



MINISTRE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU BENIN

# REPUBLIQUE DU BENIN

## MINISTRE DE LA SANTE



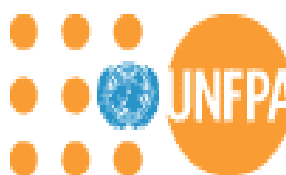
# STRATEGIE NATIONALE MULTISECTORIELLE DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES 2018-2022

VERSION FINALE

SEPTEMBRE – 2017



Royaume des Pays-Bas



Le présent document a été réalisé par le Bureau d'études GROUPE STIGMATE sarl pour le compte du Ministère de la Santé du Bénin, avec un financement de l'Ambassade Royale des Pays-Bas via le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)

**Editeur :**

**Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant,**

MINISTERE DE LA SANTE

BP 01-882 Cotonou - Bénin

Tél. +229 21 33 2178/ 21 33 21 63

E-mail : [info@sante.gouv.bj](mailto:info@sante.gouv.bj)

[www.sante.gouv.bj](http://www.sante.gouv.bj)

République du Bénin

**Prestataire:**

**GROUPE STIGMATE Sarl**

« Le cœur du métier de conseil »

01 BP : 03539 Recette Principale

Tél: +(229) 67 29 04 44 / 95-40-94-95 / 97-54-17-09

E-mail : [contact@groupe-stigmat.org](mailto:contact@groupe-stigmat.org) – [bertinoredola@gmail.com](mailto:bertinoredola@gmail.com)

Site web : [www.groupe-stigmat.org](http://www.groupe-stigmat.org)

Membre de la communauté des membres de Go Africa Online : [contact@goafricaonline.com](mailto:contact@goafricaonline.com)

**Consultants :**

**Bertin O. AFFOIGNON**

Sociologue, MBA, Manager de Projets de

Développement International (MPDI);

Directeur du Groupe Stigmat Sarl

**Oscar Minakpon DJIGBENOUE**

Médecin Santé publique

**Edmond DANHOUEGBE**

Economiste Planificateur

**Date et lieu de publication:**

Septembre 2017, Cotonou



## REMERCIEMENTS

---

Le Ministre de la Santé tient à remercier les différents partenaires qui ont aidé à l'évaluation de la stratégie SRAJ 2011-2015 et à l'élaboration de la présente stratégie. Il s'agit de :

L'Ambassade Royale des Pays-Bas, pour son appui financier et technique dans la conduite de tout ce processus ;

L'UNFPA, pour son appui financier et technique ayant permis l'élaboration et la validation du document ;

L'OMS, l'ONUSIDA, l'USAID, pour leurs nombreuses contributions à la promotion de la SRAJ au Bénin ;

Les Ministères sectoriels et les organisations de la société civiles intervenant dans le domaine de la SRAJ ;

Les différents acteurs nationaux et internationaux de la SRAJ à quelque niveau qu'ils soient pour nous avoir donné tout l'accompagnement nécessaire pour l'atteinte des résultats ;

Le présent document n'aurait vu le jour sans l'apport des cadres de la DSME, des autres Directions centrales et techniques et autres programmes sectoriels.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de leurs efforts pour voir s'éclorre au Bénin, une jeunesse jouissante d'une bonne santé sexuelle et reproductive, participant pleinement aux transformations et au développement du pays.

## PREFACE

---

En prenant en 2011 l'initiative de la mise en place d'une stratégie nationale multisectorielle de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes (SSRAJ), le Gouvernement du Bénin a marqué ainsi, sa volonté politique d'apporter une réponse conséquente aux problèmes des adolescents et jeunes surtout la couche la plus vulnérables.

En effet, cette tranche importante de la population (33,35% en 2016) se trouve confrontée à d'importants problèmes de santé sexuelle et de la reproduction notamment la prolifération des IST/VIH/Sida, la fréquence des grossesses non désirées et les complications des avortements provoqués et le commerce sexuel du fait de la démission des parents et de la situation économique précaire.

Arrivée à terme, c'est donc à juste titre que la Stratégie de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes 2011-2015 ait été évaluée. Cette évaluation réalisée en 2017 a révélé une mise en œuvre timide de la Stratégie malgré la mobilisation des organisations de la société civile et de la jeunesse. Le pays n'a pas pu tirer le meilleur profit de cette stratégie malgré les ressources disponibles auprès des partenaires au développement.

Le fait que la mise en œuvre de cette stratégie ait porté la problématique des adolescents et jeunes sur la place publique et le contexte international caractérisé par les nouveaux engagements des Objectifs de Développement Durable, de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) et du Partenariat de Ouagadougou lancé en 2011 par neuf pays francophones de l'Afrique de l'Ouest dont le Bénin et leurs partenaires techniques et financiers, dans un mouvement de mobilisation pour accélérer les progrès dans l'utilisation des services de planification familiale, constituent un fondement pour la nouvelle stratégie 2018-2022.

Toutefois pour la réussite de cette nouvelle stratégie, à côté de l'engagement politique affirmé, l'impulsion d'une coordination adaptée aux enjeux, la participation communautaire, l'implication de la jeunesse et de tous les intervenants et l'accompagnement des bailleurs et des partenaires techniques et financiers sont indispensables.

En signant donc la préface de ce document que je veux la référence première pour les interventions en matière de la SSRAJ au Bénin, je souhaite que tous les acteurs dans cette multisectorialité qui la caractérise, se l'approprient pour un plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources pour lever les importants défis de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin.

J'adresse mes félicitations aux consultants, ainsi qu'aux cadres du Ministère de la santé, des Ministères sectoriels et des organisations de la société civile intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes, pour la qualité du travail qu'ils ont accompli.

J'exprime enfin ma profonde gratitude aux différents partenaires pour leur appui technique et financier à l'élaboration et à la dissémination de ce précieux outil de travail.

**Dr Alassane SEIDOU**

**Ministre de la Santé**

## Table des matières

RESUME.....	12
I. CONTEXTE ET GENERALITES .....	19
1.1. <b>Caractéristiques géographiques</b> .....	19
1.2. <b>Caractéristiques démographiques</b> .....	19
1.3. <b>Caractéristiques socio-culturelles</b> .....	20
1.4. <b>Caractéristiques économiques</b> .....	20
1.5. <b>Education et genre</b> .....	21
1.6. <b>Facteurs environnementaux</b> .....	21
II. CONTEXTE SANITAIRE DU PAYS .....	23
2.1. <b>Profil épidémiologique</b> .....	23
2.2. <b>Organisation du système de santé</b> .....	23
2.3. <b>Prestation des services et qualité des soins</b> .....	24
2.4. <b>Sécurité alimentaire et nutrition</b> .....	24
2.5. <b>Ressources disponibles pour la Santé</b> .....	24
III. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES AU BÉNIN .....	28
3.1. <b>La santé sexuelle</b> .....	28
3.1.1.1. <b>Connaissance approfondie du VIH</b> .....	29
3.1.1.2. <b>Activité sexuelle, utilisation de préservatif, test de dépistage réalisé et connaissance du résultat</b> .....	29
3.1.2. <b>Infection par le virus du papillome humain</b> .....	30
3.1.3. <b>Infection par les virus de l'hépatite</b> .....	30
3.1.4. <b>Les troubles sexuels</b> .....	30
3.1.5. <b>Les violences basées sur le genre</b> .....	30
3.1.6. <b>Les populations vulnérables</b> .....	31
3.2. <b>Santé reproductive</b> .....	32
3.3. <b>Environnements familial, institutionnel et social</b> .....	33
IV. RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA STRATEGIE NATIONALE MULTISECTORIELLE DE SSRAJ 2011-2015 .....	35
4.1 <b>Stratégie de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes 2011- 2015 faible et non exhaustive</b> .....	35
4.2 <b>Mise en œuvre à minima et timide de la Stratégie Nationale Multisectorielle de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes y compris le VIH/SIDA 2011-2015</b> .....	35

4.3	Nécessité de capitalisation d'une série d'innovations en SRAJ sur le terrain	35
4.4	Inexistence de données désagrégées sur les adolescents et jeunes	35
4.5	Environnement politique, économique et socioculturel défavorable à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes	35
4.6	Nouveau contexte considérant l'adolescent et jeune comme acteurs de changement	36
V.	SYNTHESE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES ISSUE DE L'EVALUATION DE LA STRATEGIE NATIONALE MULTISECTORIELLE DE SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES	38
VI.	DEFIS ET PRIORITES EN SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES	41
6-1	Protection et promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris les plus vulnérables	41
6-2	Responsabilisation des adolescents et jeunes	41
6-3	Coordination des interventions et amélioration de la gouvernance	41
6-4	Promotion de la recherche	42
VII.	CADRE STRATEGIQUE : Fondements, Principes directeurs, Vision, Buts, Objectifs et interventions	44
7.1	Les fondements	44
7.1.1	Les Objectifs de Développement Durable	44
7.1.2	La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)	44
7.1.3	The Family Planning 2020	45
7.1.4	Le dividende démographique	45
7.1.5	Le Partenariat de Ouagadougou	46
7.1.6	L'Environnement juridique	46
7.1.7	La politique nationale de promotion du genre au Bénin	47
7.1.8	La Politique Nationale de la Jeunesse (PNJ) 2016-2025	47
7.1.9	Le Plan stratégique intégré de santé de reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et jeunes (SRMNEAJ) Bénin 2018-2022	49
7.2	Défis et priorités	49
7.3	VISION DE LA STRATEGIE NATIONALE SSRAJ 2018-2022	49
7.4	PRINCIPES DIRECTEURS	49
7.4.1	Universalité	50
7.4.2	Equité	50

