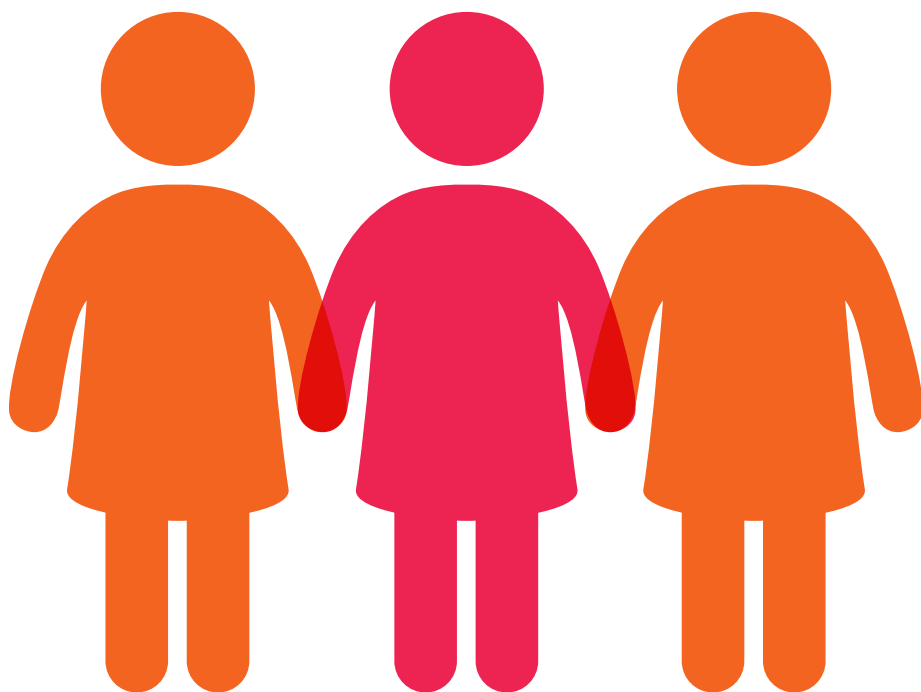


Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Bénin

Analyse des politiques
et des programmes :
opportunités et défis
pour l'UNFPA

septembre 2014



**EQUI
POP.
ORG**

Avec le soutien de



Remerciements

Equilibres & Populations tient à remercier l'ensemble des personnes qui ont été impliquées dans la réalisation de cette étude.

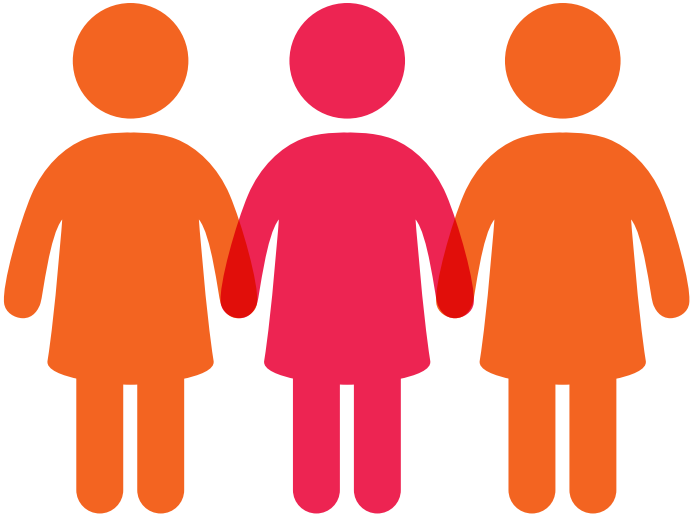
Nos remerciements s'adressent en particulier à Diene Keita, représentante résidente de l'UNFPA Bénin, qui nous a, encore une fois, accordé sa confiance et a permis la franche collaboration de toute son équipe.

Nous souhaitons aussi témoigner toute notre reconnaissance aux nombreuses personnes des ministères, des agences onusiennes et des ONG au Bénin qui en acceptant d'être interviewées ou de participer à des séances de travail collectives ont nourri cette analyse de leur expertise et de leurs connaissances. La richesse de ce rapport tient avant tout à leurs contributions.

Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Bénin

septembre 2014

Analyse des politiques
et des programmes :
opportunités et défis
pour l'UNFPA



Sommaire

6 Sigles & acronymes

7 I. Introduction

7 1.1. Justification du sujet

8 1.2. Cadre de l'étude et méthodologie

8 1.2.1. Questions évaluatives et objectifs spécifiques

10 1.2.2. Méthodologie et déroulement de l'étude

12 1.3. Contexte national et enjeux spécifiques

12 1.3.1. Données socio-sanitaires sur les adolescentes béninoises

13 1.3.2. Environnement législatif

17 1.3.3. Principales politiques et programmes

14 1.3.4. L'UNFPA, un acteur incontournable dans le domaine de la SDSP

18 1.3.5. Une volonté de changement mais trop peu de financements

19 II. Stratégies, actions et outils actuellement mis en œuvre

19 2.1. Données et études

19 2.1.1. Principales données quantitatives et qualitatives

20 2.1.2. Les études existantes

20 2.2. Politiques et lois

20 2.2.1. Les lois

22 2.2.2. Les politiques et programmes

22 2.3. Education à la sexualité

22 2.3.1. Importance de l'information

23 2.3.2. L'éducation sexuelle à l'école

24 2.3.3. L'information des jeunes par les jeunes

26 2.3.4. Les médias

28 2.3.5. L'implication des familles

29 2.3.6. En termes de contenu

30 2.4. Offre de services

30 2.4.1. Les centres de santé

31 2.4.2. Les centres jeunes

36 2.5. Mobilisation communautaire

36 2.5.1. L'importance des normes sociales

37 2.5.2. Thématiques et portes d'entrée à privilégier selon les acteurs

38 2.5.3. Implication et responsabilisation des hommes

39 2.5.4. Déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre

41 2.5.5. Mobilisation des leaders et détenteurs d'enjeux

43 III. Propositions d'action au niveau individuel, communautaire et institutionnel

43 3.1. Remarques sur le positionnement de l'UNFPA

43 3.2. Dix propositions d'action à prioriser

52 IV. Références

53 V. Annexes

53 1. Projet MUSKOKA / UNFPA

Proposition de TDR pour l'analyse des éléments de SSR des adolescents dans les politiques et programmes pays

55 2. Atelier - Rencontre H4+ :

Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire - Muskoka 15-17 Novembre - Cotonou Benin

57 3. Atelier - Rencontre H4+ :

Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire - Muskoka 15-17 Novembre - Cotonou Benin
Théorie du changement : Réduction des grossesses précoces

Sigles & acronymes

ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
AFD	Agence Française de Développement
ANELS	Association Nationale des Etudiants pour la Lutte contre le Sida
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CeRADIS	Centres de Réflexion et d'Actions pour le Développement Intégré et la Solidarité
CPAP	UNFPA - Contry Programme Action Plan / Plan d'action programme pays
DJVA	Direction de la Jeunesse et de la Vie Associative
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPP	Education Par les Pairs
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MICS	Multiple indicator Cluster Survey / Enquête à indicateurs multiples
MJCD	Mutuelle des Jeunes Chrétiens pour le Développement
MJSL	Ministère de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs
MS	Ministère de la Santé
PDSAN	Programme de Développement Sanitaire et Nutritionnel
PF	Planification Familiale
PND	Politique Nationale de Développement Sanitaire
PNSR	Programme National en Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PV-VIH	Personne Vivant avec le VIH
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG/OSC	Organisation non gouvernementale / Organisation de la Société Civile
RACINES	Recherches, Actions Conseils Initiatives pour un Nouvel Espoir
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SDSP	Santé et Droits Sexuels et de la Procréation
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRAJ	Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
TDR	Termes de Références
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework / Plan Cadre des Nations Unies pour le Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds Des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development / Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

1.1. Justification du sujet

Aux cours des deux dernières décennies, la santé maternelle et infantile ainsi que les questions de maternité sans risque et de planification familiale ont fait l'objet d'un intérêt et d'efforts grandissants de la part des décideurs. La place de ces problématiques dans les politiques de développement au niveau international comme au niveau national s'est renforcée (CIPD, OMD 4 et 5, programmes d'accélération de réduction de la mortalité maternelle, initiative Muskoka, conférence de Ouagadougou sur la planification familiale). La réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelles au niveau mondial observée depuis les années 2010 est un résultat visible de ces efforts conjoints.

Cette tendance positive est notamment due à des progrès importants en Asie et en Amérique du Sud ; l'Afrique sub-saharienne connaissant encore des indicateurs de santé sexuelle et de la procréation inquiétants. Par ailleurs, et notamment en Afrique sub-saharienne, la situation des adolescentes au regard des enjeux de la santé et des droits sexuels et de la procréation (SDSP) reste très préoccupante, même si émerge une prise de conscience de la nécessité de mieux répondre à leurs besoins.

Au niveau mondial, 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et 2 millions de jeunes filles de moins de 15 ans accouchent chaque année, ce qui représente plus de 10 % des naissances. Les adolescentes représentent 15 % de la charge mondiale de morbidité maternelle et 13 % de la mortalité maternelle. Un quart des décès maternels surviennent à l'adolescence et ces décès sont la première cause de mortalité des adolescentes. En Afrique de l'Ouest et du Centre, 45 % des femmes se marient ou sont mariées avant 19 ans. La féminisation de l'épidémie du Sida en Afrique (aujourd'hui les PV-VIH sont en majorité des femmes) affecte particulièrement les jeunes ; 75 % des nouvelles infections à VIH-sida contractées dans la tranche d'âge des 15 - 29 ans concernent les filles.

Paradoxalement, si les jeunes filles contribuent largement à la médiocrité des indicateurs des OMD 4, 5 et 6, on constate qu'elles sont sous représentées dans la fréquentation des structures sanitaires et sont peu touchées par les programmes de SR/PF, y compris ceux à destination des jeunes. Ceci est particulièrement vrai pour certaines catégories de jeunes filles qui vivent des situations de vulnérabilité et sont isolées socialement : non scolarisées ou déscolarisées précocement, mariées très jeunes, jeunes filles migrantes employées domestiques, jeunes vendeuses, travailleuses du sexe.

Prendre en compte et répondre aux besoins de toutes les adolescentes dès le plus jeune âge (10 - 14 ans) et lutter contre les pesanteurs socio-culturelles et les inégalités de genre qui freinent la demande de soins et de conseils des adolescentes et jeunes femmes, qui les empêchent d'accéder aux droits et aux services socio-sanitaires est un impératif pour que les OMD 4, 5 et 6 progressent, y compris en Afrique sub-saharienne. C'est également une question de droit et de justice.

L'adolescence des filles au Burkina Faso - Une clé de voûte pour le changement social, Population Council 2010

« Les expériences vécues pendant l'adolescence affectent énormément les futures vies d'adultes des garçons et des filles. Cela suggère qu'il est possible, avec des interventions et des actions ciblées pendant la deuxième décennie de la vie, d'améliorer considérablement et durablement la santé et le statut socio-économique des futurs adultes. À l'adolescence, période de transition, les garçons et les filles connaissent d'importants changements biologiques, sociaux et psychologiques liés à la puberté, qui auront des conséquences dans leur vie. Parmi ces changements figurent les premières relations sexuelles, le mariage, la maternité et l'augmentation des responsabilités ménagères et familiales. Ces dix dernières années, les adolescents ont donc été de plus en plus souvent ciblés par les efforts politiques et les différents programmes. Les initiatives ont surtout visé à améliorer le taux de scolarisation et la qualité de l'enseignement, à rendre les services de santé plus accessibles aux jeunes, à éduquer ces derniers sur la santé sexuelle et de la procréation, et plus récemment, à répondre à leurs préoccupations économiques.

De toute évidence, s'investir pour les adolescentes est essentiel pour :

- faire appliquer la Convention relative aux droits de l'enfant ;
- défendre les droits des filles à se marier plus tard, une fois informées et consentantes ;
- préserver leur santé sexuelle et de la procréation et les aider à acquérir de bonnes habitudes de santé ;
- réaliser des investissements en capital humain, notamment en matière de santé pendant la petite enfance ;
- réduire les disparités entre les sexes en termes d'accès aux services de santé et ressources socio-économiques ;
- construire une base économique efficace pour les adolescentes, en particulier dans les régions pauvres, où beaucoup sont mal préparées pour démarrer leur vie économique ;
- augmenter l'écart d'âge entre les générations et rendre la croissance démographique moins rapide (Bruce and Chong 2006) ».

1.2. Cadre de l'étude et méthodologie

1.2.1. Questions évaluatives et objectifs spécifiques

L'UNFPA a fait du soutien aux jeunes et aux adolescent-e-s une de ses priorités. Les 'Cinq clefs' de la stratégie de l'UNFPA pour ouvrir des perspectives aux jeunes sont les suivantes : intégrer les questions concernant les jeunes dans les stratégies de développement national et de réduction de la pauvreté, élargir l'accès à une éducation à la santé sexuelle et reproductive qui soit soucieuse d'égalité femmes-hommes et qui encourage la préparation à la vie active, promouvoir un ensemble minimal de services de santé et de produits destinés aux jeunes, encourager le leadership et la participation des jeunes et promouvoir les interventions innovantes pour les « laisser pour compte » par exemple les filles mères, les groupes les plus vulnérables, les victimes de violences. Ces orientations sont clairement affichées et déclinées dans sa stratégie 2014 - 2017 qui est le cadre de référence pour développer les programmes et partenariats dans chaque pays

où intervient le Fonds. Par ailleurs, l'UNFPA a saisi l'occasion de l'initiative Muskoka française (2011 - 2015) qui vise à accélérer l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 dans les pays où les indicateurs restent faibles et dans lesquels il est impliqué avec 3 autres agences onusiennes (OMS, UNICEF et ONU FEMMES) pour renforcer ses moyens pour faire avancer concrètement une plus grande et meilleure prise en compte des adolescentes dans les projets, politiques et programmes.

C'est ainsi, à l'initiative de l'UNFPA, qu'a été organisé en 2012 à Cotonou par les 4 agences onusiennes, un atelier sous régional H4 dont l'objectif était de faire émerger des propositions concrètes à intégrer dans les plans d'actions du Fond de Solidarité Prioritaire / Muskoka en Afrique de l'Ouest, afin de s'assurer que les adolescentes bénéficient de manière effective des programmes de santé sexuelle et reproductive. A l'issue de cette rencontre à laquelle ont activement pris part plusieurs délégations d'Afrique francophone dont le Bénin, des conclusions ont été collectivement formulées et des engagements ont été pris (cf. annexes).

Un consensus a notamment émergé sur le fait que les difficultés et les obstacles que les adolescentes rencontrent pour accéder à des conseils et soins de qualité, adaptés à leurs besoins, le lourd tribut qu'elles payent en termes de mortalité et morbidité maternelles (principalement à cause des grossesses précoces et/ou des conséquences des grossesses non désirées et des avortements à risque) ainsi que leur poids dans les nouvelles infections au VIH-sida, ne relèvent pas seulement de la faiblesse des systèmes de santé et d'un manque d'information et de connaissance. Cela relève aussi d'un environnement culturel et sociétal qui leur est très défavorable : tabous sur la sexualité, notamment chez les jeunes, valorisation/imposition du mariage précoce et des grossesses nombreuses, relations de pouvoirs inégalitaires entre les jeunes et les adultes, entre hommes (garçons) et femmes (filles). Ces normes sociales maintiennent les femmes et les filles en situation de vulnérabilité face notamment à la coercition sexuelle et plus largement, les empêchent de faire des choix libres et éclairés.

En conséquence, il a été admis que sans changement dans les rapports sociaux de sexe, sans modification des normes sociales en vigueur et du regard porté sur les jeunes filles adolescentes, et sans le développement de stratégies d'intervention différenciées qui permettent de toucher effectivement les adolescentes dans toutes leur diversité (scolarisées et non scolarisées, mariées et mères, résidant zone urbaine ou rurale, alphabétisées ou non alphabétisées), il sera impossible d'atteindre les objectifs des plans de développement des pays et des programmes en termes de réduction de la mortalité maternelle, de recul de l'âge au mariage et à la première grossesse, de maîtrise de la fécondité, et donc de réduction de la pauvreté.

Dans la continuité de ce travail, et pour appuyer l'opérationnalisation des engagements pris, la division technique de l'UNFPA a contractualisé avec Equilibres & Populations pour réaliser dans trois pays, dont le Bénin, une analyse des plans nationaux et des différents programmes pour permettre de souligner les opportunités et les défis pour la poursuite et l'accélération des changements initiés en faveur des filles dans les pays 'Initiative Muskoka' - en ligne avec les conclusions et les engagements pris lors de la conférence de novembre 2012 au Bénin.

Quelles sont les actions à fort impact à privilégier et à soutenir pour améliorer et adapter l'offre de soins et de services aux besoins spécifiques des adolescentes et agir efficacement pour un changement social bénéficiant aux jeunes filles et à leur santé à long terme ? Quel rôle spécifique peut avoir l'UNFPA en prenant en compte les programmes des autres intervenants et les spécificités nationales ? Ce sont les questions qui guident l'analyse.

Cette étude vise plus spécifiquement les objectifs ci-dessous :

- Apprécier le degré de prise en compte des adolescentes dans les politiques et l'arsenal juridique national.
- Identifier les différents acteurs intervenant dans le domaine de la SRAJ, de la jeunesse mais aussi de l'éducation, des droits des femmes et des filles et de l'égalité femmes-hommes et apprécier les actions au regard de la place et de la prise en compte des adolescentes et de leur contribution à la théorie du changement.
- Identifier les principales forces et faiblesses des programmes et des dispositifs existants au regard de la cible « adolescentes » et des éléments de la théorie du changement (données, lois, éducation sexuelle, service de santé, changement social et renforcement de l'empowerment¹ des filles).
- A partir de l'existant et des opportunités, formuler des recommandations stratégiques et opérationnelles visant à nourrir le développement de nouvelles approches et la révision des programmes en cours et à venir.

