non protégés plus fréquents, la persistance des inégalités sociales liées au genre, des pesanteurs socioculturelles ainsi que du faible pouvoir de décision de cette cible.

La précocité des rapports sexuels associée aux mariages précoces, aux violences basées sur le genre et à l'absence/l'irrégularité de l'utilisation de contraceptifs est à l'origine de nombreuses grossesses précoces et non désirées qui entraînent des avortements à risques. En effet, selon le MICS 2014, 31,7% des femmes dont l'âge est compris entre 20-29 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans (mariage d'enfants). En comparaison, ce taux est de 6,1% pour les hommes de la même tranche d'âge. Au Bénin, 16,9% des femmes actuellement mariées ou en union ont entre 15-19 ans d'âge (MICS, 2014). En plus des mariages précoces, les relations intergénérationnelles sont un facteur de la sous-utilisation des méthodes PF ; parmi les jeunes femmes qui sont mariées ou en union et dont les conjoints sont plus âgés qu'elles d'au moins 10 ans, 25,8% ont entre 15 – 19 ans et 25,4% ont entre 20 – 24 ans (MICS, 2014).

Sur le plan politique, le Bénin dispose d'un ensemble de textes, de lois et de documents normatifs qui favorisent l'utilisation de la contraception. Nous pouvons citer : (i) *le plan d'action national budgétisé pour le repositionnement de la planification familiale 2014-2018*, (ii) *la stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris le VIH/Sida au Bénin 2018-2022*, (iii) *la loi N° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la Reproduction*. Cet environnement politique bien que riche de quelques initiatives n'est pas encore favorable pour la jouissance des droits et l'élimination des barrières socioculturelles. En effet, ces documents normatifs et textes sont encore très peu connus par les communautés et ne sont pas encore utilisés dans le quotidien pour la jouissance des droits liés à la Santé sexuelle et reproductive.

Les engagements des Ministres de la Santé des 9 Pays du Partenariat de Ouagadougou constituent une avancée importante des gouvernements qui doit être accompagnée par les organisations actives dans le domaine de la SDRS, par l'actuel Projet et d'autres organisations telles que UNFPA, APSSA, CeRADIS, OSV Jordan, OCJ, -, PBJ, ROAJELF entre autres.

Depuis le 1^{er} recensement de la population du Bénin en 1979, la population béninoise ne cesse d'augmenter selon un taux d'accroissement annuel moyen qui est passé de 2,82% (entre 1979 et 1992) à 3,5% entre 2002 et 2013 (RGPH IV 2013). Selon la même source, les jeunes de 10–24 ans représentent 33% de la population et 51% de femmes. Cette répartition de la population béninoise traduit une forte nécessité d'agir au niveau des femmes, des jeunes et des adolescents (féminins et masculins) pour impulser le développement du pays. Ainsi, des actions concertées menées en synergie sont nécessaires pour aider la jeunesse à adopter des comportements responsables et contribuer ainsi à améliorer les indicateurs de santé, notamment celui de la mortalité maternelle. Pendant ce temps, le taux de croissance économique présente un PIB de 4% en 2016.

Une jeunesse en bonne santé et bien formée est une opportunité certaine de développement économique et social. La réalisation d'un dividende démographique repose sur l'autonomisation, l'éducation, la santé et l'emploi des personnes ainsi que sur une augmentation de l'épargne et des investissements en faveur des catégories productives.

Pour améliorer les conditions de vie des populations béninoises, le gouvernement du Bénin a initié des programmes dans le domaine de la santé : la gratuité des soins de santé des enfants de moins de 5 ans et celle des femmes enceintes en passant par la gratuité de la césarienne, le programme d'Assurance et de Renforcement du Capital Humain (ARCH) du Gouvernement.

La gratuité des méthodes contraceptives est amorcée dans certaines zones sanitaires.

Actuellement, les adolescent(e)s se trouvent confronté(e)s à d'importants problèmes de santé sexuelle et de la reproduction notamment la prolifération des IST/VIH/Sida, la non utilisation de méthodes contraceptives dans un contexte de rapports sexuels non protégés, la fréquence des grossesses non désirées et les complications des avortements provoqués, l'utilisation de sources non fiables d'informations en santé des adolescents et jeunes, le commerce sexuel du fait de la dégradation des mœurs et de la situation économique précaire des parents et tuteurs.