7.4.3	<b>Genre</b> .....	50
7.4.4	<b>Continuité des services et des soins dans le temps</b> .....	50
7.4.5	<b>Défense des droits humains</b> .....	50
7.4.6	<b>Interventions fondées sur des données factuelles</b> .....	51
7.4.7	<b>Partenariats</b> .....	51
7.4.8	<b>Communautaire</b> .....	51
7.4.9	<b>Responsabilité</b> .....	52
7.5	<b>AXES PRIORITAIRES DE DEVELOPPEMENT DE LA SRAJ</b> .....	52
7.6	<b>BUTS, OBJECTIFS ET INTERVENTIONS DE LA STRATEGIE NATIONALE SSRAJ 2018-2022</b> .....	52
VIII.	<b>INDICATEURS D'IMPACT ET DE RÉSULTATS</b> .....	56
IX.	<b>CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET MECANISME DE SUIVI EVALUATION</b> .....	62
9.1.	<b>Cadre institutionnel</b> .....	62
9.1.1.	<b>Composition et missions des structures du cadre institutionnel</b> .....	62
9.1.2.	<b>Axes d'interventions, acteurs et responsabilités</b> .....	63
9.1.3.	<b>Mécanisme de suivi et d'évaluation</b> .....	65
9.1.4.	<b>Gestion des risques</b> .....	66
X.	<b>RÉCAPITULATIF DES COÛTS ESTIMATIFS PAR AXE STRATÉGIQUE</b> .....	68
	<b>CONCLUSION</b> .....	70
	Structure du service d'écoute.....	77

## Liste des tableaux

Tableau 1: Données démographiques 2016 au Bénin .....	19
Tableau 2: Cas de violences basées sur le genre enregistrés par les services d'écoute du Ministère en charge de la famille en 2015 .....	31
Tableau 3 : Données sur la santé de la reproduction des adolescents et jeunes du Bénin .....	33
Tableau 4 :Forces et faiblesses issues de l'évaluation de la stratégie SRAJ .....	38
Tableau 5: Matrice des Axes stratégiques et objectifs .....	53
Tableau 6 : Les indicateurs d'impact .....	56
Tableau 7 : Les indicateurs de résultats .....	56
Tableau 8 : Acteurs et Axes d'interventions .....	63
Tableau 9 : Parties prenantes et responsabilités .....	64
Tableau 10 Récapitulatif des coûts estimés de la stratégie SRAJ 2018-2022 .....	68



## LISTE DES ACRONYMES

---

<b>ABMS</b>	: Agence Béninoise pour la Marketing Social et la Communication pour la Santé
<b>ABPF</b>	: Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
<b>AFD</b>	: Agence Française pour le Développement
<b>APESSA</b>	: Association pour l'Éducation, la Sexualité et la Santé en Afrique
<b>BZ</b>	: Bureau de zone
<b>ADO</b>	: Adolescent
<b>AJ</b>	: Adolescents et Jeunes
<b>CAR/ZS</b>	: Chargé de l'Administration et des Ressources de la Zone sanitaire
<b>C/DRH</b>	: Chef Division Ressources Humaines
<b>CEG</b>	: Collège d'Enseignement Général
<b>CeRADIS</b>	: Centre de Réflexions et d'Actions pour le Développement Intégré et la Solidarité
<b>CJAV</b>	: Centres Jeunes Amour et Vie
<b>CJL</b>	: Centre des Jeunes et des Loisirs
<b>CIPD</b>	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
<b>CORAF</b>	: Centres d'Orientation pour les Adolescents et la Famille
<b>CPS</b>	: Centre de promotion sociale
<b>C/SAF</b>	: Chef service administration et finances
<b>CTB</b>	: Coopération Technique Belge
<b>COUS/UAC</b>	: Centre des œuvres universitaires et sociales/Université d'Abomey Calavi
<b>DD</b>	: Dividendes Démographiques
<b>DDESTFP</b>	: Direction Départementale de l'Enseignement Secondaire et Technique et de la Formation Professionnelle
<b>DDS</b>	: Direction Départementale de la Santé
<b>DPP</b>	: Direction de la Programmation et de la Prospective

<b>DSME</b>	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>EDSB</b>	: Enquête Démographique et de Santé du Bénin
<b>EEZS</b>	: Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
<b>ESDGB</b>	: Enquête de Sérosurveillance de Deuxième Génération du Benin
<b>EPP</b>	: Ecole primaire publique
<b>ETME</b>	: Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA
<b>GND</b>	: Grossesse Non Désirée
<b>GRAFED</b>	: Groupe de Recherche et de Formation en Epidémiologie et Développement
<b>IHP+</b>	: International Health Partnership
<b>INSAE</b>	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>LQAS</b>	: Lot Quality Assurance Sampling
<b>MCZS</b>	: Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
<b>MICS</b>	: Enquête par grappes à indicateurs multiples
<b>MJSL</b>	: Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs
<b>MJCD</b>	: Mutuelle de Jeunes Chrétiens pour le Développement
<b>ODD</b>	: Objectifs de Développement Durable
<b>OMEP</b>	: Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescent(e)s et
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	: Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/Sida
<b>OSC</b>	: Organisation de la Société Civile
<b>PF</b>	: Planification Familiale
<b>PITA</b>	: Plan Intégré de Travail Annuel
<b>PNJ</b>	: Politique Nationale de la Jeunesse
<b>PTF</b>	: Partenaires Techniques et Financiers
<b>PTME</b>	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

<b>PVVIH</b>	: Personne Vivant avec le VIH
<b>RABeJ</b>	: Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagées contre le Sida
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>3SADO</b>	: Santé et Services Sociaux des Adolescents
<b>SFE</b>	: Sage-femme d'Etat
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SNIGS</b>	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
<b>SMNEA</b>	: Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent
<b>SR</b>	: Santé de la Reproduction
<b>SRAJ</b>	: Santé de Reproduction des Adolescents et Jeunes
<b>SSME</b>	: Service de la Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>SSRAJ</b>	: Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescent(e)s et Jeunes
<b>TS</b>	: Travailleuse de Sexe
<b>TSA</b>	: Travailleuse de Sexe Affichée
<b>TSC</b>	: Travailleuse de Sexe Cachée
<b>UNFPA</b>	: United Nations Population Fund
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	: United States Agency for International Development
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>VPH</b>	: Virus du Papillome Humain
<b>ZS</b>	: Zone Sanitaire

## RESUME

---

## RESUME

Depuis 2011, le gouvernement béninois a abordé de façon structurée le problème de la sexualité et de la reproduction des adolescents et jeunes par l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale. L'ampleur de la mission et les lourdeurs politiques et socioculturelles n'ont pas facilité une mise en œuvre performante de la stratégie. En effet, l'évaluation de la stratégie dans sa mise en œuvre a montré que les éléments qui rendent une stratégie solide et exhaustive faisaient défaut. L'insuffisance de leadership qui a caractérisé la coordination des interventions et l'absence d'une volonté politique n'ont pas permis au pays de tirer le meilleur profit de cette stratégie malgré les ressources disponibles auprès des partenaires au développement et la disponibilité des organisations non gouvernementales locales.

Malgré cette situation, les organisations de la société civile appuyées par les Partenaires Techniques et Financiers ont mis en œuvre les interventions et procédé à des innovations pour atteindre les objectifs fixés dans la stratégie SRAJ. Ces initiatives essaient de relever des défis divers tels l'intégration de l'éducation à la santé sexuelle dans le cursus scolaire, le dialogue parents-enfants, la protection des adolescents et jeunes contre les risques liés à la sexualité et la reproduction, le renforcement des capacités de la couche des adolescents et jeunes les plus vulnérables, la réduction des nouvelles infections au VIH au sein des adolescents et jeunes sans oublier le dédramatisation de la sexualité.

Il a été également constaté que malgré l'existence d'un cadre juridique favorable à la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes, l'environnement actuel est caractérisé par une inversion des valeurs, l'impunité, une pauvreté endémique, un fort taux de chômage, l'absence de l'autorité parentale et l'incapacité du système éducatif formel ou non formel à transmettre les comportements et valeurs favorables à la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes.

La présente stratégie nationale de santé sexuelle et de la reproduction 2018-2022 vise singulièrement la réduction des risques liés à la sexualité, la reproduction, au VIH ainsi que les violences basées sur le genre par l'accès aux services de santé adaptés à la couche des adolescents et jeunes et la promotion de la santé et du bien-être sexuel.

La participation communautaire, l'implication effective de tous les intervenants, et une coordination efficace seront des éléments indispensables de réussite de la stratégie. La mobilisation correcte des ressources nécessaires à la satisfaction des attentes légitimes des adolescents et jeunes doit être menée âprement.

Les axes stratégiques retenus pour relever ces défis sont les suivants:

1. Protection et promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris les plus vulnérables ;
2. Implication et Responsabilisation des adolescents et jeunes ;

3. Coordination des interventions et amélioration de la gouvernance ;
4. Promotion de la recherche.

Un plan d'actions est élaboré pour la période 2018-2022 dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie.

## INTRODUCTION

---

## INTRODUCTION

Les problèmes de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes ont toujours constitué une préoccupation majeure aussi bien pour les gouvernants que pour les partenaires.