1. L'empowerment est le procédé qui permet aux individus et aux communautés de renforcer leur capacité à faire des choix et à les convertir en actions et en résultats. Les éléments-clés de ce procédé sont les mesures qui leur permettent de se construire des atouts individuels et collectifs, et d'améliorer l'efficacité et l'équité du contexte organisationnel et institutionnel, qui influe sur la manière d'utiliser ces atouts.

1.2.2. Méthodologie et déroulement de l'étude

Définition/validation des TDR de l'étude

Les termes de référence de l'analyse et la méthodologie suivie ont été discutés avec le bureau technique et le bureau sous régional UNFPA et validés par UNFPA Bénin (cf. Annexe)

Equipe de consultant-es

Quatre personnes ont contribué ; Aurélie Gal-Régnez (Equipop) : supervision générale et relation partenariale / Dominique Pobel (Equipop) : coordination, supervision des missions terrain, analyse des données / Delphine Barry (consultante) : collecte de données, traitement des données et participation aux missions de terrain / Magali Doisy (Equipop) : collecte de données, traitement des données et participation aux missions de terrain.

Recueil des données et revue documentaire

En amont de la mission de terrain, une première cartographie des programmes à étudier, des actions en cours et des intervenants impliqués et à rencontrer a été établie.

Deux missions de terrain conduites du 4 au 8 novembre 2013 et du 16 au 20 décembre 2013 ont permis de compléter la cartographie et d'affiner l'analyse en travaillant avec l'équipe de l'UNFPA et en rencontrant les intervenants et acteurs. Trois types de rencontres ont été tenues :

- **Réunions de travail avec l'équipe UNFPA** : une séance de travail en début de mission et une séance de débriefing / discussion des principales observations en fin de mission.

- **Rencontres multi-acteurs** : 2 rencontres multi-acteurs organisées par le bureau UNFPA ont été tenues. La première avec les responsables de la SSRAJ des bureaux UNFPA, UNICEF et ONUSIDA. La seconde avec certains partenaires de l'UNFPA en provenance de la société civile ainsi que la DSME et le MJSL.
- **Entretiens avec les responsables et coordinateurs de programmes** : des rencontres ont été organisées avec des acteurs-trices pour apprécier l'opérationnalisation des projets et identifier les bonnes pratiques sur la base de la grille d'intervention issue de l'atelier de Cotonou. Deux entretiens ont été conduits avec des représentants des ministères de lignes : la direction de la Santé de la mère et de l'enfant (DSME) du ministère de la Santé, la direction de la Jeunesse et de la vie associative (DJVA) du ministère de la Jeunesse, des sports et des loisirs. Quatorze entretiens ont été conduits avec des membres d'ONG et des partenaires : CeRADIS, OSV Jordan, Organe Consultatif de la Jeunesse, Association Nationale des Etudiants pour la Lutte contre le Sida (ANELS), Mutuelle des Jeunes Chrétiens pour le Développement (MJCD), Recherches, Actions Conseils Initiatives pour un Nouvel Espoir (RACINES), Mouvement de scoutisme béninois, SOS Civisme, Réseau Ouest Africains des Jeunes Femmes Leaders, AIESEC-Bénin, Réseau Béninois des Adolescents et Jeunes en Population et Développement (REBAJ/PD), Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF), Consortium International de Relation d'Aide à Distance (CIRAD), Service de Coopération et d'Action Culturelle (SCAC) de l'Ambassade de France.

Cette méthodologie a permis conjointement d'apprécier les actions en cours et de faire émerger collectivement des propositions de la part des acteurs que nous discutons plus bas.

Analyse des données et recommandations

Les principales politiques, programmes, projets qui sont pris en compte dans l'analyse et ont fait l'objet d'un traitement approfondi sont :

- **Ministère de la Santé** :
 - Le Plan national de développement sanitaire (2009-2018)
 - La Stratégie nationale multisectorielle de la santé sexuelle de la reproduction des jeunes et adolescents (2010 - 2020)
 - Le Plan stratégique national de lutte contre le VIH et les IST (2012 - 2016)
- **Ministère de la Jeunesse, des sports et des loisirs** :
 - La Politique nationale de la jeunesse
 - Le Document de révision de la PNJ
- **Ministère de la promotion de la femme** :
 - La Politique nationale de promotion du genre
- **Au niveau de la société civile, l'analyse a porté sur les programmes et les stratégies développées par les acteurs suivants** :
 - CeRADIS,
 - OSV Jordan,
 - RACINES,
 - Les Scouts du Bénin,
 - ABPF.

L'analyse des stratégies et actions en cours a permis d'identifier des opportunités à saisir et des gaps à combler à différents niveaux : données et études, environnement législatif et politique, dispositif d'information et de communication, offre de services, travail avec les communautés. A partir de cette analyse, l'étude propose dix recommandations d'actions que l'UNFPA pourrait soutenir ou mener dans les programmes en cours et à venir. Ces recommandations ainsi que l'ensemble de l'étude ont été soumis au bureau béninois de l'UNFPA pour commentaires et approfondissement. Le rapport final prend en compte ces éléments.

A ce stade, il est important de souligner les limites de cette étude. La principale est liée à la contrainte de temps - seulement deux missions de 5 jours ont pu être menées au Bénin pour le recueil des données - même si elle a été compensée en partie par une revue documentaire préalable fouillée et des entretiens intensifs avec les acteurs nationaux. La deuxième limite relève de la complexité institutionnelle du champ d'investigation : beaucoup d'acteurs interviennent ou seraient légitimes pour intervenir en matière de santé et droits des adolescentes. Or les mécanismes de coordination peuvent paraître opaques et les rôles et responsabilités de chacun flous, ce qui rend difficile l'identification précise d'actions concertées. Par conséquent, l'analyse et les recommandations formulées ici ne sont pas définitives et sont à envisager comme des pistes de travail à approfondir.

1.3. Contexte national et enjeux spécifiques

1.3.1. Données socio-sanitaires sur les adolescentes béninoises

La population béninoise s'élèverait à près de 10 millions d'habitants dont 51,2 % de femmes selon les résultats provisoires du 4^{ème} Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH, 2013) contre un peu moins de 7 millions en 2002 (RGPH, 2002). Les moins de quinze ans représentent toujours environ 49 % de la population. Selon la dernière EDS du Bénin (2011-2012), les filles de 10 à 14 ans et les filles de 15 à 19 ans représentent respectivement 14,2 % et 7,3 % de l'ensemble de la population féminine ce qui permet d'estimer leur nombre à environ 1,1 million dont 700 000 jeunes filles âgées de 10 à 14 ans. Si l'indice synthétique de fécondité reste élevé au Bénin avec 4,9 enfants par femme en moyenne, il est en diminution par rapport aux EDS précédents (6,3 en 1996 et 5,7 en 2006).

Au Bénin, une femme sur deux (51 %) n'a pas d'instruction contre un homme sur trois (33 %). En ce qui concerne la scolarisation des jeunes et adolescentes, 32 % des filles de 6 à 11 ans ne fréquentent pas l'école primaire (contre 28 % de garçon) et 60 % des adolescentes de 12 à 18 ans ne fréquentent pas le secondaire (EDS - MICS IV, 2011-2012). Plus de 45 % des jeunes filles de 15 à 24 ans ne peuvent pas lire une phrase (contre 23 % des garçons).

Dans la tranche des 15 – 19 ans, 17 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie procréative : 13 % ont eu, au moins, un enfant et 3 % sont enceintes d'un premier enfant. Les proportions d'adolescentes ayant commencé leur vie procréative augmentent rapidement avec l'âge, passant de 3 % à 15 ans, à 15 % à 17 ans et à 37 % à 19 ans, âge auquel 30 % des jeunes filles ont déjà eu, au moins, un enfant. Des différences significatives existent selon le lieu de résidence des adolescentes (zone rurale et zone urbaine, mais également situation géographique dans le pays) et le niveau d'instruction / scolarisation. Par exemple, les jeunes filles des 15 à 19 ans ayant commencé leur vie procréative sont 34 % dans l'Acatoro contre 7 % à Cotonou. Les adolescentes contribuent encore de façon importante à la fécondité au Bénin. L'âge médian à la première union des femmes de 25 à 49 ans est de 19,8 ans ; parmi elles, une sur sept (14 %) était en union avant 15 ans. Celui des hommes de 30 à 49 ans est de 25,5 ans. En termes d'âges médians aux premiers rapports sexuels, il est de 18,3 ans pour les femmes (de 25 à 49 ans) et de 18,8 pour les hommes (de 20 à 64 ans).

Selon l'EDS - MICS IV (2011-2012), les adolescentes de 15 à 19 ans sont 14,4 % à utiliser une méthode contraceptive (9,5 % utilisent une méthode contraceptive moderne). Ce taux n'est seulement que de 8,2 % pour les adolescentes en union (dont 4,2 % pour les méthodes modernes).

1.3.2. Environnement législatif

Le Bénin a ratifié de nombreuses conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction avec notamment : la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CIDE) en 1990, la Convention pour l'élimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) en 1992 et son protocole facultatif en 2005, le Programme d'action du Caire (CIPD) en 1994, la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples et son protocole additionnel portant sur le droit des femmes en 2005, la Charte africaine de la jeunesse, et le plan d'action de Maputo.

Au niveau national, au cours des 10 dernières années, plusieurs lois ou textes ont été modifiés ou adoptés pour assurer la cohérence du droit national avec les conventions internationales et en assurer l'application. Plusieurs de ces textes sont de réelles avancées législatives et juridiques vers davantage d'égalité entre les hommes et les femmes ; on note une reconnaissance des droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et de la procréation, de nuptialité et de régime matrimonial ainsi qu'une volonté de condamner les violences faites aux femmes et aux filles, notamment les viols, y compris dans le cadre du mariage.

Ainsi, la Loi n° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction consacre l'égalité des sexes en matière de santé de la reproduction et le caractère universel fondamental du droit à la santé de la reproduction, tout au long de la vie, en toute situation et en tout lieu sans discrimination due à l'âge, au sexe, à la fortune, à la religion, au statut matrimonial, à la possibilité pour toute personne de mener une vie sexuelle en toute sécurité, d'être capable de procréer et libre de le faire au rythme de son choix. Elle implique le droit pour les femmes et les hommes d'être informés et d'utiliser la méthode de planification de leur choix.

La Loi N°2002-07 promulguée le 24 août 2004 relative au Code des personnes et de la famille, fixe l'âge légal au mariage à 18 ans pour les hommes comme pour les femmes, supprime le lévirat, reconnaît une autorité parentale partagée entre le père et la mère, instaure l'héritage au conjoint survivant et l'héritage aux enfants quel que soit leur sexe ou leur âge et pose la monogamie comme principe matrimonial. La Loi n° 2003-03 du 03 mars 2003 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines et la Loi n° 2006-19 du 5 septembre 2006 portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes prévoient des sanctions aggravées lorsque les victimes sont des filles mineures (moins de 18 ans).

Dans ces textes, la situation de vulnérabilité des victimes, les relations de subordination notamment en cas de harcèlement sont prises en compte, ainsi que le jeune âge. On peut dire que les filles et les adolescentes, même si elles ne sont pas mentionnées spécifiquement, sont effectivement prises en compte.

Enfin, avec la Loi 2011-26 du 9 janvier 2012 promulguée en mars 2012 portant prévention et répression des violences faites aux femmes, le Bénin s'est doté d'un arsenal juridique pour combattre de nombreuses violences faites aux femmes et aux filles et condamner les auteurs de ces violences. Cette loi complète et confirme des principes des lois précédentes, par exemple l'interdiction des mutilations génitales féminines. Elle rappelle l'obligation de la scolarisation jusqu'à 16 ans. Elle condamne clairement les violences conjugales, familiales, le harcèlement sexuel, le viol y compris entre époux, le mariage forcé, le rapt d'enfant, le lévirat, les interdits alimentaires en cas de grossesse ou d'accouchement, le rite de veuvage, l'internement des filles dans les couvents, la traite des filles, le rite de purification en cas d'adultère. L'adoption et la promulgation de cette loi sont le résultat d'une volonté politique et d'un combat mené par la société civile et notamment par les associations et réseaux de femmes avec l'appui de partenaires comme l'UNFPA. Des actions de vulgarisation et d'appropriation de cette loi se sont développées très rapidement après son adoption et provoquent des réactions négatives et parfois violentes. En effet, au Bénin, le droit coutumier et religieux reste encore la référence dans de nombreux endroits et continue d'être utilisé par les tribunaux.

1.3.3. Principales politiques et programmes

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS, 2009 - 2018)

Il se décline en 5 domaines et 13 programmes d'interventions prioritaires dont un relatif à la santé de la reproduction. Les objectifs principaux de ce programme sont la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Cependant, il ne comprend pas d'actions à destination des adolescentes qui pourtant contribuent de façon non négligeable à la mortalité maternelle et infanto-juvénile. De plus, le PNDS est largement orienté vers des actions curatives et laisse une faible place aux aspects de prévention qui sont primordiaux dans un contexte de faibles ressources à la fois humaines et financières, et pour répondre aux enjeux et défis présentés ci-dessus.

L'opérationnalisation du PNDS se fait à travers des plans triennaux de développement, déclinés en plans triennaux départementaux mis en exécution au niveau des zones sanitaires. Ces dernières sont responsables de l'élaboration de plans annuels et de leur exécution. Aussi, il ne faut pas négliger ce niveau d'intervention afin qu'un réel focus soit mis sur les jeunes filles et notamment celles en situation de vulnérabilité.

Le PNDS ne fait pas état de la SRAJ mais cette problématique n'est pas pour autant absente du ministère de la Santé. La DSME dispose d'un service chargé de la santé des adolescents et jeunes (SRAJ) et a élaboré le document de Stratégie nationale multisectorielle de la santé sexuelle de la reproduction des jeunes et adolescents qui intègre la lutte contre le VIH - Sida.

La Stratégie nationale multisectorielle de la santé sexuelle de la reproduction des jeunes et adolescents / VIH/Sida (2011-2015)

Ce document présente six axes prioritaires d'intervention : **1.** communication stratégique et mobilisation communautaire pour la promotion de la SRAJ/VIH/Sida, **2.** accessibilité des adolescentes et jeunes aux services SRAJ/IST/VIH/Sida de qualité, **3.** collaboration multisectorielle et partenariat, **4.** implication et responsabilisation des jeunes dans la promotion de la SSR/VIH/Sida, **5.** plaidoyer, lobbying et mobilisation des ressources, **6.** coordination, suivi et évaluation des interventions. Chaque axe se décline en objectif général et objectifs spécifiques.

L'hétérogénéité des jeunes et adolescent-e-s (en termes d'âge, de sexe, de statut matrimonial, de niveau d'instruction, de lieu de vie) et la nécessité d'adopter parfois des stratégies différenciées selon les situations vécues par les jeunes sont mentionnées au début du document et notamment dans le cadre de l'axe 2. Cependant ces préoccupations disparaissent dans le reste du document. Les adolescentes et notamment les plus jeunes (10 - 14 ans) ne sont pas identifiées comme une population à cibler spécifiquement et particulièrement.

Le processus de revue de cette stratégie et de son plan quinquennal en cours en 2014 peut être l'occasion d'enrichir les contenus des documents. Un travail de désagrégation sexe - spécifique des données et des indicateurs pourrait notamment être envisagé.

La Stratégie de sécurisation des produits de santé de la reproduction (2006 - 2015)

Elle porte sur les contraceptifs, les concentrateurs d'oxygène, les solutés, le sang, les consommables médicaux et matériels médico techniques de première nécessité. Au cours des 5 premières années, les efforts ont porté sur la sécurisation du financement et de l'approvisionnement des produits contraceptifs.

Depuis 2011, l'accent est mis sur l'extension du mécanisme d'autonomie financière, sur les concentrateurs d'oxygène, la transfusion sanguine, les solutés et les consommables médicaux et matériels médico techniques.

Ce document n'a pas pour vocation de définir une cible, en particulier en ce qui concerne la distribution des moyens de contraceptions. C'est pourquoi l'ajout d'un volet consacré à un financement spécifique des contraceptifs à destination des adolescent-e-s pourrait être ajouté. Ce qui pourrait faciliter la gratuité de la PF pour les jeunes.

Le Programme national de santé de la reproduction (2011 - 2015)

Le Bénin s'est doté d'un programme national de santé de la reproduction dès 2003. Il comprend quatre volets : la santé de la femme, la santé de l'enfant, la santé des jeunes et la santé des hommes. Le volet santé des jeunes comprend l'éducation à la vie familiale et à la parenté responsable, la prise en charge de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes y compris la prévention des comportements à risques, la lutte contre les grossesses non désirées, les maternités précoces et les avortements provoqués, les consultations prénuptiales et les conseils en mariage, la promotion d'un environnement économique et culturel des adolescents et jeunes favorisant l'approche du genre.

Le volet santé de la femme comprend des entrées pouvant également être favorables pour les adolescentes. En effet, les différentes actions prévues par ce volet : **1.** élaboration des différents documents servant de cadre de référence pour la mise en œuvre des programmes (documents de politiques, normes, standards des services en santé familiale, programmes, stratégie d'IEC en SR, protocoles de services SR, modules de formations en SONU et assurance qualité, **2.** adoption de la loi sur la SR et les mutilations génitales féminines, **3.** amélioration et extension de la couverture en infrastructures sanitaires pour une meilleure accessibilité des femmes aux soins prénatals et à l'accouchement, **4.** amélioration de la qualité des services à travers le renforcement du plateau technique (équipement des centres selon les normes, renforcement des capacités techniques des prestataires par la formation, les recyclages dans divers domaines de la SR en soins obstétricaux et néonataux d'urgence et en assurance de qualité), **5.** apport en personnel qualifié et plaidoyer pour l'implication des autorités politico-administratives, des parlementaires, des leaders et des communautés à la résolution des problèmes de santé de la mère et de l'enfant ont des répercussions positives sur la santé des jeunes filles béninoises.