Les faibles niveaux de contraception sont dus à divers facteurs socio-culturels et économiques, les rumeurs sur les effets secondaires, le stigma social et communautaire sur l'utilisation des méthodes contraceptives. De même, des facteurs liés aux services comme le mauvais accueil de la part des prestataires/temps d'attente, les ruptures de contraceptifs, la mauvaise gestion des effets secondaires et de la pharmacovigilance, le manque de matériels et d'agents qualifiés, l'insuffisance d'informations sur la PF, y contribuent.

Cette analyse de la situation montre clairement qu'il urge de mener des actions ciblées sur les jeunes filles et garçons en vue de leur permettre d'avoir un plein épanouissement, d'être plus responsables et de participer efficacement au développement du pays. En effet, bien que la croissance démographique chez les jeunes et adolescent(e)s constitue une bombe à retardement pour le Bénin, il n'en demeure pas moins que l'on puisse en tirer profit. Ceci à la seule condition que cette jeunesse soit capable d'apporter sa pierre à l'édifice. Le présent projet vient donc y contribuer efficacement à travers des stratégies innovantes et participatives.

Par ailleurs, des actions sont également utiles à l'endroit des femmes qui, du fait **des normes sexistes de genre**, ne prennent pas une part active dans les actions de développement du pays. Ces normes sexistes ont une forte influence sur leur santé, impactant du coup les principaux indicateurs socio-sanitaires. Le projet élaboré par le Projet servira à réaliser des activités pour un accès plus équitable aux services de santé.

L'offre de services dans les structures sanitaires (privées ou publiques) est tributaire de la disponibilité des produits de santé à savoir les **consommables médicaux et les méthodes contraceptives** pour le cas de la santé sexuelle et reproductive. Le système sanitaire béninois dispose d'un bon circuit de distribution des produits pharmaceutiques tant dans le secteur public que dans le secteur privé. La CAME approvisionne les dépôts répartiteurs des 32 zones sanitaires qui à leur tour desservent les formations sanitaires publiques qui relèvent de leur aire d'intervention. Les structures privées également peuvent aller se ravitailler auprès de cette grossiste publique. Parallèlement, il existe d'autres structures/grossistes qui approvisionnent les structures sanitaires et autres qui offrent les services de SR. Particulièrement chez les jeunes, XXXXX et XXXXX approvisionnent les centres XXXXX, les cliniques privées XXXXX, les Centres Socio-éducatifs et autres.

Malgré ce dispositif impressionnant, la disponibilité des méthodes contraceptives pose encore problème. Ce constat est dû à des situations d'ordre logique à savoir :

- ⇒ La **rupture de stocks de méthodes contraceptives** ;
- ⇒ La **péremption d'énormes quantités de méthodes contraceptives**, notamment celles à longue durée d'action ;
- ⇒ La **préférence dans l'approvisionnement de certaines méthodes** au détriment d'autres.

Les problèmes sont beaucoup plus liés aux **compétences du personnel en charge** de la gestion des stocks de produits contraceptifs dans les différentes structures sanitaires d'une part, mais d'autre part du fait des mauvaises conditions dans lesquelles les produits/consommables sont stockés surtout dans les centres de santé. Il est important que le présent projet se penche sur la résolution de ces problèmes.

Par ailleurs, la disponibilité des consommables pour l'offre des méthodes contraceptives est une autre difficulté à laquelle les structures font face. En effet, les centres ne disposent souvent pas de consommables (coton, gant, compresses, alcool, etc...) pour offrir convenablement les méthodes. Cette situation qui pourrait engendrer des risques d'infection résulte d'une part de l'absence d'une ligne claire d'approvisionnement des consommables, mais également de la mauvaise gestion de ces consommables ; la gestion de ces consommables comme tout produit de santé devrait être faite par des fiches de stocks, ce qui n'est pas le cas pour les consommables qui sont gérés sans aucune orthodoxie. Le projet devrait pouvoir travailler à l'amélioration de la gestion de ces consommables.