Déjà en 1998, le document de politique, normes et standards des services de santé familiale du Bénin retient comme composante majeure de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes, les services suivants : (i) l'éducation à la vie familiale et à la parenté responsable, (ii) la prise en charge de la santé de la reproduction des jeunes y compris les comportements à risques, (iii) les consultations prénuptiales et les conseils en mariage, (iv) la lutte contre les grossesses non désirées, les maternités précoces et les avortements provoqués, (v) la promotion d'un environnement physique, légal, social, économique et culturel propice aux jeunes en favorisant l'approche genre.

C'est seulement en 2011, que le gouvernement du Bénin avec l'appui de l'UNFPA a élaboré une stratégie spécifique ciblant la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes. Après cinq années de mise en œuvre de la stratégie, il y a eu des avancées notables dans la défense de la cause et de la prise en charge de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes.

Au terme de la période prévue pour la première stratégie de SSRAJ 2011-2015, le gouvernement béninois à travers le ministère de la santé et sa Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant avec l'appui des partenaires techniques et financiers a décidé de faire son évaluation et d'élaborer une nouvelle stratégie pour la période de 2018-2022.

### **Méthodologie**

Le processus d'élaboration de la nouvelle stratégie a été essentiellement participatif. Il a démarré par le recrutement d'un cabinet pour appuyer le processus et la mise en place d'un comité de pilotage. L'évaluation de la stratégie 2011-2015 a été réalisée en juin 2017 dont le rapport a été validé au cours d'un atelier. Une trentaine de participants ont pris part à cet atelier. Il s'agit des représentants des Ministères sectoriels, des partenaires, des ONG nationales et Internationales, des projets et programmes, de la société civile, des Associations des jeunes. Cet atelier a validé l'analyse des forces et faiblesses, des opportunités et menaces de la mise en œuvre de la stratégie SSRAJ 2011-2015.

Ensuite, plusieurs groupes de discussion ont été organisés sur divers aspects de la formulation de la nouvelle stratégie. Il s'agit de la définition des grandes orientations, de la rédaction du nouveau cadre stratégique. Un atelier de finalisation et de budgétisation du plan opérationnel de la stratégie SSRAJ 2018-2022 a été organisé suivi d'un atelier de validation.

La version finale validée a été transmise au conseil des ministres qui l'a examinée et adoptée.

Le plan de la nouvelle Stratégie nationale de SSRAJ 2018-2022 s'articule autour des points suivants :

- Analyse de la situation ;
- Résultats de l'évaluation de la stratégie de SSRAJ 2011-2015 ;
- Cadre Stratégique 2018-2022 : Orientations et grandes lignes ;



- Description des objectifs et orientations stratégiques, axes d'interventions et actions prioritaires ;
- Coordination et gestion ;
- Cadre de mise en œuvre de la stratégie ;
- Gestion des risques ;
- Financement du plan ;
- Suivi évaluation.

## CONTEXTE ET GENERALITES

---

## I. CONTEXTE ET GENERALITES

### 1.1. Caractéristiques géographiques

La République du Bénin est un pays situé entièrement dans la zone intertropicale entre l'Équateur et le tropique du Cancer et couvre une superficie de 114 763 kilomètres carrés. Le pays est délimité au sud par l'océan Atlantique, à l'ouest par le Togo, au nord par le Burkina Faso et le Niger, et à l'est par le Nigeria. La seule région élevée, la chaîne de l'Atacora, est située dans le nord-ouest du pays.

Le réseau hydrographique du Bénin s'appuie sur de nombreux fleuves [Mékrou (410 km), l'Alibori (338 km) et la Sota (250 km), Pendjari (380 km), Ouémé (510 km), Couffo (190 km) et Mono (500 km dont 100 km au Bénin)] appartenant à trois grands bassins : le bassin du Niger, le bassin de la Volta et le bassin côtier.

Deux zones climatiques caractéristiques se dégagent et donnent le rythme du calendrier agricole. La partie sud du Bénin, qui regroupe les départements Atlantique, Littoral, Ouémé, Plateau, Mono, Couffo, Zou, Collines bénéficie de deux saisons des pluies, et donc de deux cycles de production. Ce qui n'est pas le cas du nord (Atacora, Donga, Borgou, Alibori) avec une seule grande saison des pluies et un seul cycle de production. Dans les deux cas, des récoltes de contre-saison sont également possibles lorsqu'il y a irrigation.

### 1.2. Caractéristiques démographiques

Le recensement général de la population qui a eu lieu en 2013 a indiqué que la population du Bénin était de 10.008 749 habitants. Le tableau 1 indique les projections faites par l'INSAE pour l'année 2016.

**Tableau 1: Données démographiques 2016 au Bénin**

Désignation	Effectif	Taux/population totale
Population totale	10 882 953	
population de sexe féminin	5 548 350	50,98%
femmes en âge de procréer (15-49 ans)	2 732 238	25,11%
Enfants de moins d'un an	361 370	3,32%
Enfants de 1 à 4 ans	1 363 337	12,53%
Enfants de 5 à 9 ans	1 690 244	15,53%
Enfants de 10 à 14 ans	1 530 148	14,06%
Adolescents de 15 à 19 ans	1 163 229	10,69%
Jeunes de 20 à 24 ans	936 421	8,60%

**Source :** Projections démographiques issues du RGPH-4, 2013

En 2016, les femmes en âge de procréer constituent plus du quart de la population totale et les enfants de moins d'un an avoisinent les 400.000. Les enfants scolarisables, les adolescents et les jeunes représentent plus de la moitié de la population générale.

### 1.3. Caractéristiques socio-culturelles

Une cinquantaine d'ethnies sont réparties sur des aires géographiques bien déterminées. Les principaux groupes ethniques sont : Fon (39 %), Adja (15 %), Yoruba (12 %), Batombu (9%), Peulh (7%), Otamari (6%), Yom et Lokpa (4,5%), Dendi (2,5%)<sup>1</sup>. Plus de la moitié de la population, vit dans les zones rurales et est très attachée aux pratiques traditionnelles et ancestrales. Certaines de ces pratiques sont défavorables à la santé des adolescents et jeunes.

Sur le plan des croyances, le Bénin est un pays multiculturel avec de multiples variantes et pratiques autour des grands groupes religieux tels que le catholicisme (25,2%), le protestantisme (6,8%), l'islam (27,7%), le vodou (11,6%).

Dans le domaine de l'éducation, 51% des femmes n'ont aucune instruction. Seules 4% des femmes scolarisées et seulement 1% d'entre elles ont achevé le cycle secondaire. En général, on considère que 35% des femmes sont alphabétisées<sup>2</sup>

### 1.4. Caractéristiques économiques

De 2011 à 2015, le seuil de pauvreté global a connu un accroissement d'environ 16,5%. Il est passé de 120 839 FCFA par tête en 2011 à 140 808 FCFA en 2015. Il convient cependant de préciser que le panier de biens alimentaires déterminé pour le calcul du seuil alimentaire date de l'enquête budget-consommation de 1986, ce qui rend fixes jusqu'à ce jour, les besoins calorifiques.

En référence au seuil de pauvreté calculé en 2015, la proportion de personnes pauvres (P0) s'est accrue de 3,9 points, passant de 36,2% en 2011 à 40,1% en 2015. La même tendance est observée pour les deux autres indicateurs. Ainsi, la profondeur de la pauvreté (P1), a connu une aggravation, passant respectivement de 0,098 en 2011 à 0,18 en 2015. Les inégalités parmi les pauvres (P2) se sont également accentuées, passant de 0,039 en 2011 à 0,123.

La pauvreté monétaire est plus répandue et prononcée en milieu rural. La situation inverse est notée en ce qui concerne la pauvreté non monétaire<sup>4</sup>.

L'économie du Bénin est peu compétitive et de nombreux défis socio-économiques restent à relever. Les activités économiques dominantes sont l'agriculture, l'élevage et la pêche. Les principales cultures vivrières sont le maïs, l'igname, le manioc, le haricot, le mil et le sorgho. Parmi les produits d'exportation, signalons le coton, l'arachide, les palmistes, l'huile de palme. Le secteur secondaire contribue pour 13% au Produit Intérieur Brut (PIB) contre 55% pour le tertiaire et 32% pour le primaire. Le taux annuel de croissance économique est à 5,5% en 2013. Le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant est 442.000FCFA en 2014. L'Indice de développement humain (IDH) est de 0,48 en 2014, plaçant le Bénin au 32<sup>ème</sup> rang parmi les 53 pays africains et à la 165<sup>ème</sup> place sur 187 pays classés dans le monde<sup>5</sup>.

---

*1 Principaux indicateurs socio démographiques et économiques (RPHG-4, 2013)*

*2 Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012*

*3 Note sur la pauvreté au Bénin en 2015 EMICoV- Suivi 2015 /INSAE*

*4 Rapport d'évaluation de la pauvreté au Bénin*

*5 Enquêtes Modulaires Intégrées sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICoV)*

### **1.5. Education et genre**

Le Bénin a réalisé des progrès importants dans l'accès à l'éducation et l'équité genre : 9 enfants sur 10 vont à l'école et l'écart entre filles et garçons s'est réduit de deux points. D'autres formes de disparités demeurent pourtant et ont tendance à s'aggraver en termes d'accès, de maintien, d'achèvement et de transition au secondaire.