La Politique nationale de promotion du genre

La PNPG établit un état des lieux des inégalités liées au genre au Bénin. Ce retour sur la situation inégalitaire est relativement complet et permet de comprendre que les femmes ont un statut comparable à celui d'un mineur. En effet, elle ne peut prendre aucune décision par elle-même y compris lorsque cela concerne sa propre santé. Cet état des lieux met en avant le fondement des relations hommes-femmes mais ne fait pas état de la situation des adolescentes et jeunes filles béninoises. Le document revient sur les nombreuses questions relatives à la condition féminine allant de la faible scolarisation au choix imposé par le père du futur époux.

Cependant, bien que cette politique revienne sur l'importance d'appliquer les lois et les traités internationaux, elle n'en reste que peu adaptée à la situation des adolescentes, notamment en matière d'accès aux soins et à l'éducation pour la santé sexuelle et reproductive.

La Politique nationale de la jeunesse et le document de la révision

La PNJ date de 2002 et est en cours de révision. Cette dernière devrait inclure une partie concernant la vulnérabilité et la protection des jeunes en matière de santé sexuelle reproductive, VIH/SIDA et autres fléaux. Le document de la révision est, actuellement, en discussion et cela est une opportunité afin d'ajouter une section concernant les adolescentes, avec des objectifs relatifs à leurs droits sexuels et reproductifs et à leur autonomisation économique.

1.3.4. L'UNFPA, un acteur incontournable dans le domaine de la SDSP

L'évaluation finale de la mise en œuvre du CPAP 2009 - 2013 souligne le rôle et les impacts de l'action de l'UNFPA en matière de genre, SRAJ / PF dans la dynamique qui a conduit à l'adoption et la promulgation de la loi portant prévention et répression contre les violences faites aux femmes et en matière de santé de la reproduction, aux actions menées en direction des jeunes avec notamment, l'insertion de la dimension santé de la reproduction dans les activités menées auprès des jeunes et adolescents au CEMAAC de Porto Novo, au CAMPF de Parakou, dans divers centres de jeunes et de loisirs, (Bembèrèkè et Bohicon), et au Centre multimédias des adolescents et jeunes de Cotonou.

L'UNFPA Bénin a fait de la cause des adolescentes une de ses prérogatives pour les cinq prochaines années. Le Document de programme pays (CPD 2014-2018), qui est le cadre de coopération entre le Bénin et l'UNFPA est particulièrement axé sur la promotion des jeunes filles, la planification familiale, la lutte contre les violences faites aux filles et aux femmes, les soins obstétricaux et néonatal d'urgence (SONU) ainsi qu'à la production des données. A ce titre, il est favorable à la promotion des droits des adolescentes puisqu'il prévoit le développement de programmes holistiques en matière d'éducation sexuelle et de santé sexuelle et reproductive, à travers l'élargissement de l'accès des jeunes à la PF et l'amélioration de la fourniture des soins essentiels en santé en matière de sexualité et de procréation pour les adolescent-e-s et les jeunes marginalisé-e-s. Le programme préconise une augmentation du nombre de soignant-e-s dans les centres de jeunes formés aux techniques de la contraception et une augmentation du nombre de volontaires formés à la distribution communautaire de contraceptifs. Il prévoit de mettre en place un programme d'éducation sexuelle adapté à l'âge et d'augmenter le nombre de personnes formées à la conception et l'application de programmes d'éducation sexuelle. De plus, la composante égalité femmes-hommes et droits en matière de procréation prévoit le soutien, par l'UNFPA, d'organisations et de réseaux de la société civile qui sensibilisent les hommes et les garçons à la notion d'égalité femmes-hommes. Cette dernière entrée permet de poursuivre l'opérationnalisation des procédures standards pour la prise en charge des violences faites aux filles et aux femmes ainsi que des activités de sensibilisation portant sur les violences physiques et morales que subissent les jeunes filles en milieu scolaire et non scolaire.

Dans le cadre de l'initiative Muskoka et spécifiquement dans la feuille de route 2012 - 2013, plusieurs activités prévues montrent la préoccupation de renforcer la promotion de la SRAJ à tous les niveaux (notamment au niveau communautaire), d'intégrer d'avantage les adolescentes dans les actions et d'en développer spécifiquement en leur direction, notamment en matière de prise en charge des victimes de violences basées sur le genre y compris les violences sexuelles.

Des activités concrètes pour la promotion de la SRAJ et à destination des jeunes filles dans la feuille de route 2012 - 2013 « Muskoka »

- Disséminer la stratégie nationale SRAJ auprès des ONG / OSC, au niveau départemental et des zones sanitaires, du ministère de la Jeunesse et des centres départementaux de la promotion sociale
- Réaliser une enquête de base sur la perception des adolescents et jeunes sur la fécondité et la PF
- Apporter un appui technique et financier aux centres d'accueil des jeunes filles victimes de violences sexuelles
- Apporter un appui financier pour l'éducation des filles victimes de violences sexuelles
- Etendre les activités de prévention et de prise en charge des conséquences des violences sexuelles faites aux femmes, adolescentes et jeunes filles à Porto Novo, Parakou et Lokossa
- Apporter un appui technique et financier pour la promotion de la PF, de la SRAJ, la sensibilisation de masse à travers la diffusion de 12 émissions sur la télévision nationale
- Organiser des séances de sensibilisation interpersonnelle pour la prévention des violences sexuelles en milieu scolaire
- Apporter un appui technique et financier pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles au niveau des hôpitaux
- En matière de renforcement de la SRAJ au niveau communautaire : former 1000 relais des zones prioritaires sur les IST, le VIH Sida et la PF, apporter un appui financier aux organisations de la société civile qui assurent la distribution des contraceptifs sous directives communautaires, doter chaque relai formé en boîte à image, phallus, condoms, spermicides, pilules orales, organiser des campagnes communautaires avec offre gratuite de service PF couplée au dépistage VIH.

1.3.5. Une volonté de changement mais trop peu de financements

Bien avant l'atelier de Cotonou en novembre 2012, le bureau UNFPA Bénin avait fait de la cause des adolescentes une de ses priorités pour les années à venir. Depuis cet atelier, l'UNFPA assure, au Bénin, le rôle de chef de file et impulse des dynamiques sur cette thématique. En effet, la feuille de route « initiative Muskoka » de l'année 2013 intégrait un renforcement des prestations de services de santé à destination des jeunes béninois. Cela incluait la formation du personnel de santé, l'amélioration de l'accès à la PF et l'accueil des jeunes filles victimes de violences dans des centres prenant en charge les personnes victimes de violences sexuelles. Le CPD 2014-2018 est également tourné vers une amélioration des conditions de vie des jeunes et des adolescentes du Bénin, prouvant l'intérêt du bureau pour cette composante de la population. Cependant, les moyens financiers prévus ne sont pas forcément suffisants et une meilleure distribution des ressources, par l'élargissement des fonds Muskoka à de nouveaux acteurs de la société civile serait à envisager.

Chaque ministère mais aussi des ONG reçoivent divers financements. La majorité des activités sont financées par des bailleurs extérieurs tels que l'UNFPA ou encore des agences d'aide au développement des pays du Nord.

Il faut noter que la problématique liée aux jeunes filles ne reçoit que peu de financement, et il en est de même pour le secteur de la santé dans son ensemble. Le ministère de la santé ne représente que 6 % du budget de l'Etat, ce qui ne permet pas de mettre en place des actions dans la durée ou de les porter à l'échelle nationale. Cette partie revient, au final, à des bailleurs comme l'UNFPA qui dans le cadre de son mandat apporte un appui technique et financier, et assure le plaidoyer auprès des autres partenaires pour la mobilisation des ressources financières additionnelles en vue d'accompagner ses partenaires de mise en oeuvre dans l'exécution des politiques et stratégies nationales. La faiblesse des ressources financières a des conséquences sur les ressources humaines et matérielles qui sont limitées et ne permettent pas de former un personnel médical et médico-social suffisant ni d'avoir des structures sanitaires appropriées pour recevoir des jeunes en tenant compte de leurs besoins spécifiques.

II. Stratégies, actions et outils actuellement mis en oeuvre

Lors de l'atelier H4+ « Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de solidarité prioritaire / Muskoka », organisé à Cotonou du 15 au 17 novembre 2012, les délégations présentes dont celle du Bénin se sont engagées à changer leurs stratégies et approches programmatiques. Elles ont, en particulier, identifié cinq axes sur lesquels travailler. C'est à l'aune de ces différents axes - données et études, politiques et lois, éducation à la sexualité, offre de services et mobilisation communautaire - que nous allons analyser plus en détails les stratégies, actions et outils actuellement existants au Bénin en soulignant les opportunités et les faiblesses qui leur sont liées afin de pouvoir, dans une dernière partie, formuler des recommandations d'action.

2.1. Données et études

2.1.1. Principales données quantitatives et qualitatives

La mise à jour et la publication récente des résultats définitifs de l'EDS IV (2011 - 2012) et provisoires du RGPH (2013) permettent d'avoir des données relativement précises et reconnues qui sont essentielles pour cibler les zones d'interventions et les populations prioritaires. Le gouvernement poursuit actuellement la mise à jour de ses statistiques nationales avec le lancement d'une enquête MICS qui aura lieu courant 2014².

Bien que le Bénin dispose de statistiques récentes, il faut noter un manque de données ou d'analyses des statistiques lorsque les données existent, concernant la tranche des 10-14 ans et des 10-19 ans. Dans le cadre de programmes et projets particuliers des études et collectes de données

². Avril à août 2014 selon le site de l'Institut national de la statistique, <http://www.insae-bj.org/>

concernant spécifiquement les adolescentes peuvent être menées et conduites, mais elles sont circonscrites à certaines zones géographiques (et n'ont donc pas de portée nationale) et ne sont que trop rarement partagées et / ou diffusées. Il apparaît nécessaire que l'UNFPA Bénin et/ou le Gouvernement soutiennent l'institut national de la statistique pour maintenir les données à jour et effectuer des études sur des thématiques spécifiques comme l'incidence des mariages ou les grossesses précoces et facilitent la diffusion de toutes études pertinentes sur la thématique.

2.1.2. Les études existantes

Les études et les analyses sont primordiales pour avoir un aperçu concret de la situation d'un pays. Malgré une base de données relativement à jour concernant les EDS, le RGPH et bientôt les enquêtes MICS, l'institut national de la statistique n'effectue pas d'études portant sur les thématiques des adolescentes comme la proportion des mariages et grossesses précoces.

Toutefois, une étude sur les violences faites aux femmes et aux filles du Bénin a été réalisée par l'organisation CARE en 2008. Sur la même question, une étude nationale coordonnée par le ministère de la Famille a été réalisée en 2010 en collaboration avec les partenaires du groupe « Violences basées sur le genre ». Quant à la question du mariage précoce, il existe une étude réalisée par le projet « Girls Not Brides » de Plan International mais qui porte sur l'ensemble des pays de la sous-région.

Conduire des études qui seraient révélatrices des nombreuses situations de vulnérabilités dans lesquelles se trouvent les jeunes filles béninoises pourrait avoir un impact favorable sur la mise en place de projets spécifiques. Enfin, plusieurs études sont en cours de préparation notamment une enquête sur les comportements, attitudes et pratiques des adolescentes et jeunes sur la PF et les VFF et une étude sur les grossesses en milieu scolaire.

La réalisation d'études et d'analyses représente seulement le début d'un processus. En effet, la partie la plus importante consiste à en diffuser les résultats qui pourront servir au plus grand nombre. Les résultats peuvent mettre en avant des vides à combler ou des avancées dans certains domaines et donc faire ressortir des bonnes pratiques.

2.2. Politiques et lois

2.2.1. Les lois

Le Bénin, suite à la ratification d'une grande partie des traités internationaux en faveur des femmes, a su se doter d'un arsenal législatif important et relativement complet.

En matière de droits et de lois, les enjeux résident principalement dans leur application et leur diffusion auprès des populations. Bien que de nombreuses lois en faveur des femmes existent, elles ne sont que très peu connues ou mises en application, y compris par les représentants de la loi. Des acteurs de la société civile ont rapporté que dans les zones reculées ou en dehors de Cotonou, les hommes répondent que la loi concerne

seulement les personnes vivant à Cotonou et par conséquent ne s'applique pas à eux. Et ce, malgré le développement d'activités de vulgarisation et de diffusion des textes de loi par de nombreux acteurs (DSME et AFJB avec l'appui de l'UNFPA, CeRADIS).

Boite à images et argumentaire de la DSME et de CeRADIS

La boîte à image de la DSME est une série de sept dessins qui va accompagner une campagne de sensibilisation sur les violences faites aux femmes et aux filles. Ils expliquent de manière simple que lorsqu'une jeune fille se fait violer, l'auteur du crime doit être arrêté et puni pour sa faute « Autorités locales, il est impérieux pour vous d'aider les communautés à dénoncer tout abus sexuel sur les adolescents et les jeunes de votre localité. Cela contribue à leur protection. Leaders traditionnels et religieux, le viol comme l'excision et le mariage forcé et précoce sont des pratiques sévèrement punies par la loi, faisons respecter la loi. » sont des exemples de message diffusé. Ils rappellent également que lorsqu'une jeune fille subit une grossesse prématurée, elle risque de mourir en mettant au monde son enfant.

CeRADIS a développé une série d'une quinzaine d'iconographies illustrant les différentes violences subies par les femmes et les filles et que la récente loi condamne. Ce matériel a déjà été utilisé plusieurs fois dans le cadre par exemple de « Caravanes de sensibilisation ».

Ce type d'initiative permet d'atteindre un maximum de personnes encore analphabètes dans le pays. En outre, cette boîte à images pourrait être utilisée au sein des écoles primaires notamment lors de l'enseignement en matière de population. Il s'agit aussi d'une bonne pratique pouvant servir lors des campagnes de sensibilisation sur le genre ou lors du 11 octobre, journée internationale de la fille.



Des exemples d'affiches élaborées par CeRADIS

2.2.2. Les politiques et programmes

De nombreuses politiques pour l'amélioration de la SRAJ ont été élaborées. Cependant, elles ne sont pas toujours adaptées à certaines catégories d'adolescentes, notamment celles en situation de vulnérabilité.

La PNJ, dans son format actuel, ne comporte pas de chapitre consacré à la SRAJ mais le ministère de la Jeunesse travaille activement à sa réécriture. Pour ce faire, il a mis en place plusieurs groupes de travail dont un dédié à la vulnérabilité et la protection des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, VIH/SIDA et autres fléaux. A la lecture des différentes propositions issues de ce groupe, il ressort que les adolescentes pourraient obtenir une place importante. En effet, pour le moment cette révision ne prend pas en considération l'hétérogénéité de la jeunesse.

2.3. Education à la sexualité

2.3.1. Importance de l'information

Bien que la majorité des adolescent-e-s ait entendu parler des IST, du VIH/Sida, des grossesses précoces ou encore de la contraception, leurs connaissances restent souvent superficielles et incomplètes. Selon l'EDS 2012, 88,6 % des jeunes femmes et 90,4 % des jeunes hommes de 15 à 19 ans ont déjà entendu parler de l'infection par le VIH mais la proportion ayant une connaissance approfondie de la maladie chute à 25,5 % pour les jeunes femmes et 27,1 % pour les jeunes hommes. En outre, la proportion des 15-19 ans sachant où se procurer un condom est de seulement 37,1 % pour les jeunes femmes et 59,3 % pour les jeunes hommes. Il est à noter que seulement 43 % des 15-49 ans savent que leur période féconde se situe entre deux cycles menstruels.

La diffusion d'une information précise, exacte et non moralisatrice donnée au moment et à l'âge voulu (avant la puberté et les premiers rapports sexuels) et adaptée à la situation de chacun-e encourage un comportement responsable et retarde généralement, contrairement aux idées reçues, le début de l'activité sexuelle³. Des enquêtes qualitatives réalisées auprès des adolescent-e-s en Afrique de l'Ouest révèlent qu'ils / elles sont par ailleurs demandeurs-ses de cette information⁴.

L'information sur les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation passe et peut passer par différents canaux : la paire-éducation, l'école y compris le primaire, l'entourage, les médias ainsi que les structures socio-sanitaires (celles-ci font l'objet d'un point spécifique).

3. Kirby D. 2011. *The impact of sex education on the sexual behavior of young people*. Expert paper 2011/12. Population division of the united nation department of economic and social affair. New York: United Nation.

4. Biddlecom AE et al., *Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne : apprendre des adolescents pour prévenir le VIH / Sida et les grossesses non désirées*, New York : Guttmacher Institute 2008

2.3.2. L'éducation sexuelle à l'école

En raison du caractère tabou de la sexualité et notamment de celle des jeunes, l'éducation à la sexualité est difficile à mettre en place au sein des établissements scolaires au Bénin. Bien que des cours d'éducation en matière de population et d'éducation à la vie familiale (EmP/EvF) sont initiés dès l'école primaire, certains enseignants ne sont pas toujours favorables pour aborder la thématique de l'éducation sexuelle. L'école devrait être en mesure d'assurer une information consolidée, validée et harmonisée à tous les enfants, adolescent-e-s d'une même classe d'âge.

De prime abord, la mixité en milieu scolaire pourrait apparaître comme étant un frein à la dispense de cours d'éducation sexuelle. Cependant, il est nécessaire que garçons et filles aient accès aux mêmes informations et connaissent le fonctionnement du corps de l'autre.

L'éducation sexuelle au niveau secondaire est nécessaire, notamment si elle commence dès le début du cursus secondaire (jeunes à partir de 12 - 13 ans au moment de la puberté et avant les premières relations sexuelles). L'amélioration des contenus des cours et de la formation des enseignants et monitrices d'éducation à la vie familiale est nécessaire. Au-delà des aspects techniques et biomédicaux, il est primordial de pouvoir aborder aussi les questions de droits en matière sexuelle et de la procréation des jeunes, les relations entre garçons et filles, les inégalités de genre et stéréotypes qui modèlent les rapports de pouvoirs dans la négociation (acceptation, refus) des relations sexuelles et amoureuses.