### **1.6. Facteurs environnementaux**

Parmi les facteurs environnementaux, on relève une insuffisance de maîtrise des risques climatiques et des catastrophes naturelles (inondations, sécheresse etc.). On note une dégradation continue des ressources naturelles nécessaires à la production économique et culturelle (érosion, désertification et déboisement, perte de biodiversité, appauvrissement des terres de culture, etc.). Le Gouvernement travaille sur la réduction des risques de catastrophes et d'adaptation aux changements climatiques, la préparation des réponses rapides, efficaces et efficientes aux effets néfastes et pervers des changements climatiques.

## CONTEXTE SANITAIRE DU PAYS

---

## II. CONTEXTE SANITAIRE DU PAYS

### 2.1. Profil épidémiologique

Les maladies transmissibles constituent les principales causes de morbidité et de mortalité au Bénin et l'on assiste à une émergence des maladies non transmissibles au cours de ces trois dernières décennies. Le taux de fréquentation des services de santé est de 45,2% en 2016 (Annuaire Statistique Ministère de la Santé 2016). Il est de 73,4% pour les enfants de 0 à 5 ans au cours de la même année. Les cinq premières causes de consultation en 2016 étaient le paludisme (43,1%), les infections respiratoires aiguës (13,7%), les autres affections gastro-intestinales (6,9%), les traumatismes (4,2%) et les anémies (3,5%).

La situation sanitaire du Bénin est caractérisée, selon l'enquête MICS 2014, par des taux de mortalité néonatale (38 ‰), postnatale (29 ‰), infantile (67 ‰), juvénile (52‰), infanto-juvénile (115 ‰) et maternelle (347 décès pour 100 000 naissances vivantes).

En ce qui concerne les maladies non transmissibles, l'enquête STEPS réalisée en 2015 au Bénin portant sur 2283 sujets de 25-64 ans examinés, a révélé que la prévalence de l'Hyper-Tension Artérielle (HTA) est de 25,2%, et parmi les 5 115 sujets de 25-64 ans prélevés, la prévalence du diabète est de 12,4%. La prévalence du tabagisme est 1,8% chez la femme et de 13,8% chez l'homme, celle de l'alcoolisme de 25,5% chez la femme et de 43,7% chez l'homme.

### 2.2. Organisation du système de santé

Le système sanitaire est calqué sur le découpage administratif et territorial du Bénin. Il est structuré en trois niveaux (niveau central, intermédiaire et opérationnel).

a) le niveau central ou national est administré par le Ministre de la Santé qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le gouvernement. A ce niveau, on retrouve comme structures de soins le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou MAGA, le Centre National de Pneumo-Phtisiologie (CNPP), le Centre National de Psychiatrie (CNP), le Centre National de Gériatrie (CNG) peu fonctionnel et le centre Hospitalier Universitaire Mère 'Enfant (CHUMEL).

b) le niveau intermédiaire ou départemental est administré par les Directions Départementales de la Santé. Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les hôpitaux départementaux. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zone ou par les centres de santé.

c) le niveau périphérique ou opérationnel est constitué des Zones Sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La Zone Sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact et des

formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé dénommé Hôpital de Zone.

### **2.3. Prestation des services et qualité des soins.**

Les soins et services de santé sont offerts dans les différentes structures selon leurs attributions depuis le niveau le plus périphérique jusqu'aux références nationales. Mais malgré le taux de fréquentation relativement élevé des formations sanitaires, le plateau technique nécessaire à une bonne dispensation de soins et services de santé est insuffisant. La fragmentation des systèmes de santé axée sur les soins curatifs, ne permettant pas d'assurer convenablement le continuum des soins, le système de référence et de contre-référence peu fonctionnel font que les usagers sont de plus en plus exigeants et réclament des services de qualité répondant au mieux à leurs propres besoins. Il s'avère donc indispensable que les soins et services de santé soient intégrés et répondent aux attentes des individus, des familles et des communautés, ramenant ainsi la personne au centre du système.

### **2.4. Sécurité alimentaire et nutrition**

La malnutrition demeure un problème de santé publique au Bénin. Selon le rapport mondial sur la nutrition 2014, la malnutrition sévit dans le pays sous différentes formes à un niveau où si rien n'est fait le Bénin ne serait pas en mesure d'atteindre aucune des six (06) cibles de la nutrition fixées par l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS).

Selon l'Enquête MICS-2014, presque un enfant sur 3 souffre de la malnutrition chronique (34%). Un enfant sur cinq de moins de cinq ans souffre de la malnutrition aigüe globale (4,5%). On estime à 18% la prévalence d'insuffisance pondérale, 12,5% de faible poids de naissance et 1,7% d'obésité chez les moins de cinq (05) ans. Le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie, connaît une variation en dents de scie soit respectivement 43% en 2006, 33% en 2011 (EDSB) et 41,4% en 2014 (MICS, 2014).

Par ailleurs, la proportion des ménages en insécurité alimentaire limite a presque triplé en cinq (05) ans passant de 12,2% en 2008 (AGVSAN) pour se situer à 33,6% en 2013 avec 11% d'insécurité alimentaire modérée et moins de 1% en insécurité sévère selon le rapport de l'Analyse Globale de Vulnérabilité et de Sécurité Alimentaire (AGVSA 2013).

### **2.5. Ressources disponibles pour la Santé**

#### **Infrastructures**

Le Bénin compte 34 zones sanitaires dont 79% sont fonctionnelles. Des 1073 formations sanitaires répertoriées au Bénin en 2015, 1005 soit 93% disposent de maternité et 50 (5%) sont des hôpitaux (SNIGS, 2015). Selon l'enquête SARA 2013, sur les 817 formations sanitaires enquêtées, 47% ont un espace aménagé pour la réanimation du nouveau-né, et 10% seulement disposent de salles de soins pour les nouveau-nés.



Selon l'enquête SARA 2015, sur 726 formations sanitaires offrant des soins de maternité, 38% disposent d'appareil d'aspiration, 25% de ventouse, 22% de ballon et masque faciale puis 37% de seringue d'AMIU. De plus, sur les 53 établissements de santé pratiquant la césarienne, 29% disposent d'oxygène et 33% d'incubateur.

L'indice de capacité opérationnelle générale des services est de 65% avec les scores les plus faibles au niveau de la disponibilité en médicaments essentiels (41%) et la capacité de diagnostic (51%). Cette enquête a aussi révélé que seules 26% des formations sanitaires enquêtées disposent de la totalité des éléments de précaution standard pour la prévention de l'infection en milieu de soins.

### **Ressources humaines**

Le défi majeur du Bénin est l'insuffisance de ressources humaines. Les normes de l'OMS recommandent 2,3 personnels qualifiés pour 1000 habitants pour les services généraux de santé et 4,5 agents qualifiés pour la couverture universelle en SRMNI.

Parmi les problèmes majeurs qui aggravent cette insuffisance, on relève l'inadéquation de la formation et de l'emploi, le faible recrutement et le maintien du personnel qualifié, la mauvaise répartition du personnel qualifié sur le terrain, l'absence de mécanisme de fidélisation au poste, l'insuffisance de la gestion du plan de carrière des ressources humaines.

En 2014, seuls 33% du personnel qualifié nécessaire pour couvrir les formations sanitaires du pays sont disponibles<sup>6</sup>. Dans la majorité des formations sanitaires, les prestations sont assurées par des infirmiers bénévoles ou des aides-soignants. L'insuffisance des ressources humaines qualifiées est plus marquée dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Seulement 14% des besoins sont satisfaits dans les zones rurales contre 70% dans les zones urbaines. Toutes les régions du pays sont affectées par cette insuffisance de ressources humaines qualifiées dans les zones rurales,

### **Financement de la santé**

Le Bénin consacre 4,6% de son PIB et environ 8,34% des dépenses publiques à la santé contre les 15% selon l'engagement pris par les Chefs d'Etat dans la Déclaration d'Abuja en 2001. D'après l'Atlas des dépenses de santé de 2010 établi par l'OMS, le Bénin consacre 31 dollars par habitant par an contre le standard de 44 dollars par habitant préconisé. Selon les Comptes Nationaux de la santé de 2012, la contribution des ménages aux dépenses de la santé avoisine 37% contre 20% recommandés par l'OMS. Actuellement la contribution de l'état est évaluée à 33% et celle provenant des partenaires techniques et financiers à 29%<sup>7</sup>. Les Dépenses en santé par tête d'habitant sont inférieures aux 80 USD recommandés par l'OMS. Dans le domaine spécifique de la santé de la mère et de l'enfant, la mise en œuvre de la politique de gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et de la gratuité de la césarienne par le gouvernement vient alléger la contribution des ménages alors que la contribution des partenaires s'élève à plus de 70% des dépenses. Ces partenaires sont : UNFPA ; PSI, PLAN BENIN, UNICEF, Coopération

---

<sup>6</sup> *Rapport DRH, 2013*

<sup>7</sup> *Revue de performance des programmes de santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent 2000 – 2015*

Suisse, AFD, OMS, Pays-Bas, USAID et les Organisations Non Gouvernementales.  
La tendance des ressources financières se résumant en trois observations :

- ✓ le budget est très variable en prévision d'année en année ;
- ✓ le taux de mobilisation varie entre 30 et 75% ;
- ✓ le budget total dépend fortement de la contribution des partenaires qui couvrent plus des 2/3 chaque année.

## **ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES**

---

### **III. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES AU BÉNIN**

L'adolescent et le jeune adulte expérimentent des modifications visibles tant sur le plan biologique, que social et psychologique. Elles sont en corrélation avec des changements de comportements affectifs et sexuels, l'affirmation de l'identité, l'établissement de relations avec des pairs, un certain degré de détachement d'avec les parents. Les jeunes sont généralement considérés comme des ressources humaines de première importance pour le développement durable. Ils constituent des vecteurs essentiels de changements sociaux au sein d'un pays. Ils peuvent expérimenter les transformations au sein de leur communauté, tout autant comme des victimes que comme des bénéficiaires. A cet égard, ils sont appelés à faire le choix entre s'adapter à l'ordre établi et maintenir le statu quo, ou au contraire, œuvrer à l'accomplissement des ajustements nécessaires et devenir des agents de modernisation de leur environnement. Ceci, pour mieux se développer et s'épanouir de manière harmonieuse. Pour ce faire, il faudra améliorer la situation de la santé des adolescents et jeunes.

#### **3.1. La santé sexuelle**

##### **3.1.1. Situation des facteurs risques du VIH chez les adolescents et jeunes 15 à 24 ans**

Dans de nombreux pays comme le Bénin, plus de la moitié des nouvelles infections au VIH se situent chez les jeunes âgés de 15-24 ans ; aussi, un changement de comportement parmi les membres de ce groupe d'âge est-il particulièrement important afin de réduire les nouvelles infections.

L'une des conditions préalables pour réduire le taux d'infection à VIH est la connaissance précise des voies de transmission du VIH et des moyens de prévention de sa transmission. Le manque d'information correcte sur le VIH/ SIDA, les comportements à risque, les attitudes et comportements vis-à-vis de la sexualité des adolescents et des jeunes peuvent entraver les efforts de prévention.

Un autre indicateur important est la connaissance du lieu de dépistage du VIH et de l'utilisation de ces services. Afin de se protéger et de ne pas contaminer d'autres personnes, il est important pour chacun de connaître son statut sérologique. La connaissance de son propre statut est également un facteur essentiel dans la décision de se faire soigner.

L'autre pilier essentiel pour réduire la prévalence du VIH est la promotion d'un comportement sexuel plus sûr. L'utilisation de préservatifs pendant les rapports sexuels, et surtout lorsque plusieurs partenaires non réguliers sont impliqués, est particulièrement importante pour réduire la propagation du VIH.

Une protection efficace de la jeunesse contre les IST/VIH/SIDA devra se fonder sur la combinaison des différents services et pratiques à savoir le dépistage du VIH, les services de conseils, les préservatifs, les pratiques sexuelles plus sûres, le traitement des infections sexuellement transmissibles et la circoncision.

### **3.1.1.1. Connaissance approfondie du VIH**

Selon l'enquête MICS réalisée en 2014, les résultats révèlent que :

- 22 pour cent de jeunes femmes et 31 pour cent de jeunes hommes ont une connaissance approfondie du VIH/SIDA
- 57 pour cent de jeunes femmes et 49 pour cent de jeunes hommes connaissent la transmission mère-enfant,
- 53 pour cent de jeunes femmes et 43 pour cent de jeunes hommes connaissent un endroit pour se faire dépister.
- En matière de connaissance approfondie du VIH/SIDA, la proportion des jeunes femmes est plus élevée dans la Donga (31 %), tandis que la proportion la plus faible a été enregistrée dans le Zou (12 %). Chez les jeunes hommes, ceux de l'Atacora (74 %) se distinguent nettement de leurs homologues des autres départements, qui sont dans la plupart en dessous des 42 pour cent
- la proportion des jeunes femmes ayant une connaissance approfondie du VIH/SIDA augmente à mesure que le niveau d'instruction et l'indice de bien-être économique des ménages s'améliorent. Ainsi, les jeunes femmes de niveau secondaire 2 ou plus ayant une connaissance approfondie du VIH sont proportionnellement quatre fois plus nombreuses que celles non instruites. Les tendances sont similaires chez les hommes.

### **3.1.1.2. Activité sexuelle, utilisation de préservatif, test de dépistage réalisé et connaissance du résultat**

- 70 pour cent des jeunes femmes et 58 pour cent des jeunes hommes ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels ;
- Parmi ces jeunes, 16 pour cent des femmes et 15 pour cent des hommes ont eu des rapports avant l'âge de 15 ans ;
- 18 pour cent des jeunes femmes et 7 pour cent des jeunes hommes dans ce groupe d'âge, qui sont sexuellement actifs, ont réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et connaissent le résultat ;
- Au cours des 12 derniers mois, 4 pour cent des jeunes femmes et 17 pour cent des jeunes hommes ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire ;
- 31 pour cent des jeunes femmes et 36 pour cent des jeunes hommes ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ;
- 28 pour cent des jeunes femmes et 44 pour cent des jeunes hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ont déclaré qu'il s'agissait d'un partenaire non marital et non cohabitant ;

- parmi eux, seulement 34 pour cent des femmes et 44 pour cent des hommes ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel ;
- 21 pour cent des femmes âgées de 15-24 ans ont eu des rapports sexuels avec un homme plus âgé qu'elles de 10 ans ou plus ;
- Au niveau départemental, l'Atacora (25 %), le Borgou (24 %), l'Alibori et la Donga (22 pour cent chacun) se distinguent avec des proportions plus élevées des jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, tandis que les proportions les plus faibles sont enregistrées dans le Couffo (6 %) et le Littoral (5 %).

### **3.1.2. Infection par le virus du papillome humain**

L'infection à VPH est en étroite relation avec le cancer du col de l'utérus, l'un des cancers les plus fréquents au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. La transmission du VPH par les voies génitales survient au moment des premiers rapports sexuels et 40% des femmes contracte le virus à l'âge de vingt ans.

### **3.1.3. Infection par les virus de l'hépatite**

L'hépatite virale est une inflammation des cellules du foie causée essentiellement par les virus A, B, C, D et E. La possibilité de passage à la chronicité avec risque de cirrhose et de cancer du foie constitue la gravité particulière des infections par les virus B et C. La prévalence de l'hépatite B varie de 20,15% dans l'Atacora-Donga à 8,24% dans le Mono-Couffo. Celle de l'hépatite C varie de 12,42% dans l'Atacora-Donga à 1,45% dans le Mono-Couffo. Il n'y a pas de données désagrégées pour apprécier l'ampleur de l'hépatite dans la couche des adolescents et jeunes.

### **3.1.4. Les troubles sexuels**

La prise en charge des dysfonctionnements sexuels et la promotion de la santé et du bien-être sexuel sont des prestations qui ne sont pas prises en compte dans le système de santé. Les connaissances liées à la médecine sexuelle ne sont guère prises en compte dans la formation pré- et post-graduée, ainsi que dans la formation continue. Alors que la population en général et les jeunes en particulier sont confrontés à des troubles sexuels anatomiques ou ressentis.

### **3.1.5. Les violences basées sur le genre**

Les violences basées sur le genre et la situation d'infériorité qu'impose la société aux femmes et aux filles sont difficiles à éradiquer. Leur persistance est ancrée dans les rapports de genre. Les cas de VBG enregistrés en 2015 par les services d'écoute du Ministère en charge des affaires sociales sont consignés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 2: Cas de violences basées sur le genre enregistrés par les services d'écoute du Ministère en charge de la famille en 2015**

Cas de VBG	Zou Colline	Ouémé Plateau	Mono Couffo	Atacora Donga	Atlantique Littoral	Borgou Alibori	TOTAL
<b>Coups et blessures</b>	589	652	166	137	182	155	<b>1881</b>
<b>Harcèlement sexuel</b>	34	54	4	36	5	24	<b>157</b>
<b>Viols</b>	21	35	36	12	19	51	<b>174</b>
<b>Enlèvement et séquestration</b>	32	92	68	114	30	42	<b>378</b>
<b>Détournement de mineurs</b>	32	71	46	58	20	98	<b>325</b>
<b>Traite des enfants</b>	35	147	118	79	30	84	<b>493</b>
<b>Mariage forcé</b>	82	98	140	81	54	90	<b>545</b>
<b>Spoliation de droits</b>	1277	1372	642	418	238	331	<b>4278</b>
<b>Harcèlement moral</b>	764	332	345	304	364	254	<b>2363</b>
<b>autres</b>	466	192	164	161	132	369	<b>1484</b>
<b>Total</b>	<b>3882</b>	<b>3045</b>	<b>1729</b>	<b>1400</b>	<b>1074</b>	<b>1498</b>	<b>12078</b>

Parmi ces cas, 14,6% concernent les filles et 2,6% les garçons.