Bien que l'âge médian au premier mariage au Bénin soit 19,8 ans, l'EDS met en évidence que 10,6 % des jeunes femmes entre 15 et 19 ans sont mariées dont 3,6 % l'ont été à 15 ans. La tendance semble être à la baisse en ce qui concerne l'âge au premier mariage. Cependant, les chiffres ne montrent pas les statistiques concernant les 10-14 ans. De plus, un nombre non négligeable de jeunes filles (11,9 %) ont leur premier rapport sexuel aux alentours de 15 ans. Cette situation justifie tout à fait des cours d'éducation sexuelle / éducation à la vie familiale dès l'enseignement de base (6 à 11 ans). Même si les taux de scolarisation sont encore bas, c'est dans le primaire qu'ils sont les plus importants et en augmentation pour les filles et les garçons. Ainsi 68 % des filles (72 % des garçons) de 6 à 11 ans fréquentent l'école primaire. En revanche seule 40 % des filles de 12 à 18 ans fréquentent le secondaire (49 % des garçons)⁵.

Le projet 3 S-Ados a permis de recruter et de mettre à disposition des jeunes, un personnel de santé qualifié (infirmière, sage-femme ou assistante sociale) et permanent capable d'apporter aux jeunes et adolescent-e-s les services de SR y compris les IST/VIH/Sida. Ce projet est effectif dans les établissements scolaires et est renouvelé chaque année avec l'aide de l'UNFPA.

5. Il s'agit des taux net de fréquentation scolaire c'est à dire le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau (6 - 11 ans pour le primaire et 12 - 18 ans pour le secondaire) qui fréquente effectivement une classe de son niveau d'âge.

Difficultés et contraintes spécifiques auxquelles les filles font face avant 12 ans

- Maturation sexuelle
- Consolidation des rôles liés au genre, y compris la violence à l'égard des femmes
- Changements au sein de la famille
- Responsabilité croissante vis-à-vis des tâches domestiques
- Participation moindre aux activités sociales : filles isolées/cachées
- Déscolarisation / sécurité des filles au sein de l'école
- Migration liée à l'emploi
- Représentations médiatiques des femmes
- Augmentation des besoins
- Pression de mariage : le mariage est perçu comme un moyen de gagner sa vie

Atelier de conception et de mise en œuvre de programmes en direction des adolescentes - Bénin, Burkina Faso, Niger - Juin 2010, Ouagadougou, Burkina Faso - Equilibres & Populations, Population Council avec participation de représentants des bureaux UNFPA du Bénin, Burkina et Niger.

http://www.popcouncil.org/pdfs/events/2010PGY_AdoIWkshopBurkina_RapportAtelier.pdf

Le livret pédagogique « Décider de sa vie et construire sa famille : réfléchir ensemble pour améliorer la santé maternelle »⁶ élaboré à la suite d'une enquête pluridisciplinaire auprès d'enfants, d'adolescent-e-s et d'adultes du Burkina Faso, du Ghana, du Mali et du Sénégal et qui a bénéficié du soutien financier de l'UNFPA, peut s'avérer un outil très pertinent pour les éducateurs/éducatrices, enseignants/enseignantes, maîtres et maitresses d'éducation à la vie familiale afin d'aborder dès les premières années d'école primaire (7 - 10 ans), les questions de paternité et de maternité et de favoriser le dialogue garçon / fille sur la vie familiale. Cette première approche ouvrirait la porte à l'introduction de modules plus complets et plus approfondis en fin de cycle primaire avec un glissement des cours d'éducation sexuelle du secondaire vers la fin du primaire.

6. <http://www.cnrs.fr/inshs/recherche/docs-vie-labos/sante-maternelle.pdf>

2.3.3. L'information des jeunes par les jeunes

L'éducation par les pairs (EPP) se fonde sur le fait observé dans la réalité que nous changeons non seulement à cause de ce que nous savons, mais aussi parce que nous y sommes poussés par l'opinion et les actions de personnes du même âge qui nous sont proches et en qui nous avons confiance. Les stratégies d'EPP se sont particulièrement développées dans le cadre de la lutte et de la prévention du VIH - Sida. Des évaluations qualitatives⁷ de programmes ont montré que les pairs éducateurs/éducatrices se sont avérés souvent plus efficaces que les adultes pour établir des normes et changer les attitudes relatives à la sexualité. Toutefois, ils/elles n'obtiennent pas forcément de meilleurs résultats pour transmettre des informations concrètes sur la santé. Une étude⁸ a montré qu'une combinaison de cours en classe et d'EPP est plus efficace que chacune de ces deux méthodes prises séparément. L'EPP et l'enseignement formel traditionnel, l'information dispensée par les adultes peuvent être, avec pertinence, considérés comme complémentaires.

7. http://www.unicef.org/french/lifeskills/index_12078.html

8. <http://www.unicef.org/french/lifeskills/files/PeerEducationUNAIDS.pdf>

Au Bénin, l'EPP s'appuie sur des systèmes d'organisations et de liens sociaux entre personnes de même âge et de même sexe et est utilisée par de nombreux intervenants et organisations pour transmettre des informations et asseoir l'éducation sexuelle auprès des jeunes. Elle permet, en effet, de contourner le tabou de la sexualité qui rend difficile la communication inter-générationnelle à ce sujet, et les attitudes moralisatrices du personnel de santé qui ont des conséquences sur l'accueil des jeunes dans les structures socio-sanitaires et les réponses qu'ils peuvent trouver à leurs besoins et questionnements.

La paire éducation est un canal pertinent si les pairs éducateurs-trices ont reçu une formation complète et qu'ils - elles sont en capacité de transmettre des messages et informations non erronés, de connaître leurs limites et de savoir référencer ou orienter leurs interlocutrices vers des structures ou personnes ressources qui peuvent prendre le relais. Un des défis de l'éducation par les pairs est que les discours ne soient pas moralisateurs ou hyper-normatif. Les pairs éducateurs-trices doivent être formés dans le sens de la déconstruction de certains stéréotypes, préjugés ou normes qui ne vont pas dans le sens des messages qu'ils doivent diffuser. La paire éducation repose en grande partie sur du bénévolat qui a des limites et la question du devenir des pairs éducateurs-trices à la fin des projets est à soulever.

Les pairs éducateurs-trices sont le plus souvent recrutés-es parmi les scolaires du secondaire. Ils/elles interviennent auprès des jeunes de même profil qu'eux et ne parviennent pas toujours à intervenir auprès de certaines catégories de jeunes et notamment de jeunes filles qui ne fréquentent ni l'école, ni les centres jeunes.

Certaines structures (CeRADIS, OSV Jordan, PSI-ABMS ou ABPF) utilisent des stratégies de contournement ou intégrées pour passer des messages spécifiques à la santé de la reproduction et renforcer les connaissances des adolescentes sur leur corps, leur santé, leurs droits mais aussi pour qu'elles se familiarisent avec les structures socio-sanitaires, à travers un paquet d'activités plus global : alphabétisation, formations, apprentissages professionnels voire soutien à la mise en œuvre d'activités rémunératrices. Ces stratégies sont particulièrement pertinentes pour les adolescentes et jeunes filles non scolarisées et en situation de vulnérabilité puisqu'elles permettent également un renforcement de leur estime d'elle-même et de leur empowerment. Dans le cadre de ces interventions, un travail avec l'entourage des filles et leurs communautés est entrepris pour que **1.** les actions en leur direction soient acceptées et **2.** que des changements sociaux s'opèrent pour que les filles puissent utiliser leurs nouvelles compétences / connaissances et accéder effectivement aux droits. Ces stratégies de contournement qui visent à parler de la santé de la reproduction de manière indirecte doivent être capitalisées et formalisées afin de servir de modèle à l'intervention d'autres structures.

L'ABPF a mis en place un système de pairs-éducateurs avec pour stratégie de responsabiliser les jeunes et ceci notamment dans les centres conviviaux autour d'activités ludiques comme la télévision, le babyfoot ou encore les jeux de cartes.

L'OSV Jordan a instauré un système comprenant des filleules et des tutrices. Ces dernières transmettent leurs informations aux plus jeunes afin d'assurer la relève. De plus, l'ONG travaille avec les déscolarisées, notamment les jeunes filles en situation de vulnérabilité telles que les prostituées ou les serveuses de bar.

Les ONG bien implantées dans les communautés et ayant une expérience / expertise en matière de mobilisation communautaire pour un changement social, d'éducation pour un changement de comportement et intervenant dans les domaines de la jeunesse, de la santé maternelle et infantile, de l'empowerment des jeunes filles constituent des opportunités.

2.3.4. Les médias

Les médias (radio, télévision, journaux) sont efficaces pour informer, influencer sur les normes sociales et amorcer des changements de comportements. Utiliser les médias comme moyen de diffuser des informations a l'avantage de permettre d'atteindre un grand nombre de personnes en même temps et toutes les composantes de la société ; même si les messages et l'information peuvent être / doivent être adaptés à différentes cibles (selon le sexe, l'âge), ils peuvent être entendus par toutes et tous. Les adolescent-e-s apprécient les médias comme sources d'information rapide mais en soulignent une limite qui est le manque d'interaction et souvent l'impossibilité de pouvoir poser des questions.

L'EDS 2012 met en avant que 34,4 % des jeunes femmes et 21,9 % des jeunes hommes de 15-19 ans (45 % des femmes et 23 % des hommes de 15 - 24 ans) ne sont pas en mesure de lire une phrase. Ces forts taux d'analphabétisme ne permettent pas à une grande partie de la population d'être exposée à certains types de médias. Les journaux ou magazines comme celui mis en place par le projet Amour et Vie de PSI ne peuvent être lus par un nombre conséquent de jeunes, l'impact en est donc réduit. De façon générale, seulement 11,8 % des jeunes filles et 12,2 % des jeunes hommes entre 15 et 19 ans déclarent lire un journal ou magazine, regarder la télé et écouter la radio au moins une fois par semaine. Les filles sont plus de 40 % à déclarer n'avoir aucun contact avec ces supports d'information au cours d'une semaine. Afin de palier à cette problématique, des ONG ont mis en place des lignes d'écoutes qui servent de relais d'informations pour les jeunes. En appelant ces lignes, les adolescent-e-s sont en mesure d'avoir accès à des informations de qualité et sûres.

9. <http://www.pplateforme-elsa.org/la-rad-sis-reseau-et-le-cirad-plaquette-de-presentation/>

Les dispositifs d'écoute à distance

- **Ligne Jaune de CeRADIS** : fonctionnelle depuis 2009, il s'agit d'une ligne téléphonique accessible à moindre coût, voire gratuite pour les détenteurs d'une ligne MNT, qui permet d'obtenir les informations et renseignements nécessaires en lien avec la SRAJ. Cette ligne s'est développée depuis 2009 dans le cadre notamment du Consortium international des dispositifs de Relation d'aide à distance (CIRAD) au service de la prévention du VIH - Sida et des IST et pour la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction.⁹
- **Ligne verte de PSI** : créée en 2004, cette ligne se base sur le même principe que celle mise en place par CeRADIS.
- **Ligne du gouvernement** : ce dernier a ouvert sa propre ligne d'écoute à distance. Cependant, bien que soutenu par le bureau local de l'UNFPA, elle semble peu productive.
- **Ligne d'écoute de l'Institut des filles de Marie Auxiliatrice / Sœurs salésiennes Don Bosco** : créée en 2012, elle est spécialisée sur les questions de violences et de discrimination envers les femmes et les filles.

Quant à la radio, elle reste le meilleur moyen de diffusion dans la mesure où 47,6 % des jeunes femmes et 54,1 % des jeunes hommes entre 15 et 19 ans écoutent la radio au moins une fois par semaine. C'est pourquoi, de nombreuses OSC, dont PSI et le scoutisme béninois, ont choisi de diffuser des émissions radios de manière hebdomadaire. Du côté du ministère de la Jeunesse, il existe une radio dont la cible est spécifiquement les jeunes et adolescents : Radio ADO FM 100.

Il s'agit d'un vecteur d'informations non négligeable car les émissions sont, souvent, retransmises en langue locale, ce qui permet d'atteindre un plus grand nombre de cibles.

CeRADIS et les émissions de radios et de télévision

La radio étant un moyen efficace pour toucher un large public, l'équipe a travaillé à la production et à la diffusion d'émissions de radio pour sensibiliser les différentes composantes de la communauté à la problématique des filles en situation de vulnérabilité dans le cadre du Programme Défi Jeunes (2010 - 2013).

Les émissions sont majoritairement conduites en langue fon pour faciliter la compréhension du plus grand nombre. De plus, selon leur disponibilité, des personnes ressources sont conviées pour participer au débat (des représentants de la communauté, des responsables de structures socio-sanitaires, etc.) et les auditeurs sont libres de poser des questions aux intervenant-e-s de l'émission pour demander des informations supplémentaires ou pour réagir à leurs propos. Concrètement, il s'agit, entre autres, d'attirer l'attention sur les formes de violences que subissent les filles, leurs conséquences et les mesures répressives mises en place ; d'interroger les dysfonctionnements observés au niveau des structures socio-sanitaires dans la prise en charge de la population en général et des filles en situation

de vulnérabilité en particulier mettant en avant la nécessité de renforcer les capacités des agents concernés ; et de lever le voile sur les stéréotypes et les préjugés véhiculés au sein de la communauté qui empêchent la réalisation des droits sexuels et reproductifs des filles.

Sur le site urbain à Cotonou, 4 émissions ont été produites et diffusées sur la radio Tokpa dont 1 a été par la suite rediffusée sur le site rural (à Zogbodomey) sur la radio Tonignon. Sur le site rural, 5 émissions ont été produites et diffusées sur la radio Tonignon dont 2 ont fait chacune l'objet d'une rediffusion.

Parallèlement aux émissions de radio, l'équipe a organisé la production et la diffusion sur la chaîne de télévision Canal 3 Bénin (une des principales chaînes privées du pays) d'une émission dans chaque site d'intervention sur les violences faites aux femmes et aux filles : rôles et responsabilités de la communauté.

Au total, 9 émissions de radio et 2 émissions de télévision ont été produites et diffusées, voire rediffusées pour une partie d'entre elles.

Dans les zones rurales où la grande majorité des populations n'est pas exposée aux médias et où la tradition orale est fortement valorisée, la mise en scène théâtrale ou comique qui permet de retenir l'attention du public, de faire passer des messages et qui peut être suivie de débats et échanges, reste un canal pertinent. Il est d'ailleurs utilisé par la plupart des acteurs intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et de la procréation. Le théâtre et les sketches sont également un bon moyen pour les jeunes et adolescent-e-s de s'exprimer et d'exprimer leurs besoins en matière de SDSP, d'interpeller leurs ainé-e-s, les détenteurs d'enjeux et décideurs sur leurs difficultés.

Les scouts du Bénin

Suite à la publication d'une brochure et d'un web documentaire «*Elles racontent pour que ça compte : paroles de jeunes filles africaines*»¹⁰, en partenariat avec Equilibres & Populations, les jeunes bénéficiaires du mouvement de scoutisme béninois ont réalisé des sketches mettant en scène les histoires de ces jeunes filles en situations de vulnérabilité. Ces sketches furent un moyen de sensibiliser la population sur les violences faites aux filles mais aussi de véhiculer les lois à travers le pays.

2.3.5. L'implication des familles

Les membres des familles ne sont pas la source préférée ou la plus souvent utilisée pour obtenir des informations sur la sexualité dans la mesure où adolescentes et adultes de la famille se sentent en porte-à-faux pour discuter de ces sujets.

Cependant le fait d'impliquer et d'éduquer les familles peut contribuer à créer un environnement favorable à l'amélioration de la santé des adolescent-e-s. Les parents, tuteurs et entourage proche ont une influence majeure sur la vie des adolescents notamment des filles qui seront d'autant plus enclines à réagir positivement aux programmes et encouragées à se tourner vers les services de SRR, s'ils sont soutenus et acceptés par les familles.

Les acteurs intervenants dans le domaine de la SRAJ l'ont bien compris et plusieurs structures mettent en œuvre des stratégies et développent des actions concrètes pour informer et mobiliser les parents, ainsi que pour favoriser le dialogue parents - enfants. L'utilisation des médias et l'utilisation de la voix des jeunes à travers des sketches pour interpeller les parents sont des canaux largement exploités (centres jeunes, Les scouts du Bénin) mais souvent trop ponctuellement.

Des organismes qui mettent en œuvre des programmes intégrés et holistiques qui visent aussi le changement de comportement et le changement social mettent en œuvre des stratégies volontaristes qui combinent plusieurs actions (cf. encadré CeRADIS).

Dans le cadre des programmes qui visent les adolescentes les plus jeunes ou en situation de vulnérabilité et qui intègrent des activités de renforcement des compétences de vie et de leur empowerment, l'implication des parents est souvent une condition préalable et nécessaire.

10. <http://www.webdoc-jeunesfilles.equipop.org/>

CéRADIS, Le projet Défi Jeunes : une approche de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation

Dans le cadre du projet Défi Jeunes, CeRADIS a développé plusieurs activités dans le but de mobiliser à la fois les leaders communautaires, les parents et les jeunes. Les activités ont consisté en : rencontres régulières et accompagnement personnalisé avec les jeunes filles (dont séances d'alphabétisation), insertion professionnelle, étude sur les stéréotypes de genre, rencontres régulières avec les différentes composantes de la communauté, séances de sensibilisation des pairs éducateurs-éducatrices (PEE), femmes mentors, campagne de sensibilisation aux violences faites aux femmes et aux filles, émissions de radio et de télévision, rencontres d'échanges avec le personnel de santé, formation des agents socio-sanitaires, renforcement des compétences de l'équipe du projet.

Bien qu'il n'y ait pas d'activités à destination directe des parents, les femmes mentors sont bien souvent des mères de familles. *«Issues de la communauté, elles sont une trentaine de femmes par site d'intervention : il s'agit de femmes influentes au sein de leurs communautés (des responsables de marchés, des responsables de centres d'apprentissage, etc.) et reconnues par les filles elles-mêmes comme étant des personnes de confiance. A cela s'ajoute le fait qu'elles sont, pour certaines, déjà impliquées dans le projet depuis le début. Quant à leur rôle il consiste à assister les filles lors des rencontres régulières, en particulier quand ces dernières s'affairent à la transformation des produits de première nécessité ; et à participer au suivi personnalisé des filles en facilitant l'organisation des visites à domicile réalisées par les animateurs et les animatrices.»¹¹*

2.3.6. En termes de contenu

En termes de contenu, les enseignements, messages, informations disponibles et diffusés qui sont très ou trop orientés prévention VIH Sida, restent très moralisateurs. Surtout, ils ne prennent pas en compte les aspects droits, responsabilités des garçons et inégalités de genre.

Il faut également souligner que le manque de coordination des acteurs intervenant en matière d'éducation à la sexualité auprès des jeunes est une faiblesse qui limite l'efficacité des actions. Et malgré la richesse de la diversité des acteurs chargés de former les jeunes, on note une absence d'harmonisation dans les curricula qui doivent être enrichis des aspects relatifs aux droits et aux besoins des adolescentes et doivent également rendre visibles des aspects relatifs à la vie relationnelle et affective et aux droits humains, dans laquelle s'intègre la sexualité. A l'heure actuelle, les supports éducatifs proposés au Bénin intègrent trop peu ces thématiques, restant essentiellement centrés sur les aspects biomédicaux. Les organismes de formations des professeurs, notamment avec le soutien de l'UNICEF, se concentrent sur les aspects VIH/Sida de l'éducation sexuelle et les aspects de compétences de vie sont quelques peu délaissés.

11. Rapport Défi Jeunes : Une approche de promotion de la demande des adolescentes en service de santé de sexuelle et de la procréation sur financement de l'Agence Française de Développement

2.4. Offre de services

2.4.1. Les centres de santé

Une information de qualité et effective en matière de santé mais également de droits est un préalable et une condition à l'amélioration de la santé sexuelle et de la procréation, mais elle n'est pas suffisante. Il est primordial que les adolescentes puissent bénéficier de conseils, de moyens de préventions, de dépistage, de soins. Au Bénin, 1 femme sur 7 âgée de 25 à 49 ans déclare avoir été mariée avant l'âge de 15 ans (3,6% des jeunes femmes entre 15-19 ans au moment de l'enquête étaient mariées avant 15 ans). De plus, 12 % de filles de 15 à 19 ans ont déjà eu des rapports sexuels, également avant l'âge de 15 ans. Ces taux montrent un risque accru pour les jeunes filles de tomber enceinte trop tôt. En effet, l'EDS IV montre que 1,8% des 15-19 ans ont déjà eu une naissance avant d'atteindre l'âge de 15 ans et à 15 ans 3,3% ont entamé leur vie féconde. Ce taux augmente très vite avec l'âge puisque plus d'une femme sur 4 a eu son premier enfant avant 18 ans et que 43 % des femmes sont mère avant 20 ans. Il apparaît donc comme étant primordial que les adolescentes aient accès à des centres de soins et des cliniques de qualité qui sont en mesure de les accueillir.

La contractualisation pour optimiser les services des structures sanitaires et l'offre de santé sexuelle et de la procréation

Les cliniques privées des OSC comme celle de l'ABPF qui disposent de personnels qualifiés ou encore les accords avec les structures de l'Etat qui permettent aux organisations de diriger leurs bénéficiaires vers des centres de soins ou hôpitaux publics, constituent un important dispositif et un partenariat pour élargir la prise en charge et les offres de services SRAJ. Plusieurs organisations payent les soins des jeunes atteints d'IST ou bien sont habilitées à fournir les antirétroviraux ou des antibiotiques (OSV Jordan ou RACINES).

L'ABPF, avec son projet « Appui au renforcement des services de communication stratégique en SR/SRAJ/IST/VIH/SIDA dans les zones de concentration du programme 2012 » a permis d'accroître et de rendre plus équitable l'accès à des services sociaux de base de qualité avec notamment la formation de 40 motivateurs en faveur de la PF et de la prévention du VIH.

Les adolescentes qui ont démarré leur vie procréative fréquentent les structures sanitaires publiques dans des proportions élevées et comparables aux femmes des autres groupes d'âge. En effet, il apparaît que 82,8% des moins de 20 ans ont rencontré un personnel de santé pour le suivi de leur grossesse et près de 80% ont accouché dans un établissement public. Ces moyennes cachent des disparités régionales. En effet dans le département de l'Alibori, seules 58 % des femmes accouchent dans une structure sanitaire.

Si les jeunes et adolescent-e-s accordent de la confiance aux centres de santé et pensent qu'il est important de les fréquenter, ils ne s'y rendent que très peu notamment pour des conseils et soins en matière de SRAJ. Les services y sont peu adaptés, ils ne sont pas toujours fonctionnels et le

manque de confidentialité engendre une peur de se confier au personnel de santé. L'aspect financier est également avancé par les jeunes qui craignent d'avoir à payer pour un traitement. En plus de cela, les jeunes ne trouvent pas toujours les réponses justes et adaptées. En ce qui concerne la délivrance des services SSRAJ, un volet moralisateur existe dans le discours des adultes qui reste très normatif. Les adolescentes en particulier peuvent y être très mal accueillies voire discriminées. Par ailleurs, les adolescentes qui sont imprégnées des normes sociales qui valorisent le mariage se limitent d'elles-mêmes à se rendre dans un centre de santé notamment dans son quartier pour éviter d'être vue. Une fille qui se rend dans un centre de santé est « malade », ce qui réduit ses « chances de se marier ».

Si les centres de santé pouvaient relever le défi de s'ouvrir largement et en masse aux jeunes et adolescentes, de faire la promotion effective de la SRAJ et la distribution de moyen de contraception / prévention aux jeunes, ils représenteraient le moyen le plus efficace et le plus sûr pour améliorer la SSR des adolescentes. Au-delà des faiblesses générales du système de santé béninois et des dysfonctionnements qui en découlent en matière de nombre et de compétences des prestataires, d'approvisionnement en produits curatifs et préventifs, au-delà des difficultés d'accès que rencontrent encore de nombreuses personnes notamment les femmes en termes financier, géographique et culturel, le défi à relever est celui du caractère tabou de la sexualité, de l'emprise de la société sur le corps des femmes et des jeunes filles.

Des changements au niveau du personnel de santé sont nécessaires mais ils ne peuvent qu'être accompagnés par des changements sociaux.

2.4.2. Les centres jeunes

En dehors des Centres de jeunes et de loisirs qui abritent des centres d'écoute d'informations et de conseils pour les adolescentes et jeunes en SRAJ, plusieurs ONGs ont créé des centres jeunes ou des centres de prises en charge d'adolescentes / jeunes filles victimes de violences. Les ONG ouvrent de plus en plus de centres de jeunes qui sont à la fois des sources de loisirs et d'informations.

Exemples de Centres de jeunes

OSV Jordan a ainsi ouvert plusieurs centres multimédia pour adolescents et jeunes. CÉRADIS connaît une fréquentation importante de son Kpote Kisoque de Cotonou qui est avant tout un centre de prévention pour les jeunes en matière de SR et dont le principal objectif était de faire la promotion du dépistage et d'orienter les jeunes vers les structures sanitaires environnantes.

Aujourd'hui, le Kpote Kiosque distribue des préservatifs, oriente vers les centres de dépistage et fait de la prévention à travers des projections vidéo, des entretiens individuels. Il s'agit aussi d'un lieu de détente où les jeunes peuvent pratiquer des jeux ou des activités culturelles comme la danse.

En outre, les stratégies SRAJ comme les centres de santé ciblent toutes les adolescentes et jeunes de 10 à 24 et avancent une préoccupation particulière pour les populations « vulnérables ». Or les quelques études qui existent sur le sujet en Afrique montrent que l'usager type des centres jeunes est un garçon lycéen ou étudiant vivant dans un foyer aisé en zone urbaine. Les activités des centres jeunes et des réseaux d'EPP qui y sont rattachés ne parviennent pas à faire bénéficier de leurs services certaines catégories de jeunes, notamment d'adolescentes. Les garçons sont en moyenne plus nombreux à fréquenter ces centres que les filles. Et parmi elles, certaines catégories d'adolescentes ne fréquentent quasiment pas les centres jeunes. Il s'agit des plus jeunes (10 - 14 ans), des non scolarisées ou déscolarisées précocement, des jeunes filles migrantes et/ou qui ne vivent pas avec leurs parents, des adolescentes mariées (qui, même si elles consultent les centres de santé pour le suivi de leur grossesse sont sous représentées dans les effectifs).

Bien que CeRADIS ait réalisé des statistiques portant sur le taux de fréquentation du Kpote Kiosque par les jeunes filles, il n'existe pas d'étude nationale sur la fréquentation et le nombre de centres de jeunes existant dans le pays. Une telle étude permettrait de se rendre compte de l'importance et de la diversité de ces centres. Cette diversité pourrait en permettre la complémentarité et la diffusion à grande d'échelle d'informations en matière de SRAJ ou encore de distribution de produits contraceptifs, d'offres de soins. Les exercices de couverture mis en place par le Population Council pourrait être un outil à développer afin d'identifier les difficultés et les manques de certains centres.

L'exercice de couverture : une méthodologie et un outil simple pour analyser qui est touché ou non par un prestataire ou une action

Un exercice de couverture (EC) est un instrument d'évaluation simple, économique et rapide pouvant servir à profiler les personnes touchées par un prestataire donné, un groupe de prestataires ou des organisations partageant une clientèle commune dans une zone géographique particulière. Cet instrument a été mis au point par le Population Council pour assister les programmes de jeunesse, mais il peut également être utilisé par d'autres bénéficiaires ayant des services offerts en établissement ou en antenne. L'EC collecte les données relatives à différentes caractéristiques des usagers-es, bénéficiaires, incluant systématiquement le sexe, l'âge, le niveau d'instruction / scolarisation, le statut

matrimonial, le lieu d'habitation, l'activité économique pratiquée. Il permet au personnel et aux responsables des programmes d'évaluer systématiquement les services qu'ils fournissent, l'endroit exact de leur prestation et les caractéristiques de leurs bénéficiaires (clients habituels ou non). Le but ultime de l'instrument est de déterminer : **1.** si les services atteignent leurs bénéficiaires prévus et **2.** s'ils sont appropriés et conviennent aux personnes qui les reçoivent. Il permet également de suivre une action visant à améliorer la fréquentation des centres jeunes / centres de santé ou la participation à des actions de certaines catégories de jeunes.

Certaines catégories d'adolescentes et de jeunes filles et parmi elles les plus jeunes, les non scolarisées ou déscolarisées précocement, les migrantes, les travailleuses du sexe sont particulièrement éloignées de ces centres et n'y accèdent quasiment pas en raison de leur isolement social, de leur manque de connaissance et de moyens financiers, de leur faible liberté de mouvement. De leur côté, les centres de santé et centres jeunes n'ont pas développé de stratégies particulières et différenciées pour entrer en contact avec ou aller au-devant de ces catégories d'adolescentes.

Dans les centres de santé tout comme dans les centres jeunes, la « discrimination positive » pourrait être pensée, pour faire consulter les jeunes filles par du personnel de santé féminin et jeune. Cette approche, proche de l'éducation par les pairs de par sa forme, pourrait inspirer plus de confiance aux jeunes filles qui n'hésiteraient pas à se rendre en consultation car cette dernière serait dispensée par une personne proche en âge et de même sexe (moins de crainte de jugement).

Des stratégies pour identifier, aller au-devant et recruter les adolescentes les plus jeunes, celles qui ne sont pas scolarisées, les migrantes, les professionnelles du sexe doivent être développées par les centres de santé / centres jeunes et / ou les associations et ONG qui interviennent dans les communautés en matière de droits, santé, lutte contre les violences faites aux femmes, lutte contre le mariage précoce, lutte contre le VIH - Sida. Pour ces catégories de jeunes filles des espaces spécifiques « sûrs » peuvent être une réponse transitoire, l'objectif à terme étant que les centres de santé et centres jeunes soient capables d'accueillir et de répondre aussi aux besoins spécifiques de ces catégories.

Le processus de recrutement et de sélection des jeunes filles en situation de vulnérabilité

La problématique

Les adolescentes en situation de vulnérabilité, sont oubliées ou difficilement accessibles dans les politiques et les programmes de développement. Parmi ces filles laissées pour compte, les choix des équipes pays se sont portés sur les plus à risque dans leurs contextes. Sur chaque site, des groupes d'une vingtaine de filles ont été formés. Ceci a permis à certaines de sortir de leur isolement social et à d'autres de mieux maîtriser la densité de leur réseau social. La constitution de ces groupes a permis la construction d'une identité individuelle et collective et a favorisé le suivi de cette expérience pilote.

L'objectif visé par l'action

L'objectif du processus de sélection vise à former des groupes de filles en vue de leur empowerment pour une meilleure maîtrise de leur santé sexuelle et reproductive.

Les éléments du contexte à prendre en compte

Ce sont essentiellement les contraintes sur lesquelles il faut agir pour favoriser la SSR des jeunes filles et mener à bien le processus de leur empowerment. Cinq contraintes majeures ont été identifiées : la dimension taboue de la sexualité, l'isolement social des filles, le triple statut des adolescentes (jeune / fille / mère) qui est aussi une cumulation de handicaps, le manque de temps des jeunes filles lié à leurs activités professionnelles et domestiques, les représentations des adolescentes qui attendent des retombées matérielles et financières des projets.

En s'adressant à des jeunes filles en situation de vulnérabilité, âgées de 10 à 19 ans, il est essentiel de préciser les critères de vulnérabilité et de différencier les filles du projet en fonction des réalités de chaque site. Dans le cadre du projet, les profils ont été ainsi différenciés : au Niger des filles âgées de 12 à 14 ans non scolarisées ou déscolarisées à risque de migration ; au Bénin et au Burkina Faso des filles mariées, des vendeuses ambulantes, des employées de maison non scolarisées ou déscolarisées. La différence entre ces deux pays concerne l'âge des filles (de 12 à 17 ans au Bénin, de 13 à 17 ans au Burkina Faso).

Les étapes du processus

L'identification

- › Rencontre des filles dans les espaces publics (marché, routes, églises)
- › Recours aux dépositaires d'enjeux et aux partenaires des OSC (groupements, ONG, etc.)
- › Stratégie du porte à porte et visites à domicile
- › Mobilisation du réseau social des animatrices endogènes
- › Recours au réseau des filles elles-mêmes

Le recrutement

- › Elaboration d'un discours de recrutement
- › Construction participative des outils de recrutement (grilles de vulnérabilité)
- › Sélection des filles par l'équipe (un comité est mis en place, formé de l'ensemble de l'équipe)
- › Entretien avec les personnes en charge des filles (tuteurs-trices, parents-es, beaux parents, maris) pour négocier leur accord pour la participation des filles
- › Constitution des dossiers des filles
- › Assemblée générale communautaire et feedback aux filles non sélectionnées

Les méthodes pour « approcher » la cible

Démarche

- › Une stratégie d'approche individuelle
- › Une stratégie d'approche communautaire
- › Une stratégie de mobilisation à travers les réseaux des filles

Outils

- › Grille de vulnérabilité
- › Guide d'entretien
- › Photos et fiches individuelles

Les acteurs-trices mobilisés-es

- › Les animateurs-trices endogènes et le staff technique
- › Les détenteurs d'enjeux (leaders femmes, leaders religieux, responsables des marchés, etc.)
- › Les jeunes
- › Les maris
- › Les parents-es ou les tuteurs-trices

Les écueils à éviter

- › La notion de projet : adapter la terminologie du mot « projet » pour que les communautés ne s'attendent pas à des avantages matériels et financiers
- › La complexité des concepts : adapter les concepts clé du projet dans le discours (SSR, empowerment)
- › Les besoins immédiats : bien inscrire l'action dans les intérêts stratégiques des jeunes filles et ne pas apporter des réponses principalement centrées sur les attentes et besoins des filles et des communautés

Les principales leçons issues de l'expérience

- › Il est extrêmement difficile de toucher les jeunes filles âgées de 10 à 12 ans. Il apparaît nécessaire d'avoir une stratégie différenciée pour cette classe d'âge au sein même des jeunes adolescentes
- › L'élaboration des cartes sociales révèle souvent un nombre important de jeunes filles en situation de vulnérabilité. Il est nécessaire de développer des activités qui ont un effet multiplicateur
- › Le processus de recrutement des jeunes filles prend du temps et a un impact sur le démarrage effectif des activités de renforcement des capacités

Fiche méthodologique « Identification et recrutement des jeunes filles en situation de vulnérabilité » extraite du Rapport de capitalisation du programme « Défi Jeunes : une approche de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation (Bénin, Burkina Faso, Niger) »

En matière d'identification/recrutement des adolescentes les plus jeunes et/ou en situation de vulnérabilité des ONG de la société civile ont une expérience et une expertise. Les ONG qui travaillent pour la lutte contre le sida, la prévention, la prise en charge et la réduction des risques des travailleuses du sexe ont l'expérience et l'expertise vis-à-vis de cette catégorie de jeunes filles en situation de vulnérabilité.

D'autres, celles qui travaillent pour la promotion de l'éducation / l'instruction, de la nutrition / l'alimentation, de l'empowerment et des droits des adolescentes et des filles laissées pour compte, ont également développé des stratégies pour identifier et mieux connaître leur quotidien et leur contrainte. Ces stratégies peuvent inspirer les acteurs de la santé/SRAJ.

Les structures socio-sanitaires doivent être proactives mais en même temps, certaines adolescentes / jeunes filles ont un besoin préalable ou conjoint d'accompagnement en compétences de vie / empowerment pour pouvoir accéder aux services socio-sanitaires. Pour ces jeunes filles les espaces sûrs représentent une opportunité.