Au Bénin, la pratique des mutilations génitales féminines diminuent progressivement. Mais cette pratique persiste dans certaines zones du pays, notamment dans le nord. Elle est pour la plupart réalisée par des praticiens traditionnels, sans anesthésie avec des ciseaux, des lames de rasoirs et autres instruments archaïques. Il ressort que, près d'une femme de 15-49 ans sur dix a subi une quelconque forme de mutilation génitale féminine contre pratiquement aucune fille de 0-14 ans (0 pour cent). Les proportions diminuent de 15 pour cent pour les femmes non instruites à 1 pour cent pour les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur. La pratique semble plus courante en milieu rural (13 %) qu'en milieu urbain (5 %), dans les départements du Borgou (38 %), de la Donga (37 %) et de l'Alibori (24 %) contre les départements du Zou et du Couffo où presque pas de cas d'excision n'a été enregistré (0 %),

### 3.1.6. Les populations vulnérables

L'Enquête de surveillance de deuxième génération relative aux IST, VIH et Sida au Bénin sur les travailleuses de sexe et les serveuses de bars et restaurants permet de caractériser cette population :

- Sur 1180 travailleuses de sexe, 4,9% d'entre elles étaient des adolescentes de 15-19 ans ;
- Sur 1180 travailleuses de sexe, 22,9% d'entre elles appartenaient au groupe des 20-24 ans ;
- Plus de neuf sur dix TS connaissent leur statut sérologique (94.0%) et 83.8% ont fait le dépistage ;
- La prévalence globale du VIH dans la population des TS est estimée à 15.7% (174/1106) avec un IC [13.7-18.0].
- La prévalence spécifique est 18.0% (153/851) chez les TSA et 8.2% (21/255) chez les TSC

- Sur 378 Serveuses de bars et restaurants, 12,3% d'entre elles avaient moins de 19 ans ;
- Sur 378 Serveuses de bars et restaurants, 39,3% d'entre elles appartenaient au groupe des 20-24 ans ;
- Plus de neuf sur dix SBR connaissent leur statut sérologique (94.9%) et 71,3% ont fait le dépistage.
- La prévalence brute estimée est égale à 4,3% avec un IC à 95% [2.2-6.5].
- La prévalence spécifique est de 2.2% avec un IC95% [0-5] chez les SBRO et 5.2% chez les SBR/TS avec un IC95% [2.6-8.3] ( $p>0.05$ ).
- L'infection au VIH 1 est prédominante (87.5%). La double infection (VIH 1+2) est notée dans la proportion de 12.5%.

### 3.2. Santé reproductive

La santé de la reproduction des adolescentes et jeunes dans le monde se présente comme suit :

- Près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et quelque 1 million de jeunes filles âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année – la plupart dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde.
- Chaque année, près de 3 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans subissent des avortements à risque.
- Les enfants de mères adolescentes ont un risque de mortalité sensiblement plus élevé que ceux de femmes âgées de 20 à 24 ans.

Au Bénin, la prévalence de grossesse précoce et non désirée est de 18,8%. Ce qui fait qu'environ :

- 274 222 grossesses surviennent chez nos adolescentes et jeunes filles par an
- 73 321 avortements sont provoqués
- 68 922 avortements sont spontanés
- 14 664 grossesses sont menées à terme mais avec enfant mort-né et
- 1 mort maternelle sur 5 est une fille-mère de moins de 18 ans.

Au moment de l'enquête MICS 2014, 16 pour cent des filles de 15-19 ans sont en union. La probabilité d'être mariée ou en union à cet âge est plus élevée dans les départements du Borgou (37 %), de la Donga (25 %), de l'Alibori (20 %), de l'Atacora (20 %) et du Plateau (17 %), en milieu rural (21 %), parmi les femmes non instruites (35 %) et parmi celles vivant dans les ménages les plus pauvres (23 %) et du second quintile (24 %).

En effet le mariage et la maternité précoce constituent les éléments déterminants de la fécondité élevée et les premiers facteurs de risque des décès maternels.



Dans la plupart de nos départements, les parents encouragent le mariage de leurs filles pendant qu'elles sont encore des enfants, dans l'espoir que le mariage leur sera bénéfique à la fois financièrement et socialement, tout en allégeant les charges financières pesant sur la famille. Le mariage des enfants (avant l'âge de 18 ans) est donc une réalité pour de nombreuses jeunes filles. Ce phénomène est une violation des droits de l'homme car compromettant le développement des filles et se traduisant souvent par une grossesse précoce et un isolement social, avec peu d'éducation et une faible formation professionnelle qui renforcent le caractère sexospécifique de la pauvreté.

**Tableau 3 : Données sur la santé de la reproduction des adolescents et jeunes du Bénin**

Indicateurs	Jeunes âgés de 10-24 ans, % de la population totale 2013	% des femmes âgées de 20-49 ans mariées avant l'âge de		Taux de fécondité chez les adolescents (naissances pour 1000 femmes âgées de 15-19 et 20-24 ans) 2014		% des femmes utilisant une méthode contraceptive moderne 2005/2011	
		15 ans	18 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-19 ans	20-24 ans
Données	33,3%	10%	32%	94	259	4%	6%

### 3.3. Environnements familial, institutionnel et social

Les adolescents et jeunes poursuivent le processus de socialisation à travers différents environnements.

L'environnement familial est caractérisé par l'absence de dialogue entre les enfants et les parents sur la sexualité, la démission des parents en tant que modèle ou en tant que protecteur ou source d'opportunité.

Le monde scolaire et non scolaire est caractérisé par l'absence de l'éducation à la santé sexuelle et l'inexistence de protection contre les violences basées sur le genre et l'insuffisance de services de santé sexuelle et de la reproduction.

Dans la société en général, il est encore dominant les tolérances des violences basées sur le genre où 61,9 des cas font objet d'une conciliation ou 14,7 des cas sans suite.

Au même moment, tout comportement hors les normes établies est objet d'ostracisme.

L'enquête réalisée dans le cadre de cette évaluation révèle que les élus locaux et leaders communautaires du Borgou et du littoral ont été sollicités en 2016 pour des cas de violences sexuelles (17%), harcèlement (11%), viols (10%), mariages forcés (8%), inceste (4%).

La peur de dénoncer, les limites de l'effectivité du recours à la règlementation et l'absence d'actions combinées (politique, santé, justice, éducation) d'envergure nationale avec accent au niveau local et communautaire sont à la base de la persistance de ces faits de société.

## RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA STRATEGIE NATIONALE MULTISECTORIELLE SSRAJ 2011-2015

---

## **IV. RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA STRATEGIE NATIONALE MULTISECTORIELLE DE SSRAJ 2011-2015**

Les conclusions de l'évaluation de la stratégie SSRAJ 2011-2017 sont les suivants :

### **4.1 Stratégie de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes 2011-2015 faible et non exhaustive**

L'évaluation a montré que les éléments qui rendent une stratégie solide et exhaustive faisaient défaut. Il s'agit notamment du cadre de dépenses, du plan de mobilisation des ressources, des cahiers de charge des acteurs chargés de la mise en œuvre de la stratégie SRAJ, des dispositions de gouvernance interne et externe de la stratégie SRAJ, du plan de suivi et d'évaluation et du mécanisme multipartite de revue annuelle. Les faiblesses de la matrice SWOT ne sont que les conséquences de l'absence des éléments de solidité d'une stratégie.

### **4.2 Mise en œuvre à minima et timide de la Stratégie Nationale Multisectorielle de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes y compris le VIH/SIDA 2011-2015**

La qualité du leadership qui a caractérisé la coordination des interventions et l'absence de volonté politique, le pays n'a pas pu tirer le meilleur profit de cette stratégie malgré les ressources disponibles auprès des partenaires au développement.

### **4.3 Nécessité de capitalisation d'une série d'innovations en SRAJ sur le terrain**

Les organisations de la société civile appuyées par les bailleurs et les partenaires techniques et financiers ont mis en œuvre les interventions et procédé à des innovations pour atteindre les objectifs fixés dans la stratégie SRAJ. Ces projets essaient de relever des défis divers tels l'intégration de l'éducation à la santé dans le cursus scolaire, le dialogue parents-enfants, la protection des adolescents et jeunes contre les risques liés à la sexualité et la reproduction, le renforcement des capacités de la couche des adolescents et jeunes les plus vulnérables.

### **4.4 Inexistence de données désagrégées sur les adolescents et jeunes**

Il a été difficile d'apprécier l'impact des interventions en SRAJ mises en œuvre au cours de la période couverte par la stratégie parce que les indicateurs de base n'existaient pas et les études de grande envergure comme l'EDS n'ont pas intégrées les variables épidémiologiques des adolescents et jeunes.

### **4.5 Environnement politique, économique et socioculturel défavorable à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes**

Malgré l'existence d'un cadre juridique favorable à la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes, l'environnement actuel est caractérisé par une

inversion des valeurs, l'impunité, une pauvreté endémique, un fort taux de chômage, l'absence de l'autorité parentale et l'incapacité du système éducatif formel ou non formel de transmettre les comportements et valeurs favorables à la santé des adolescents et jeunes.

#### **4.6 Nouveau contexte considérant l'adolescent et jeune comme acteurs de changement**

Le nouveau contexte caractérisé par la prise en charge globale de la santé de l'adolescent et jeune mais surtout par l'impératif nécessité de sortir le plus grand nombre d'adolescents et de jeunes de la pauvreté par l'exploitation du dividende démographique grâce à l'investissement dans la santé, l'éducation et la création d'emplois.

## **FORCES – FAIBLESSES – OPPORTUNITES & MENACES**

---

## V. SYNTHÈSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES ISSUES DE L'ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE MULTISECTORIELLE DE SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Le consensus des acteurs a été établi de la manière suivante sur les forces, les faiblesses, les opportunités et menaces révélées par l'évaluation de la situation en matière de SSRAJ.