2.5. Mobilisation communautaire

2.5.1. L'importance des normes sociales

L'information en matière de droits et santé de la procréation et l'éducation sexuelle des adolescentes ainsi que l'adaptation à leurs besoins spécifiques des services socio-sanitaires sont des conditions nécessaires mais non suffisantes pour que leur santé sexuelle et de la procréation s'améliore. Des déterminants sociaux conditionnent leur comportement, attitude, pratique et peuvent même les empêcher de jouir de leurs connaissances, capacités, compétences de vie pour faire des choix éclairés et responsables afin de protéger leur santé et de décider de leur avenir. En Afrique subsaharienne, des normes sociales non favorables aux droits et à la santé en matière de sexualité et de procréation des adolescentes très ancrées persistent : patriarcat et inégalités de genre qui maintiennent les femmes dans un statut inférieur aux hommes (en termes de pouvoir de décision, de liberté, de contrôle et de maîtrise des moyens de production et des revenus) et les exposent aux violences basées sur le genre, relation d'aïnesse (géronocratie) qui confèrent aux jeunes devoir d'obéissance et qui limitent leur possibilité d'expression, tabou de la sexualité notamment des jeunes (mais qui ne s'exerce pas de la même façon sur les garçons et les fille) en dehors du mariage, pronalisme qui maintient les femmes dans un rôle essentiellement reproductif. Ces normes sont particulièrement contraignantes pour les personnes qui cumulent le fait d'être jeune et de sexe féminin ; elles créent un environnement très peu propice à leur accès aux informations et aux services de SDSP et favorisent / entraînent un contrôle social sur leur corps et leur santé sexuelle et de la procréation. Dans ce contexte et sous la pression sociale et intergénérationnelle, le mariage (précoce) et le grand nombre d'enfants demeurent pour les adolescentes d'Afrique Sub-saharienne l'un des seuls avenir socialement envisageables. Selon le dernier EDS, le nombre d'enfants idéal des 15 - 19 ans est de 3,9 mais ce chiffre passe à 4,2 pour les 20-24 ans et 5,2 pour les 45-49 ans.

Sans modification des normes sociales en vigueur et sans modification et déconstruction des représentations et stéréotypes de genre et sexistes au niveau communautaire, toute amélioration de l'offre de services en SRAJ et SDSP pour les adolescent-e-s aura des résultats limités sur la demande de services et surtout sur l'accès à ces services par les jeunes et notamment par les jeunes filles et adolescentes. Les capacités des adolescentes à adopter des comportements à moindre risque sont en grande partie conditionnées par le regard et l'attitude de leur entourage et de la communauté à laquelle elles appartiennent. Les actions en direction des adolescentes doivent impérativement être accompagnées d'activités ayant pour but de modifier la manière dont elles sont perçues.

2.5.2. Thématiques et portes d'entrée à privilégier selon les acteurs

La SDSP des adolescentes peut bénéficier de nombreuses actions qui visent à promouvoir, au niveau des communautés la santé maternelle et infantile ainsi que la santé de la procréation (planification familiale, maternité à moindre risque, lutte contre le VIH - Sida). Ces actions seront d'autant plus bénéfiques si une préoccupation « jeunes, adolescent-e-s y compris marié-es » y est intégrée. Il en va de même concernant les actions visant les inégalités de genre et les violences (physiques, psychologiques, économiques, sexuelles) faites aux femmes et aux filles.

Actuellement, les questions relatives à la sexualité des jeunes et adolescent-e-s, du passage de l'enfance à l'adolescence ne sont encore que rarement mises en débats au niveau communautaire et entre parents et enfants : les projets SRAJ, les centres amis des jeunes, les projets s'adressant spécifiquement à la SDSP des filles sont des opportunités à saisir pour informer et sensibiliser l'entourage et les communautés sur ces questions.

Etant donné l'importance des déterminants sociaux de la SDSP des adolescentes, les projets à leur intention doivent inclure des activités d'information, sensibilisation et mobilisation des communautés (ne serait-ce que pour que ces projets soient acceptés et que les adolescentes et jeunes filles puissent en bénéficier). Il est nécessaire, voire indispensable, de travailler avec la famille et l'entourage des jeunes filles. En effet, sans un tel travail de médiation réalisé en amont et pendant le déroulement des programmes le recrutement et le maintien des adolescentes en seront d'autant plus complexes. L'absence de contributions monétaires est souvent un frein pour une participation active de la communauté.

2.5.3. Implication et responsabilisation des hommes

L'implication et la participation des hommes sont indispensables au changement social (rééquilibrage des rapports de pouvoirs entre les hommes et les femmes) et au recul des pratiques traditionnelles néfastes ou discriminantes envers les filles et les femmes (mariages et grossesses précoces, trop nombreuses, trop rapprochées, excision). Renforcer les connaissances et l'empowerment des femmes et des filles pour qu'elles soient en capacité de faire valoir leurs droits et de décider pour elles-mêmes est indispensable. Parallèlement, une prise de conscience et une implication des hommes (y compris au sein des équipes de projets et du personnel des structures socio-sanitaires) dans le changement est nécessaire. En matière de santé sexuelle et de la procréation les actions d'informations, de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement s'adressent encore, trop souvent, essentiellement aux femmes et aux filles. Or les hommes et les garçons, s'ils bénéficient d'un pouvoir important de décision et d'avantage de liberté que les femmes et les filles ne possèdent pas les connaissances et capacités pour modifier leur point de vue et comportement. Les programmes doivent prévoir des actions d'informations spécifiques à leur intention. Des espaces de dialogues pour questionner les relations et les rapports de pouvoir entre hommes et femmes doivent être pensés.

La pression sociale s'exerce également sur les hommes, aussi, l'effet de masse est important à rechercher. Un homme peut avoir la volonté par exemple de participer aux tâches ménagères et domestiques et / ou de les répartir entre les garçons et les filles du ménage pour que ces dernières aient davantage de temps à consacrer aux leçons ou aux loisirs. Cependant, il ne passera pas à l'acte pour ne pas devenir l'objet de moqueries, voire de rejet de la part de ses pairs. Si plusieurs hommes d'une même communauté, notamment les leaders ou détenteurs d'enjeux connus et reconnus, décident ensemble de maintenir leur fille à l'école et d'attendre pour les marier en expliquant les raisons à leurs pairs, un contexte favorable au changement s'instaure.

L'UNFPA Niger a mis en place une initiative « d'école des maris » qui apparaît comme étant une opportunité de travailler sur les intérêts de leurs enfants. Une ONG togolaise a mis en place un dispositif appelé « Papa Champion » qui consiste à faire de certains pères des exemples pour le reste de la communauté. Ces papas champions scolarisent leurs jeunes filles, ont recours à la PF et soutiennent leurs épouses. De telles initiatives pourraient aisément être reproduites au Bénin avec l'appui du bureau national de l'UNFPA.

2.5.4. Déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre

Les stéréotypes existent dans toutes les sociétés. La manière dont nous percevons les uns et les autres peut être déterminée par des a priori simplistes portés sur les gens, sur la base de traits particuliers tels que la race, le sexe, l'âge. Ils se basent sur des normes, pratiques et croyances socialement construites. Ils sont souvent culturels, fondés et entretenus par la religion, et reflètent des relations de pouvoir sous-jacentes. Les croyances basées sur des stéréotypes peuvent être rigides, mais elles ont changé et changent selon les époques, ce qui constitue à la fois un défi et une chance. Ils sont à la base de la discrimination sexiste ouverte et dissimulée, directe et indirecte et récurrente, qui a des conséquences négatives sur l'égalité de fond qui devrait être garantie aux femmes. Ils se traduisent par des politiques, lois et pratiques qui, dans la vie et au quotidien, peuvent être dangereuses pour les femmes et les filles sur le terrain (excision, mariage forcé et précoce, interdits alimentaires, violences conjugales). Ils freinent l'évolution des rapports vers plus d'égalité entre les femmes et les hommes et servent d'une certaine façon à naturaliser, rendre normaux des faits sociaux qui ne le sont pas. Les stéréotypes sexistes ont été clairement identifiés dans la CEDEF comme empêchant la réalisation de l'égalité femmes-hommes et de l'autonomisation des femmes. Les stéréotypes sexistes, s'ils enferment les femmes, empêchent aussi les hommes de sortir des schémas sociaux patriarcaux, car chaque stéréotype sur les femmes entraîne un stéréotype sur les hommes.

L'identification au sein et avec les communautés par des approches de recherche - action participative avec l'appui de socio-anthropologues, des stéréotypes sexistes existants qui conditionnent les attitudes et comportements respectivement des hommes et des femmes est un préalable obligatoire. Le questionnement et le décodage de ces stéréotypes peuvent s'avérer pertinents pour favoriser une prise de conscience et amorcer des changements sur les représentations de la masculinité et de la féminité. Cette identification et analyse des comportements sont un point de départ pour les combattre afin d'obtenir des changements de mentalité profonds. Travailler à partir des expressions, proverbes, chansons en langues locales qui sont véhiculées quotidiennement dans le langage et qui véhiculent les stéréotypes (ceux qui sont largement répandus mais également ceux qui peuvent être propres à telle ou telle zone zones) est un commencement concret qui permet la participation et l'implication de toutes et tous.

Si la déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre est identifiée par de nombreux intervenants et acteurs comme étant un axe à privilégier pour susciter le changement social, encore très peu d'actions concrètes sont effectivement mises en œuvre dans ce domaine. Dans le cadre du projet «*Défi jeunes : une approche intégrée de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation*» mis en œuvre au Bénin, au Burkina Faso et au Niger, cet axe d'intervention s'est imposé en cours de programme comme une voie particulièrement pertinente pour mettre en débat et ouvrir le dialogue sur les stéréotypes et préjugés véhiculés sur les jeunes filles et adolescentes (cf. encadré).

Recherche sur les stéréotypes de genre menée par CeRADIS au Bénin : quelques exemples de stéréotypes qui influent négativement sur la santé sexuelle et de la procréation des adolescentes

- Stéréotypes relatifs à l'image que les acteurs sociaux (tuteurs, parents, détenteurs d'enjeux, maris etc.) se font de la sexualité, des droits sexuels et de la santé de la reproduction des filles dans la communauté :
 - « Conseiller la PF à une fille, c'est lui ouvrir la voie à la débauche »
 - « L'utilisation de la planification familiale est un passeport pour la dépravation sexuelle »
 - « Une femme émancipée ne peut se marier »
 - « Une fille qui a une capote dans son sac est une prostituée »
- Stéréotypes relatifs au rôle et à la position des filles/filles mères dans la communauté :
 - « L'homme possède la femme »
 - « Une fille se marie pour faire des enfants et non pour chercher de l'argent »
 - « Une femme doit se débrouiller mais avec limite »

- Stéréotypes relatifs à certaines activités génératrices de revenus :
 - « Les filles domestiques ou vendeuses ambulantes sont des voleuses et des menteuses »
 - « Une femme commerçante est généralement infidèle car elle voyage beaucoup et doit être obligée d'être gentille avec tout le monde, en particulier les clients hommes »
 - « Une femme qui milite dans une organisation ou une association et qui bouge beaucoup est prise pour une vagabonde sexuelle et une prostituée parce qu'elle est presque absente du foyer »

Recherche sur les stéréotypes et préjugés de genre. 2012. CERADIS

Identifier et questionner les stéréotypes sexistes et de genre : l'expérience du CeRADIS au Bénin

Dans le cadre du projet « Défi jeune », CeRADIS a mené en 2012-2013 une action avec les communautés du XII arrondissement de Cotonou et de Loga visant à déconstruire les stéréotypes sexistes et de genre qui empêchent les adolescentes d'accéder à la SSR.

D'abord une recherche socio-anthropologique sur les stéréotypes a été conduite à partir des études situationnelles réalisées au début du projet et de focus groupes organisés avec différentes composantes de populations (adolescentes, agents de santé, entourage des filles, détenteurs d'enjeux). Cette étape a permis d'identifier, de recenser et d'analyser un grand nombre de stéréotypes sexistes ou de genre afin 1. d'en tenir compte dans la formulation des messages de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement et

dans les activités d'information et de plaidoyer et 2. de réfléchir dessus avec les communautés. Les résultats ont donc fait l'objet de restitution et de rencontres de discussion avec différents groupes de la communauté.

Il ressort de l'expérience que la prise de conscience du caractère construit des stéréotypes véhiculés n'est pas évidente et nécessitera du temps. Cependant, malgré les résistances et l'avancement de l'argument de la fatalité, les rencontres ont permis d'ébranler les certitudes des participant-e-s, d'interroger leurs pratiques et d'amener une réflexion sur les valeurs et les normes sociales que la communauté souhaite privilégier pour le bien être des filles.

2.5.5. Mobilisation des leaders et détenteurs d'enjeux

L'atelier de novembre 2012, qui a eu lieu au Bénin, a permis de mettre en place et de diffuser la théorie du changement qui vise l'amélioration des conditions de vie des jeunes filles et adolescentes. Cet atelier fut l'occasion de créer une ligne directrice commune sur les actions à mener par chacun et de mettre en évidence les acteurs clés sans lesquels ce changement ne pourrait avoir lieu. Il s'agit des chefs traditionnels, chefs de villages et des religieux mais aussi des parents, des hommes et des garçons qui ont tous des impacts sur la vie et l'avenir des jeunes filles et adolescentes. Aujourd'hui, de plus en plus d'organisations qui travaillent en collaboration avec ces différents acteurs commencent à observer un changement de comportement de leur part : leur discours a changé, des engagements sont effectifs et leur implication dans les activités de mobilisation sociale plus effectives aussi dans certaines zones d'intervention des OSC.

La création de centres de jeunes, de clubs au sein des écoles et d'ateliers d'apprentissages permet aux jeunes de prendre conscience de leurs droits et responsabilités, mais aussi des conséquences de leurs actes. Les stratégies basées sur le théâtre forum (Scoutisme béninois), l'EPP et les activités de sensibilisation (le forum sur les violences basées sur le genre (VBG) pour les corps habillés avec l'UNFPA) sont des actions ayant un impact favorable sur les populations, par la communication et l'information.

12. Rapport d'activité
2012 du MJCD

Le Mouvement de Jeunes Chrétiens pour le Développement : un exemple de mobilisation communautaire

L'ONG MJCD a instauré des sessions communautaires de réflexion pour le projet « Entrepreneurat Féminin pour la Santé et l'Éducation des Enfants ». Ces sessions ont permis de rassembler des parents d'élèves, des chefs de circonscriptions scolaires, représentants du Ministère des enseignements primaire et maternel ainsi que les représentants des cultes traditionnels et des représentants des maires ou élus locaux. De plus, pour compléter l'intégration de la communauté au bon déroulement du projet, des débats radiodiffusés ont été organisés à des heures de grandes écoute pour les auditeurs du Zou et des Collines avec la présence d'un dignitaire du culte Vodou, un représentant de l'association des parents d'élèves et une personne ressource du MJCD.

Avec Plan Bénin :

Plan Bénin a élaboré le projet « Promotion des droits à la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents/Adolescentes et Jeunes » et dont l'exécution a été réalisée par le MJCD. L'une des activités premières de ce projet fut l'organisation de sessions de mobilisation communautaire qui ont permis de recueillir les « pratiques familiales qui entravent la promotion des droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans les villages, pour élaborer les plans d'action communautaire de promotion de ces droits ; et pour mettre en place également les comités des sages au niveau village. »¹² Dans le cadre de ce projet, deux centres de jeunes ont pu être réhabilités et 16 agents de santé formés. Bien que ce projet soit intéressant et bénéfique pour les jeunes du Zou et des Collines, il serait nécessaire de le développer sur une plus grande échelle.

De plus, il faut noter que la majorité des projets ne concerneront pas l'ensemble du territoire. De nombreuses régions restent sous l'emprise des traditions communautaires. Les projets de mobilisation communautaire touchent principalement les parents d'élèves et laissent ainsi, de côté, les jeunes filles en situation de vulnérabilité. Or, en impliquant activement les membres de la communauté, de nombreuses jeunes filles pourraient sortir de cet état de vulnérabilité extrême. Il s'agirait de commencer par combattre la stigmatisation de leur condition.

L'ABPF présente sur l'ensemble du territoire, a mis au point un projet à destination des populations jeunes les plus vulnérables afin de leur apporter le soutien nécessaire.

ABPF : projet « A+ ou Renforcement de l'accès des adolescents et jeunes des couches défavorisées du Bénin aux services de la santé de reproduction de qualité »

Ce projet a pour objectif d'accroître l'engagement institutionnel de l'Association dans le domaine des droits sexuels des jeunes en construisant une communauté, un environnement et un cadre juridique de soutien aux droits en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, en renforçant et en élargissant les services existants destinés aux adolescents et aux jeunes aux plus démunis. Il se fait en partenariat avec les autorités locales, les chefs traditionnels et religieux. Ce type d'action, incluant l'ensemble de la communauté est assez peu diffusée mais a l'avantage de prendre en considération chaque membre dans le but de favoriser un changement social complet.

III. Propositions d'action au niveau individuel, communautaire et institutionnel

3.1. Remarques sur le positionnement de l'UNFPA

En termes de positionnement, l'UNFPA, au regard de son mandat et des considérations générales rappelées ci-dessus, a toute légitimité pour mener une politique volontariste en matière de SDSP des adolescentes et de changement des normes sociales, même s'il existe de fortes résistances. En ce sens, l'UNFPA pourrait jouer un rôle fédérateur et d'appui technique pour promouvoir la prise en compte spécifique des adolescentes dans l'ensemble des politiques et programmes des ministères de lignes et auprès de ses partenaires du H4+ (programmes de santé maternelle, de PF, de lutte contre les IST/VIH, de promotion du genre et de l'égalité). Ce décloisonnement doit également se poursuivre et se renforcer au sein même de l'équipe UNFPA. Pour les mêmes raisons mais également parce qu'il appuie des acteurs (institutions et organisations de la société civile) qui jouent un rôle important en matière de santé et/ou de droits, l'UNFPA est particulièrement bien placé pour favoriser leur mise en synergie.

3.2. Dix propositions d'action à prioriser

A ce stade, le constat général préalablement exposé, l'analyse du contexte béninois et des projets et outils existants nous permettent d'identifier des pistes d'action à trois niveaux : au niveau des adolescentes elles-mêmes, au niveau de la société plus largement mais aussi au niveau institutionnel.

Nous en avons sélectionné dix qui nous paraissent particulièrement prometteuses.

Il faut noter que le rôle que l'UNFPA pourrait jouer dans la mise en œuvre de ces recommandations reste très variable d'une recommandation à l'autre (du simple appui à la mise en œuvre en passant par la coordination). Ce juste positionnement reste à préciser en fonction des réalités institutionnelles locales et du mandat de chacun des acteurs.