**Tableau 4 : Forces et faiblesses issues de l'évaluation de la stratégie SRAJ**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une stratégie prenant en compte les jeunes. (Intégration, mobilisation des jeunes, plaidoyer, etc.)</li> <li>2. Cadre institutionnel défini et décentralisé</li> <li>3. Fort intérêt manifesté par les OSC à la SRAJ</li> <li>4. Existence d'un document unique national de formation des pairs éducateurs en santé sexuelle de la reproduction des adolescents et jeunes</li> <li>5. Institutionnalisation d'un mécanisme de planification intégrée des actions SRAJ (PITA)</li> <li>6. Existence d'un ensemble de documents de politique, normes et standards en matière de SRAJ et domaines connexes.</li> <li>7. Existence de plusieurs initiatives et projets pilotes pouvant être capitalisés pour une mise à l'échelle</li> <li>8. Existence d'un cadre juridique favorable à la SRAJ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cadre institutionnel mis en place non fonctionnel</li> <li>2. Faible synergie d'actions entre les acteurs intervenants dans la SRAJ</li> <li>3. Faible responsabilisation des jeunes dans la mise en œuvre de la stratégie</li> <li>4. Faible engagement de l'Etat par rapport à la SRAJ et spécifiquement dans la mise en œuvre PMA-SRAJ</li> <li>5. Inexistence de ressources spécifiques allouées à la SRAJ à travers le budget national</li> <li>6. Absence d'un cadre de mobilisation des ressources (dont celles domestiques)</li> <li>7. Faiblesse de l'offre et des services SRAJ dans les services socio-sanitaires (publics, privés)</li> <li>8. Faible capacité des OSC à mettre en place les volets ludiques et cliniques du PMA /SRAJ</li> <li>9. Faibles interventions sur les composantes : toxicomanie, sportive et nutrition par la plupart des OSC</li> <li>10. Inexistence de l'éducation à la santé sexuelle dans le système scolaire et non scolaire</li> </ol>
<b>OPPORTUNITÉS</b>	<b>MENACES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existence des ODD ciblant les droits des adolescents et des jeunes à l'éducation, à la santé, à l'emploi et à la protection sociale, (ODD 1 à 5)</li> <li>2. Feuille de route de l'Union Africaine sur le dividende démographique (D.D) « Investir dans la jeunesse pour capturer le D.D »</li> <li>3. La volonté politique manifestée par le Bénin à rentrer dans la dynamique du Dividende Démographique</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faible prise en compte des problèmes de santé des adolescents et jeunes dans les politiques publiques</li> <li>2. Problèmes de gouvernance au plan national</li> <li>3. Maintien d'une forte croissance démographique</li> <li>4. Frustration de plus en plus grande des jeunes (chômage, sous-emploi et</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Intégration de la santé des adolescents dans la stratégie mondiale de la santé de la femme et de l'enfant</li> <li>5. Engagement des PTF à accompagner techniquement et financièrement les activités de SRAJ</li> <li>6. Engagement de la société civile pour porter haut la voix des jeunes et promouvoir la SRAJ</li> <li>7. Existence de la Plateforme des leaders religieux pour la Planification Familiale et la SRAJ au Bénin</li> <li>8. Existence d'un réseau des parlementaires béninois pour la SRAJ et PF</li> </ol>	<p>pauvreté, semblant d'implication des jeunes, etc.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Amenuisement des ressources financières</li> </ol>
---	--

## DEFIS ET PRIORITES EN SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES

---



## **VI. DEFIS ET PRIORITES EN SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES**

L'analyse du système national de santé montre que la composante « adolescent et jeune » n'est pas prise en compte. Conçu au départ pour la lutte contre les grandes endémies et épidémies et les soins aux indigènes, le système national de santé a progressivement intégré la problématique de la mère de l'enfant. Les travaux récents et les dispositions au niveau mondial recommandent de considérer les adolescents et jeunes comme des acteurs du changement et non comme des patients à prendre en charge. Les défis à relever par la nouvelle stratégie sont les suivants :

### **6-1 Protection et promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris les plus vulnérables**

L'inversion des tendances épidémiologiques et comportementales actuelles au niveau de la couche des adolescents et jeunes exigent :

- L'appropriation et l'intensification des interventions à haut impact en SRAJ
- Des interventions ciblant les adolescents et jeunes vulnérables et à haut risques (les adolescents de 10 à 14 ans, les jeunes déscolarisés, les jeunes vendeuses ambulantes, les handicapés, les populations clés, les jeunes en situation de prostitution, les jeunes sous-main de justice)
- Le renforcement des environnements favorables à la santé des adolescents et jeunes. Puisque le parcours de vie de l'adolescent et jeune passe par la famille, les voisins, l'école, le collège ou l'atelier d'apprentissage, l'université ou l'atelier professionnel, les lieux ouverts (le marché, la rue) semi ouverts (l'internat, l'orphelinat, la garnison) ou fermés (la prison).

### **6-2 Responsabilisation des adolescents et jeunes**

Les adolescents et jeunes ont servi de témoin pour les campagnes de sensibilisation et de mobilisation sociale et de justification pour les acteurs dans la mobilisation des ressources et dans la validation des résultats. Il est impérieux d'impliquer les adolescents et jeunes sur les différents segments de la mise en œuvre de la stratégie SRAJ (Planification, mise en œuvre des interventions, recherche, suivi évaluation)

### **6-3 Coordination des interventions et amélioration de la gouvernance**

La mise en œuvre de la stratégie SRAJ 2011-2015 a souffert de plusieurs insuffisances : (i) défaut de coordination, (ii) plaidoyer et lobbying inefficaces, (iii) faible mobilisation des ressources et (iv) difficulté à suivre et évaluer les interventions déployées et les

acteurs. La nouvelle stratégie doit être dotée d'outils, de dispositifs et de mesures pour sa mise en œuvre tels que le cadre de dépenses, le cadre de mobilisation de ressources, le plan de suivi évaluation, le plan de lever des obstacles potentiels à une mise en œuvre réussie de la stratégie, le plan d'assistance technique, les cahiers de charge des acteurs chargés de la mise en œuvre de la stratégie SRAJ et la mise en place des dispositions de gouvernance interne et externe à la stratégie.

#### **6-4 Promotion de la recherche**

La réussite de la SSRAJ doit se fonder sur (i) la disponibilité des données sur les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction notamment les déterminants en SRAJ, les tendances des affections et comportements déviants des adolescents et jeunes, les effets de certaines expositions ou pratiques et sur l'utilisation et l'impact de dispositifs mis en place et également sur (ii) la labélisation des initiatives probantes et mettre à échelle.

## LE CADRE STRATEGIQUE

---

## **VII. CADRE STRATEGIQUE : Fondements, Principes directeurs, Vision, Buts, Objectifs et interventions**

### **7.1 Les fondements**

L'élaboration de la Stratégie Nationale de Santé sexuelle et de la reproduction des Adolescents et Jeunes 2018-2022 est faite dans un environnement international marqué par des engagements mondiaux sensibles à la santé des adolescents et jeunes. La nouvelle stratégie de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes se fondent sur des conventions, déclarations d'engagement ratifiées par le Bénin.

Au plan international et sous régional, il s'agit entre autres de :

#### **7.1.1 Les Objectifs de Développement Durable**

En septembre 2015, les Objectifs de Développement Durable (ODD) ont été adoptés à l'Assemblée Générale de l'ONU.

Les ODD I à V se préoccupent des droits des adolescents et des jeunes à l'éducation, à la santé, à l'emploi et à la protection sociale et particulièrement l'ODD V : "Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles".

La cible 5.6 stipule : Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi.

#### **7.1.2 La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)**

Pour la première fois, la Stratégie mondiale prend en compte la santé des adolescents et jeunes mais aussi leur développement en les considérant comme des acteurs du changement dans l'après-2015. En effet, l'atteinte des objectifs de développement durable est liée à l'effort d'investissement qui sera fait pour que les adolescents et jeunes réalisent leur potentiel et leur droit fondamental à la santé, à l'éducation et à une pleine participation à la société.

Cette Stratégie mondiale porte sur toutes les étapes de la vie et vise à assurer le meilleur état de santé et de bien-être – physiques, mentaux et sociaux – qu'il est possible d'atteindre à tous les âges. La Stratégie mondiale suit par ailleurs une démarche intégrée et multisectorielle, reconnaissant le rôle essentiel pour la réalisation des objectifs de développement durable des facteurs favorables à la santé tels que la nutrition, l'éducation, l'eau, la qualité de l'air, l'assainissement, l'hygiène et les infrastructures.

Les interventions de la stratégie mondiale en faveur de la santé et le développement de l'adolescent sont des interventions (i) dirigées contre les principales causes de morbidité et de mortalité chez les adolescents, (ii) reconnues capables d'améliorer très efficacement la santé des adolescents et (iii) essentielles pour la santé et le bien-être des adolescents (Annexe 2).

### **7.1.3 The Family Planning 2020**

Family Planning 2020 est un partenariat global qui soutient le droit des femmes et des jeunes filles à décider librement et pour elles-mêmes d'avoir ou non des enfants. L'initiative FP2020 résulte du Sommet sur la planification familiale qui s'est tenu à Londres en juillet 2012 et au cours duquel plus de vingt gouvernements se sont engagés politiquement et financièrement en faveur de l'accès à l'information et aux services liés à la contraception. Depuis le début de cette initiative, le nombre de pays engagés avec FP2020 est passé à 36.

L'objectif de FP2020 est de favoriser un partenariat inclusif qui travaille avec différents experts et parties-prenantes pour accélérer l'action et contrer les barrières nationales et internationales les plus significatives.