AU NIVEAU INDIVIDUEL

01

METTRE EN PLACE L'ÉDUCATION EN MATIÈRE DE POPULATION ET L'ÉDUCATION À LA VIE FAMILIALE DÈS LE PRIMAIRE

Intérêts

- > Atteindre le maximum de jeunes d'une même classe d'âge et toucher les filles avant leur déscolarisation
- > Structurer un cycle d'enseignement à la vie familiale et à l'éducation sexuelle complet et évolutif du primaire à la fin du secondaire
- > Contribuer à la déconstruction des stéréotypes de genre

Stratégie et mise en œuvre

- > Mettre en place un comité de pilotage paritaire incluant le ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire, le ministère de la Santé publique et les acteurs associatifs intervenant en milieu scolaire
- > Identifier et adapter les différents outils existants de qualité. Par exemple, poursuivre la contractualisation autour du livret pédagogique « Décider de sa vie et construire sa famille : réfléchir ensemble pour améliorer la santé maternelle » conçu par Yanick Jaffré avec l'appui de l'UNFPA
- > Tester ce livret dans plusieurs districts/communes rurales et urbaines avec un outil de mesure de l'impact adapté en s'inspirant éventuellement de l'expérience nigérienne
- > Mettre en place un comité de pilotage incluant les ministères de l'Enseignement, de la Santé publique, du développement, de la Promotion de la femme et de la jeunesse
- > Former les enseignants et sensibiliser les parents d'élèves
- > Adapter le dispositif selon les résultats et le passer à l'échelle

Limites

- > Résistance des établissements et des associations de parents d'élèves à désamorcer
- > Manque de volonté ou réticence des enseignants : former les enseignant-es à l'utilisation des supports et outils adaptés à l'âge

02

INSTAURER UNE CONSULTATION GRATUITE POUR LES ADOLESCENTES DANS LA PÉRIODE PRÉ-PUBERTAIRE (ÂGE À DÉFINIR) DANS LES CENTRES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Intérêts

- > Offrir aux adolescentes l'occasion d'un contact et d'une familiarisation avec une structure socio-sanitaire de proximité en leur nom propre
- > Permettre aux adolescentes de recevoir une information claire et précise sur la puberté et les services de prévention et de soins offerts par la structure
- > Accoutumer les prestataires et les communautés à l'accueil dans les structures socio-sanitaires des adolescentes pour des conseils ou des soins de SSR
- > Offrir des services et conseils préventifs adaptés aux besoins spécifiques des adolescentes

Stratégie et mise en œuvre

- > Convaincre le ministère de la Santé publique
- > Identifier une journée / semaine commune et nationale dédiée à la réalisation de ces consultations gratuites (autour du 11 octobre ou du 11 juillet)
- > Identifier, avec des centres « Amis des jeunes » dynamiques, les conditions de réalisation optimales de cette initiative et les étapes préparatoires indispensables au niveau des centres de santé
- > Elaborer des termes de référence / feuilles de route à destination des centres de santé en termes d'organisation, de contenu des messages, d'informations et soins à dispenser aux adolescentes
- > Inscrire cette journée / semaine ainsi que son financement dans les plans de développement sanitaire / SR et dans les plans d'opération des districts sanitaires
- > Organiser et financer une campagne médiatique nationale pour informer largement de l'initiative sans oublier de mobiliser les relais communautaires pour diffuser l'information

Limites

- > Difficulté de rendre obligatoire cette visite pour toutes les adolescentes concernées : nécessité d'avoir recours à la mobilisation communautaire
- > Possibilité d'engorgement des services

03

CRÉER UN LABEL QUALITÉ POUR LES SUPPORTS DE FORMATION/INFORMATION EN MATIÈRE D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

Intérêts

- › Identifier, reconnaître et promouvoir les outils et les dispositifs d'éducation à la sexualité qui présentent des garanties de qualité
- › Renforcer l'impact des actions de sensibilisation et d'information
- › Développer les compétences des acteurs déjà impliqués et la qualité des interventions
- › Favoriser la coordination des acteurs et l'harmonisation des dispositifs existants

Stratégie et mise en œuvre

- › Recenser les différents acteurs institutionnels et associatifs intervenant dans le domaine de l'éducation à la sexualité et les curriculums/ supports de formation qu'ils utilisent
- › Définir de manière participative à travers une série d'ateliers un label qualité et son référentiel qui intégrerait notamment l'importance de jugements non moralisateurs, la perspective genre, l'approche participative et l'éducation relationnelle et affective
- › Mettre en place un comité de rédaction des processus de labellisation, et d'une grille d'auto-évaluation et d'audit
- › Faire connaître ce label et mettre en place un processus de labellisation
- › Editer un répertoire des outils labellisés
- › Organiser des ateliers de formations des intervenants

Limites

- › Au regard de la quantité des intervenants dans le domaine de l'éducation sexuelle, cette démarche doit s'envisager au moins sur 3 ans

O4

DÉVELOPPER ET RENFORCER L'UTILISATION DES SERVICES D'ÉCOUTE ET D'AIDE À DISTANCE EN ADAPTANT LEUR OFFRE AUX PROBLÈMES SPÉCIFIQUES DES ADOLESCENTES

Intérêts

- > Faciliter l'accès des adolescentes à des informations et des conseils personnalisés adaptés à leur situation et besoins de façon anonyme au moment où elles en ont besoin
- > Inciter et faciliter l'orientation des adolescentes vers des structures de soins et de protection juridique et sociale adaptées en cas de besoins
- > Offrir aux adolescentes la possibilité de parler de sexualité librement et de façon anonyme
- > Optimiser le service en augmentant sa fréquentation et son usage par les filles et par les moins de 15 ans

Stratégie et mise en œuvre

- > Renforcer les compétences des écoutant-es des lignes d'écoutes existantes : formations / recyclages sur les problèmes et préoccupations auxquels font face les jeunes adolescentes, sur le genre et les obstacles socio-culturels qui entravent leur demande et leur accès aux services socio-sanitaires
- > Assurer un accueil au moins en langues locales en plus du français
- > Utilisation des radios locales et communautaires pour présenter ce service et diffuser largement le numéro de téléphone à contacter sur l'ensemble du pays et en langue locale : il peut être utile d'avoir recours à des témoignages positifs d'usager-es, d'écoutant-es, de médecins pour illustrer concrètement les bénéfices que l'on peut attendre de ce service

- > Promouvoir l'utilisation par les plus jeunes et notamment les filles de la ligne d'écoute et les inciter à recourir à ce service par une campagne à l'attention des 10-14 ans
- > Etudier l'opportunité de fusionner les lignes d'écoutes existantes en conservant les équipes en place ou a minima tisser des passerelles entre les différents services

Limites

- > Tous les adolescent-e-s n'ont pas accès à la radio ou ne l'écoutent pas : introduire dans les émissions / spots de promotion des différentes lignes des messages pour inciter les auditeurs-trices à parler du service à leurs pair-es, mettre à disposition des ONGs et structures intervenant auprès des jeunes les programmes radiophoniques pour augmenter leur diffusion et leur utilisation
- > 4 lignes coexistent

05

APPUYER ET FINANCER LES ASSOCIATIONS QUI PROPOSENT DES ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT DE COMPÉTENCES DE VIE AUX JEUNES ADOLESCENTES DÉSCOLARISÉES OU NON SCOLARISÉES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Intérêts

- > Favoriser et soutenir l'expression d'une demande de services (soins et conseils) en matière de santé sexuelle
- > Renforcer l'empowerment des adolescentes en situation de vulnérabilité pour qu'elles soient en capacité d'accéder aux services de santé sexuelle et de la procréation, de pouvoir négocier les relations sexuelles et l'utilisation des moyens de préventions des IST-sida et des grossesses
- > Etablir ou mettre à jour un mapping des associations / programmes qui développent et utilisent cette approche

Stratégie et mise en œuvre

- > Apporter un appui technique à ces structures pour améliorer / harmoniser les modules dispensés
- > Renforcer les compétences des animateurs-trices / mentors pour corriger les attitudes moralisatrices qui persistent et réduire les risques de véhiculer des stéréotypes par des formations genre et santé sexuelle et de la procréation
- > Favoriser le rapprochement et la collaboration entre ces structures / programmes et les structures socio-sanitaires, notamment les centres jeunes / Centre de Santé des zones d'intervention, pour faciliter le référencement et un accueil de qualité des bénéficiaires des programmes de renforcement des compétences de vie dans les structures socio-sanitaires

- > Faciliter le dialogue et la mise à disposition de moyens pour que les structures socio-sanitaires accueillent les séances des programmes de renforcement des compétences de vie dispensées par les associations : mise à disposition d'espaces sûrs, rapprochement et familiarisation des adolescentes en situation de vulnérabilité avec les structures socio-sanitaires, amélioration de la fréquentation des structures socio-sanitaires par les adolescentes

Limites

- > Risque de résistance de la part de l'entourage des adolescentes pour qu'elles participent régulièrement aux activités proposées : nécessité de mener des actions de mobilisation communautaire et de médiation avec l'entourage des adolescentes pour faire accepter leur participation aux activités

AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

06

MOBILISER LES COMMUNAUTÉS EN VUE DE L'ABANDON DU MARIAGE PRÉCOCE EN ADAPTANT L'APPROCHE INSPIRÉE DE LA THÉORIE DES CONVENTIONS SOCIALES¹³⁻¹⁴ EN MATIÈRE D'ABANDON DE L'EXCISION

Intérêts

- > Approche qui permet des changements sociaux durables et l'abandon de pratiques fortement ancrées
- > Approche participative et inclusive qui mobilise, implique et responsabilise l'ensemble de la communauté, et chacun-e à son niveau
- > A partir d'un groupe de villages / communautés qui s'engagent et grâce aux relations de voisinage, la nouvelle pratique / norme adoptée peut s'étendre petit à petit aux villages voisins
- > Fort intérêt pour le sujet chez les britanniques, avec lesquels des partenariats pourraient être envisagés

Stratégie et mise en œuvre

- > Etablir un partenariat avec des organisations nationales ou d'Afrique de l'Ouest bénéficiant d'une expertise avancée en matière d'accompagnement des communautés à l'engagement public d'abandon de la pratique de l'excision
- > Identifier une zone d'intervention où le mariage précoce est particulièrement important et pratiqué à un âge très jeune
- > Adapter et développer le modèle avec l'appui et l'expertise d'une structure spécialiste :
 - en s'appuyant sur des ressources communautaires et des mécanismes de dialogue existants : écoles des maris, comités pour la santé reproductive, comités locaux pour la protection de l'enfance, organisations à base communautaire
 - en prenant en compte les actions déjà en cours dans un souci de synergie, d'harmonisation des messages et des activités et de non duplication
 - en impliquant les ONG déjà implantées qui travaillent avec les populations

- > Impliquer des socio-anthropologues dans le processus de suivi-évaluation et dans la capitalisation
- > Communiquer régulièrement sur l'expérience et médiatiser à l'échelle nationale les cérémonies d'abandon du mariage précoce au cours desquelles les communautés s'engagent publiquement

Limites

- > La temporalité : cette approche, si elle est efficace, s'inscrit dans la durée ; un minimum de 3 années est nécessaire pour aboutir à un engagement des communautés

13. Mackie Gerry, *Ending footbinding and infibulation: a convention account*, in *American Sociological Review*, vol. 61, n°6, 1996, pp.999-1017

14. Mackie Gerry, *Abandoning FGC : The beginning of the end*, in Bettina Shell-Duncan et Ylva Hernlund (eds), *Female Circumcision in Africa: Culture, Controversy and Change* Boulder, Lynne Rienner Publishers, 2000, Londres, pp. 253-281

07

COORDONNER UNE CAMPAGNE CROSS-MEDIA FAVORISANT LA DÉCONSTRUCTION DES STÉRÉOTYPES S'APPUYANT SUR DES SUPPORTS EXISTANTS DE QUALITÉ

Intérêts

- > Soutenir et légitimer les acteurs qui interviennent dans les communautés pour lever les barrières socio-culturelles à la demande et à l'accès aux services socio-sanitaires des adolescentes en matière de santé et droits dans le domaine de la sexualité et de la procréation
- > Mettre en débat les représentations et habitudes sociales
- > Augmenter le potentiel et l'impact d'outils de communication de masse de qualité déjà existants

Stratégie et mise en œuvre

- > Identifier au niveau sous-régional des outils de communication de masse de qualité, du type de la série télévisuelle « C'est la vie »¹⁵
- > Valoriser et décliner l'un de ces outils dans une perspective cross-media. Par exemple, adapter à la radio une série télévisée, réaliser un guide d'adaptation pour le théâtre forum, développer des clubs d'auditeurs, réaliser des guides de discussion à partir des épisodes...
- > Rapprocher la communication nationale de la réalité locale en donnant aux acteurs de terrain les moyens de se réapproprier les messages (soutenir et former en ce sens les réseaux de communicateurs, en particulier les radios communautaires et les associations) pour l'organisation de débats communautaires de qualité
- > Accompagner ces campagnes grand public d'un volet pour les professionnels de santé

Limites

- > La qualité des outils et la nature des messages véhiculés sont déterminantes. Il s'agit de ne pas inquiéter et de ne pas stigmatiser, et d'inciter à la réflexion et à la remise en question. Nécessité de faire une sélection rigoureuse avec un dispositif de pré et post test.

15. Tournée et enregistrée au Sénégal avec l'objectif d'être diffusée dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest via le réseau de Canal France International, la série « C'est la vie » a d'ores et déjà au niveau sous-régional le soutien dans le cadre de Muskoka de l'UNFPA, de l'OMS, d'ONU FEMMES

AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

08

POURSUIVRE LA VULGARISATION ET LA DIFFUSION DES TEXTES DE LOI

Intérêts

- > Permettre à la population de connaître les lois en vigueur dans le pays
- > Donner aux filles la connaissance d'un moyen de protection juridique

Stratégie et mise en œuvre

- > Travailler avec l'Association des femmes juristes, les parlementaires et les collectifs regroupant respectivement leaders administratifs et traditionnels, les réseaux et associations des jeunes (dans le cadre de la consolidation des acquis de l'appui de l'UNFPA)
- > Identifier les principales lois à faire connaître
- > Elaborer un kit pédagogique adapté selon les cibles
- > Elaborer une campagne de promotion des lois déclinables en région

Limites

- > Il est nécessaire que les messages ne soient pas moralisateurs

09

APPUYER LA CRÉATION D'UNE ALLIANCE ENTRE LES LEADERS ADMINISTRATIFS ET LES CHEFS TRADITIONNELS DU BÉNIN POUR LE REcul DE L'ÂGE AU MARIAGE ET LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX ADOLESCENTES

Intérêts

- > Favoriser l'adoption de consensus et de positions communes fortes à relayer auprès des populations sur un des enjeux majeurs au Bénin en termes de santé et droits des adolescentes

Stratégie et mise en œuvre

- > Favoriser la création d'un groupe de travail leaders traditionnels/leaders administratifs incluant les ONG déjà actives sur ce sujet
- > Nourrir ce groupe de travail avec les données existantes et les expériences intéressantes dans la sous-région (voyage d'étude, partage des résultats du programme UNICEF/coopération australienne...)
- > Favoriser l'adaptation d'argumentaires déjà existants (ex : campagne Girls Not Brides) et leur appropriation par les leaders béninois
- > Appui à la communication dans chacune des régions
- > Création d'un label Communes « amies des filles » décerné aux communes qui prennent des engagements pour le recul de l'âge au mariage et la défense des droits des filles et adolescentes et médiatisation de leurs engagements en collaboration avec les PTF intervenant dans le domaine
- > Identifier au niveau national des objectifs de plaidoyer intermédiaires et concrets comme l'exonération de frais pour l'obtention du certificat médical nécessaire au dépôt de plainte pour les victimes de violences

Limites

- > Les opposants doivent être clairement identifiés et leur neutralité négociée

10

FORMER LES CADRES MINISTÉRIELS À L'APPROCHE GENRE AVEC UNE PRÉOCCUPATION PARTICULIÈRE GENRE ET ADOLESCENT-E-S ET GENRE ET SANTÉ SEXUELLE ET DE LA PROCRÉATION

Intérêts

- > Favoriser la prise de conscience de l'importance des inégalités de genre et des rapports sociaux de sexe dans les situations de vulnérabilité des adolescentes et de leurs conséquences en matière de droits et de santé sexuelle et de la procréation
- > Améliorer et enrichir les programmes en intégrant des axes d'actions favorisant l'empowerment des adolescentes, la lutte contre les inégalités de genre et le rééquilibrage des rapports sociaux de sexe pour des changements durables
- > Favoriser la prise en compte des besoins spécifiques des adolescent-e-s dans les programmes

Stratégie et mise en œuvre

- > Constituer un pool de formateurs-trices genre national spécifique
- > Mettre à niveau les membres de ce pool en organisant à leur intention une formation approfondie en faisant appel par exemple à l'association belge « Le Monde selon les femmes »¹⁶, qui dispose d'une expertise et d'une expérience pointue en matière de formation de formateurs en genre et santé et genre et droits sexuels et reproductifs
- > Identifier avec le ministère de la Population, de la promotion de la femme et de la jeunesse les ministères et catégories de fonctionnaires prioritaires à cibler pour être formés

- > Convaincre ces ministères de l'intérêt de former ses cadres et agents en genre et de financer ces formations
- > Proposer et organiser au sein des ministères clefs identifiés une formation à l'intention des fonctionnaires 1) impliqués dans la conception des politiques et programmes et 2) dans leur opérationnalisation
- > S'appuyer sur le travail fait lors de la campagne de sensibilisation des corps habillés de 2013

Limites

- > Financement des formations

16. <http://www.mondedefemmes.be>

IV. Références

- **Ministère de la Santé, Direction de la Santé de la mère et de l'enfant.** *Stratégie de sécurisation des produits de santé de la reproduction (2006-2015)*, Bénin, août 2006.
- **Ministère de la Santé, Organisation mondiale de la santé, Direction de la Santé, de la mère et de l'enfant.** *Documentation des meilleures pratiques en santé de la reproduction au Bénin, octobre-novembre 2010.* Disponible sur : <http://www.beninsante.bj>
- **Ministère de la Santé, Direction de la santé de la mère et de l'enfant.** *Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin 2010-2020*, juin 2010, 40 p.
- **PNUD – UNFPA – OMS - Banque Mondiale, John Cleland, Roger Ingham, Nicole Stone.** *Programme spécial de recherche de développement et de formation à la recherche et reproduction humaine : Interroger les jeunes sur leur sexualité et leur attitude vis-à-vis de la procréation : instruments de base présenté à titre d'exemple*, 2001, 108 p.
- **Ministère de la Jeunesse, des sports et des loisirs.** *Politique nationale de la Jeunesse*, 2002, Bénin, 48 p.
- **UNFPA, UNICEF, OMS, ONUFEMMES.** *Initiative Fonds Français « Muskoka », feuille de route 2013*, Bénin.
- **UNFPA, Atelier H+4.** *Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de solidarité prioritaire « Muskoka », 15 - 17 novembre 2012 Cotonou, Bénin*, 3 p.
- **UNFPA, UNICEF, ONU femmes, OMS/ AMPS.** *Fonds français Muskoka : Appui à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en Afrique francophone et Haïti, Guide pour la planification de la deuxième année*, 3 p.
- **RACINES.** *Que savoir de l'association Racines*, Brochure, 18 p.
- **OUA.** *Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples*, 18 Juin 1981. Disponible sur le site de la Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples : <http://www.achpr.org/fr/instruments/achpr/>
- **OUA.** *Protocole additionnel à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes.* Disponible sur le site de la Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples : <http://www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/>
- **Ministère du Développement, de l'analyse économique et de la prospective, Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE).** *Enquête démographique et de santé du Bénin (EDS-B IV) 2011 - 2012*, Bénin, octobre 2013.
- **Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), Programme national de lutte contre le Sida (PNLS) et Macro International Inc.** *Calverton, Maryland, USA. Enquête démographique et de santé du Bénin (EDS-B III)*, Bénin, 2007.
- **Population Council, Sarah ENGETBRTSEN.** *Recours aux données pour relever et sélectionner les adolescentes les plus vulnérables*, Publication « Girls first », 2012 The Population Council, Inc. 16 p.

V. Annexes

Annexe 1

Projet MUSKOKA / UNFPA

Proposition de TDR pour l'analyse des éléments de SSR des adolescents dans les politiques et programmes pays

Objectif

L'objectif de cette analyse est d'identifier dans quelle mesure la santé sexuelle des adolescentes est prise en compte dans les programmes actuels de l'UNFPA, en particulier ceux financés par les fonds Muskoka. En prenant en compte la cohérence avec les actions conduites par les autres acteurs au développement (principaux ministères, autres agences onusiennes, ONG), elle visera à identifier les éventuels gaps et à formuler des recommandations afin que les efforts mis en œuvre puissent être renforcés/redirigés pour plus d'impacts.

Méthodologie

1. L'analyse s'appuiera sur une revue des documents issus de :

- L'UNFPA : les derniers plans d'action programme pays et leur évaluation, les plans annuels de travail et leur évaluation, les plans d'actions projet spécifique (ex : initiative pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Jeunes et Adolescents au Niger),
- Des principaux ministères de ligne
- Des principales agences onusiennes partenaires
- Des principales ONG partenaires

2. Cette analyse sera complétée par des interviews avec le personnel clé de l'UNFPA et avec les responsables de programmes des autres acteurs au développement.

3. Cette analyse pourra être enrichie par quelques visites de terrain.

L'analyse s'effectuera à distance mais aussi à travers des missions dans chacun des pays identifiés. Elle sera guidée par les questions suivantes :

Questions globales :

La SSR des adolescentes est-elle prise en compte transversalement ou spécifiquement ? Quels acteurs sont en charge de la mise en œuvre ? D'où viennent les financements ?

Questions spécifiques :

• *Données*

Sur quels types de données concernant les adolescent-e-s la conception du programme s'est-elle appuyée (données désagrégées par âge/sexe, statut matrimonial, origine géographique, niveau scolaire...). Au cours de la mise en œuvre du programme, avez-vous produit des données spécifiques concernant les adolescentes (qualitatives ou quantitatives) ? Avez-vous conduit un travail spécifique d'identification des adolescentes les plus vulnérables ? Si oui, comment ?

• *Politiques et lois*

Votre programme cherche-t-il à influencer favorablement les politiques et lois concernant les adolescentes ? De quelle manière ? Quels ont été les principaux résultats ?

• *Éducation à la sexualité*

Dans le cadre de votre programme, les adolescentes ont-elles eu accès à des informations/à une éducation sur la sexualité ? Si oui, de quelle manière ? Quels étaient les sujets abordés et comment l'étaient-ils ?

• *Services de santé*

Votre programme facilite-t-il l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité et adaptés, particulièrement en matière de contraception ? De quelle manière ?

• *Travail avec les parents*

Dans le cadre de votre projet, un travail spécifique a-t-il été effectué avec les parents ? de quelle manière ?

• *Changement social*

Votre projet a-t-il favorisé le changement des mentalités ? Comment ? Avez-vous travaillé avec la communauté ? Si oui, avec qui en particulier ? De quelle manière ?

Livrable

Chaque rapport sera construit selon un format standard :

1. Une rapide introduction de l'enjeu que constitue la SSR des adolescentes, une brève description du contexte institutionnel/législatif et un résumé des principales observations contenues dans le rapport.
2. Une analyse des plans pays et de leurs déclinaisons opérationnelles au regard de la SSR des adolescentes.
3. Des recommandations pouvant nourrir le développement de nouvelles approches et la révision des programmes actuels.

Annexe 2

Atelier – Rencontre H4+ : Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire Muskoka 15-17 Novembre – Cotonou Benin

Synthèse de l'atelier

Situation des filles adolescentes dans nos pays

- Les filles adolescentes n'ont pas d'informations correctes et mises à jour sur la santé sexuelle et reproductive.
- Les filles adolescentes n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin, particulièrement dans le domaine de la contraception.
- Les droits des filles adolescentes ne sont pas toujours protégés par les lois et les politiques. Lorsque ces lois et politiques existent, elles sont rarement appliquées.
- Il existe un manque de prise de conscience, dans les communautés, des discriminations dont les filles adolescentes sont l'objet.
- Certaines normes sociales des communautés empêchent les filles de participer de façon autonome aux décisions qui concernent leur vie affective et sexuelle ce qui peut entraîner des mariages précoces, des grossesses non désirées et des avortements provoqués et dangereux.
- Les filles adolescentes sont confrontées à des normes sociales qui mettent leur santé sexuelle et reproductive en danger - du mariage précoce à l'infection au VIH, à la pression d'avoir des relations sexuelles avant le mariage, ou en échange d'argent ou de faveurs.
- Tous ces facteurs accentuent la vulnérabilité des filles adolescentes. Certaines font face à des situations de vulnérabilité accrue, telles que les filles ne vivant pas avec leurs parents, celles quittant l'école prématurément, celles qu'on force à se marier très tôt, et celles qui pratiquent le travail sexuel.

Filles adolescentes et OMD 4 et 5 :

- Les filles adolescentes représentent une large proportion de la population de nos pays. Les filles adolescentes contribuent de façon substantielle aux hauts niveaux de fécondité dans nos pays, et aux niveaux élevés de mortalité maternelle et de morbidité, y compris les avortements dangereux et les fistules.
- Pour toutes ces raisons, donner la priorité aux filles adolescentes est absolument indispensable pour atteindre les OMD 4 et 5. Prendre en compte les filles adolescents est important pour achever tous les OMD, y compris 1, 3, 4 et 6.

Nous travaillerons à :

Rénover nos approches

Changer nos stratégies, approches programmatiques et pratiques de travail dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des filles adolescentes, pour fonder nos approches sur des approches dont l'efficacité a été prouvée, qui ont le potentiel de faire une véritable différence dans la vie des filles, et qui sont adaptées aux spécificités de chaque pays.

Données

1. Rassembler, analyser et utiliser des données démographiques, épidémiologiques, socio-anthropologiques et de suivi des programmes afin que nos politiques et programmes nationaux et sous-nationaux à l'attention des filles adolescentes soient renseignés par des données correctes et récentes.

Politiques et lois

2. Formuler des lois et politiques pour protéger les filles adolescentes et permettre qu'elles développent tout leur potentiel.

Éducation à la sexualité

3. Fournir aux adolescentes une information et une éducation de qualité et non moralisante sur la santé sexuelle et reproductive, en utilisant les ressources disponibles dans le pays (y compris écoles - dès le primaire - et collège pour atteindre les adolescents à l'école, et les ONG pour atteindre les adolescents déscolarisés).

Services de santé sexuelle et reproductive

4. Assurer l'accès des adolescentes filles à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, particulièrement l'accès aux soins de la contraception, en s'assurant que les services de santé soient adaptés aux adolescent-e-s et répondent aux besoins du plus grand nombre (couverture).

Travail avec les parents

5. Renforcer les capacités des parents pour soutenir leurs adolescent-e-s dans la transition de l'enfance vers l'âge adulte.

Changement social

6. Impulser un changement durable en appuyant l'adoption d'habitudes sociales et de lois plus favorables pour les jeunes filles en particulier en situation de vulnérabilité à travers :

- La création d'une alliance nationale qui inclut les gouvernements locaux, communautés et ONG pour défendre les droits des filles adolescentes ;
- Une mise en œuvre de stratégies de mobilisation sociale qui comprennent des débats communautaires, le plaidoyer de soutien des parties prenantes - en particulier les associations professionnelles, les chefs religieux, les jeunes et la société civile sur les besoins et les droits des filles adolescentes, et la responsabilité des familles, des communautés, et de la société dans son ensemble pour répondre à ces besoins et protéger ces droits
- En soutenant les associations et groupements qui interviennent déjà auprès des jeunes pour qu'ils agissent en faveur des jeunes filles (défense des droits des adolescentes et amélioration significative de l'accès à des services de santé sexuelles et reproductives de qualité.)
- Valorisant les engagements des communautés, décideurs et acteurs de terrain pour changer les habitudes sociales des communautés (par ex. mariage précoce, MGF).

Il existe déjà des activités en direction des adolescentes dans nos pays. Nous analyserons les leçons apprises et renforcerons ce qui est déjà fait et dirigerons nos activités vers les filles elles-mêmes (et pas seulement sur les structures nationales), pour un impact à court et moyen terme.

Nous utiliserons les ressources humaines, les systèmes et les structures existantes. Nous ferons tout notre possible pour construire sur l'existant.

Annexe 3

Atelier – Rencontre H4+ : Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire Muskoka 15-17 Novembre – Cotonou Benin

Théorie du changement : Réduction des grossesses précoces

Objectifs de santé

- Réduction des grossesses précoces désirées et non désirées
- Réduction des IST et des infections à VIH - Sida des adolescentes

Objectifs secondaires

- Réduction de la morbi-mortalité maternelle
- Réduction de la mortalité infantile
- Augmentation de la durée de scolarité des adolescentes
- Amélioration du bien être psychologique, physique et social des adolescentes

Comportement des adolescents directement lié aux objectifs de santé

- Rapports sexuels à risque
- Non utilisation de produits de contraception/prévention
- Entrée précoce en sexualité

Interventions pour le changement

- 1.1.** Offrir une éducation sexuelle complète avant la puberté pour tous les adolescents et adolescentes scolarisé-e-s et non scolarisé-e-s
- 1.2.1** Améliorer les relations entre les adolescentes et les prestataires de services
- 1.2.3** Développer les réseaux d'aide à distance (lignes d'écoute) gratuits et anonymes
- 1.3.1** Renforcer l'estime de soi et le pouvoir de négociation des adolescentes
- 1.3.2** Sensibiliser et éduquer les garçons à l'égalité et au respect de tous et toutes dès le plus jeune âge
- 1.4.1** Promouvoir la rescolarisation, l'alphabétisation fonctionnelle et/ou la formation professionnelle des filles déscolarisées
- 1.4.2** Favoriser le leadership des adolescentes dans les instances de concertation et de décision au niveau national et local
- 1.4.3** Développer les réseaux sociaux des adolescentes

- 2.1** Soutenir la parentalité
- 2.2 / 2.3** Développer des mesures incitatives pour le maintien des filles à l'école (campagnes de communication, médiation sociale, appuis financier ou matériel)
- 2.4** Informer et mobiliser pour l'abandon du mariage précoce
- 2.4** Développer les réseaux sociaux des adolescentes

- 3.1.1** Sensibiliser et former le personnel sanitaire, éducatif, social, policier et judiciaire aux problématiques spécifiques des adolescentes et à leurs droits
- 3.1.2** Faire des établissements sanitaires, éducatifs, sociaux, policiers et judiciaires des endroits sûrs pour les adolescentes et/ou développer des espaces sûrs au sein des communautés pour les adolescentes

- 4.1** Soutenir le dialogue communautaire autour des droits sexuels et de la reproduction des jeunes et plus largement autour des violences
- 4.2** Créer au sein des communautés des réseaux de personnes ressources formées pour veiller à la défense des droits des filles et des adolescentes
- 4.3** Vulgariser et promouvoir les droits humains

- 5.1** Systématiser la production d'indicateurs et de données sexo-spécifiques et désagrégés par tranche d'âge dans les études et programmes
- 5.2** Favoriser la prise en compte des besoins des adolescentes dans l'ensemble des politiques et programmes et l'attribution de part plus importante du budget à des actions spécifiques pour les adolescentes
- 5.3** Renforcer la collaboration entre les différents secteurs / services (socio-sanitaire, juridique, policier) pour apporter un soutien concret aux filles victimes de violences

- 6.1.1** Médiatiser les initiatives et dynamiques de changement positif en faveur des droits des filles et des femmes
- 6.1.2** Favoriser l'émergence et la mise en réseaux de «champions» de la cause des adolescentes (décideurs, personnalités publiques, leaders traditionnels)

Déterminants des comportements

Au niveau des adolescentes

- 1.1 Faibles connaissances sur le corps et la sexualité
- 1.2 Faible utilisation des services et produits de santé sexuelle et reproductive et plus largement des services sanitaires et sociaux
- 1.3 Faible capacité à refuser des rapports sexuels ou à négocier des rapports sexuels à moindre risque
- 1.4 Faible pouvoir décisionnel concernant leur santé sexuelle et reproductive et leur choix de vie en général

Au niveau du milieu de vie

Au niveau de la famille

- 2.1 Faible capacité des parents à accompagner leurs enfants dans leurs vies affectives et sexuelles
- 2.2 Non scolarisation ou déscolarisation précoce des filles pour des raisons économiques ou culturelles
- 2.3 Placement ou incitation au travail des filles/adolescentes comme stratégie de survie économique
- 2.4 Valorisation du mariage précoce pour protéger les adolescentes des relations sexuelles prémaritales et/ou pour des raisons économiques
- 2.5 Limitation de la mobilité des adolescentes et contrôle de leur temps en raison de l'importance de la virginité avant le mariage

Au niveau des services

- 3.1 Faibles capacités des services sanitaires, éducatifs, sociaux, policiers et judiciaires à répondre de manière adaptée aux besoins spécifiques des adolescentes

Au niveau de la communauté

- 4.1 Importance des tabous liés à la sexualité hors mariage et à la contraception
- 4.2 Violences, en particulier violences sexuelles et harcèlement des adolescentes en milieu scolaire et extrascolaire
- 4.3 Mauvaise connaissance et non adhésion aux lois protégeant les femmes et les enfants

Au niveau de l'environnement global

- 5.1 Insuffisance de données désagrégées par sexe et par âge / manque de connaissances des problématiques spécifiques des adolescentes
- 5.2 Insuffisance des investissements en direction des adolescentes
- 5.3 Faiblesse du dispositif répressif en cas de violences à l'égard des adolescentes

Déterminants transversaux

- 6.1 Existence de stéréotypes et de préjugés sexistes et gérontocrates largement véhiculés à tous les niveaux de la société
- 6.2 Pauvreté

Équilibres & Populations

Créée en 1993, par des médecins et des journalistes, dans le contexte de la conférence internationale sur la population et le développement du Caire, Équilibres & Populations travaille à améliorer les conditions de vie et le statut des femmes, facteur essentiel d'un développement juste et durable.

Citation suggérée :

Santé et Droits Sexuels et de la Procréation des adolescentes au Bénin - Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA, Équilibres & Populations, 2014

Crédits

Coordination générale

Aurélie Gal-Régniez

Equipe de recherche

Delphine Barry & Magali Doisy

Rédaction

Dominique Pobel & Magali Doisy

Secrétariat de rédaction

Nicolas Rainaud

Secrétariat d'édition

Nathalie Perrotin

Création : Jean-Luc Gehres

www.welcomedesign.fr

Impression :

Simon Graphic, Ornans

Ce document est imprimé

sur du papier certifié.

En novembre 2012 à Cotonou, l'UNFPA, ses partenaires onusiens et les ministères concernés se sont engagés à changer leurs stratégies et approches programmatiques afin de faire « Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire Muskoka ». Cette étude sur le Bénin s'inscrit en appui à cette dynamique. Quels sont les opportunités et les défis pour la poursuite et l'accélération des changements initiés en faveur des adolescentes ? Quelles sont les actions à fort impact à privilégier et à soutenir ? Quel rôle spécifique peut avoir l'UNFPA dans la prise en compte des programmes des autres intervenants et des spécificités nationales ? Cette étude, conduite participativement, aboutit à l'élaboration de dix recommandations pour une amélioration durable du statut et de la santé sexuelle et de la procréation des adolescentes au Bénin.

Équilibres & Populations

www.equipop.org
info@equipop.org

Siège

75, rue des Saints-Pères
75006 Paris - France
Tél. : +33 (0)1 53 63 80 40
Fax. : +33 (0)1 53 63 80 50

Bureau Afrique de l'Ouest

09 BP 903 Ouagadougou 09
Burkina Faso
Tél. / Fax. : +226 50 36 73 73