FP2020 travaille avec les gouvernements, la société civile, des organisations multilatérales, des donateurs, le secteur privé et la communauté de recherche et de développement afin de permettre à 120 millions de femmes et de jeunes filles supplémentaires d'utiliser les informations, services et produits de la planification familiale d'ici 2020.

Atteindre l'objectif de FP2020 permettra d'éviter :

- Plus de 110 millions de grossesses non désirées ;
- La mort de près de 3 millions de bébés au cours de leur première année de vie ;
- La mort de 200 000 femmes et jeunes filles pendant la grossesse et l'accouchement ;
- Plus de 37 millions d'avortements à risque.

### **7.1.4 Le dividende démographique**

Le dividende démographique est l'accélération de la croissance économique qui peut résulter d'une baisse rapide de la fécondité d'un pays et l'évolution ultérieure de la structure par âge de la population. Avec moins de naissances chaque année, la population d'un pays en âge de travailler grandit par rapport à la population jeune et dépendante. Avec plus de personnes dans la population active et moins jeunes à prendre en charge, un pays peut profiter de l'occasion pour la croissance économique rapide si les bons investissements économiques et sociaux et politiques élaborées en matière de santé, l'éducation, la gouvernance et l'économie. Si les avantages d'un dividende peuvent être grands, les gains ne sont ni automatiques ni garantie.

Cinq leviers doivent être mis en œuvre simultanément pour bénéficier du DD

1. Accélérer la transition de la fécondité ;
2. Améliorer le capital humain (santé /éducation) ;
3. Épargner et investir dans des activités rentables ;
4. Créer de nombreux emplois à forte productivité ;
5. Avoir un environnement juridique et politique stable et fiable (bonne gouvernance).

L'Afrique et récemment le Bénin se sont engagés à relever les défis liés au dividende démographique.

### 7.1.5 Le Partenariat de Ouagadougou

Le Partenariat de Ouaga lancé en 2011 par neuf pays francophones de l'Afrique de l'Ouest dont le Bénin et leurs partenaires techniques et financiers, constitue un mouvement de mobilisation pour accélérer les progrès dans l'utilisation des services de planification familiale.

L'objectif principal du Partenariat en sa phase d'accélération est d'atteindre au moins 2.2 millions d'utilisatrices additionnelles de méthodes de planification familiale dans les neuf pays concernés d'ici 2020. Cet objectif peut paraître faible à vue d'œil mais il est en réalité très ambitieux vu le contexte des pays caractérisé par les faibles taux de prévalence contraceptive, les barrières socioculturelles, les systèmes de santé déficients, un engagement politique timide et peu de financement. Le Bénin a souscrit à cet engagement.

**Au plan national**, la Stratégie de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes s'inscrit dans les contextes suivants :

### 7.1.6 L'Environnement juridique

L'environnement juridique est composé de 4 lois qui garantissent le respect des droits sexuels de chacun, le respect de la dignité des personnes, de leur consentement, le principe d'autonomie et le principe de bienveillance :

- Loi N° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la Santé Sexuelle et à la Reproduction
  - Elle rappelle le caractère universel du droit à la santé de la reproduction, l'autodétermination en matière de procréation et de mariage, le droit d'accès aux soins et services de santé, le droit à la non-discrimination, le droit à la sécurité de la personne et la confidentialité ;
  - Elle stipule que l'interruption volontaire de grossesse ne saurait en aucun cas être considérée comme une méthode contraceptive.
- Loi N° 2003-03 du 03 Mars 2003 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en république du Bénin
  - Elle définit les sanctions en cas de mutilations génitales.
- Loi N° 2006 – 19 du 05 Septembre 2006 portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes en république du Bénin

- L'article 1<sup>er</sup> définit un harcèlement sexuel, le fait pour quelqu'un de donner des ordres, d'user de paroles, de gestes, d'écrits, de message et ce de façon répétée, de proférer des menaces, d'imposer des contraintes, d'exercer des pressions ou d'utiliser tout autre moyen aux fins d'obtenir d'une personne en situation de vulnérabilité ou de subordination, des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers contre la volonté de la personne harcelée ;
  - Les dispositions particulières et pénales pour réprimer cet acte répréhensible et protéger les victimes sont précisées.
- Loi N° 2011-26 du 09 janvier 2011 portant prévention et répression des violences faites aux femmes
- Elle définit les différents cas de violences, précise les mesures de sensibilisation, prévention et détection ;
  - Les structures qui gèrent les violences faites aux femmes ont été précisées avec leurs rôles ;
  - Les droits des femmes victimes de violences ont été décrits ainsi que des dispositions d'ordre civil et des dispositions pénales.

#### **7.1.7 La politique nationale de promotion du genre au Bénin**

Face à la ségrégation traditionnelle des rôles sociaux et économiques selon le sexe compromettant de nos jours l'atteinte des objectifs de développement, le Bénin a adopté en mars 2009 une politique nationale de promotion du genre.

La vision de cette politique est qu' « à l'horizon 2025, le Bénin est un pays où l'égalité et l'équité favorisent la participation des hommes et des femmes aux prises de décisions, l'accès et le contrôle des ressources productives en vue d'un développement humain durable ».

Les stratégies retenues pour réaliser cette vision sont les suivantes :

- Première stratégie : Mettre en place des mesures rendant effectives l'égalité et l'équité entre homme et femme dans l'accès à l'éducation, à l'alphabétisation et aux structures de prise de décisions dans toutes les sphères (individuel, familial, communautaire, national et international).
- Deuxième stratégie : Renforcer l'institutionnalisation du genre à tous les niveaux, ainsi que l'application effective des conventions et textes nationaux et internationaux favorables à l'égalité et l'équité entre homme et femme.
- Troisième stratégie : Renforcer l'engagement de la société civile et la prise de conscience des femmes et des hommes pour la promotion du genre tout en assurant une bonne implication des hommes dans le processus.
- Quatrième stratégie : Assurer l'autonomisation des femmes et une meilleure prise en compte du genre dans les plans communaux de développement
- Cinquième stratégie : Réduire la pauvreté monétaire des femmes et leur assurer un accès et un contrôle équitables aux ressources.

#### **7.1.8 La Politique Nationale de la Jeunesse (PNJ) 2016-2025**

La Politique Nationale de la Jeunesse (PNJ) 2016-2025 vise tous les jeunes béninois de 15 à 35 ans révolus et prend en compte les adolescents de 10 à 14 ans. Son élaboration répond au souci d'apporter des réponses appropriées aux problèmes des jeunes notamment des problèmes d'éducation, de formation, de santé, de chômage, de sous-emploi, d'oisiveté, de délinquance et de conflits divers avec la communauté.

L'objectif global de la PNJ est de : « bâtir un environnement favorable au bien-être des jeunes et qui fait d'eux les principaux acteurs du développement national ».

De façon spécifique, la PNJ vise à :

1. développer, renforcer et mettre en valeur les compétences, habiletés et capacités des jeunes ;
2. développer l'initiative créatrice, la productivité et l'emploi décent des jeunes ;
3. promouvoir la santé reproductive et sexuelle des jeunes et la lutte contre les autres fléaux.

Deux stratégies sont retenues pour atteindre l'objectif de promouvoir la santé reproductive et sexuelle des jeunes et la lutte contre les autres fléaux :

- promotion de l'éducation de la santé sexuelle et de reproduction chez les jeunes ;
- renforcement de la protection des jeunes contre les risques sociaux.

La mise en œuvre de ces stratégies se fera à travers les actions ci-après :

1. *Promotion de l'éducation à la Santé Sexuelle et Reproductive des jeunes*

- promotion des méthodes de prévention du VIH/SIDA, du paludisme et des maladies endémiques ;
- amélioration de l'accès des jeunes aux services de SRAJ ;
- promotion de l'offre des services de planification familiale aux jeunes ;
- renforcement des textes sur les droits des jeunes, et des jeunes vulnérables et à besoins spécifiques en matière de santé ;
- valorisation de la communication sexuelle et de reproduction au sein des familles ;
- promotion de l'éducation nutritionnelle, de l'hygiène et de l'assainissement auprès des jeunes.

2. *Renforcement de la protection des jeunes contre les risques sociaux*

- renforcement de la lutte contre le commerce et l'usage de la drogue et les produits psychotropes ;
- promotion de la lutte contre les violences faites aux personnes vulnérables (adolescents, jeunes filles, femmes et aux jeunes à besoins spécifiques) ;
- promotion des valeurs familiales dans la protection des jeunes contre les pratiques et les comportements déviants ;



- implication et responsabilisation des associations de jeunesse dans la lutte et la prévention contre l'usage des drogues et stupéfiants.

### **7.1.9 Le Plan stratégique intégré de santé de reproduction, de la mère, du nouveau- né, de l'enfant, des adolescents et jeunes (SRMNEAJ) Bénin 2018-2022**

Le Bénin a élaboré le Plan stratégique intégré de santé de reproduction, de la mère, du nouveau- né, de l'enfant, des adolescents et jeunes en se basant sur la stratégie mondiale.

Les Défis et priorités auxquels doit faire face le plan stratégique SRMNEAJ 2018-2022 sont les suivants :

#### **7.2 Défis et priorités**

- Disponibilité de données désagrégées sur les adolescents et jeunes ;
- Intégration dans un Paquet des soins à chaque niveau des volets nutritionnel, psychologique, comportemental, de prévention de la consommation d'alcool, du tabac et des drogues ;
- Vaccination pour la prévention du cancer du col de l'utérus ;
- Coordination multisectorielle des interventions et des acteurs de la SRAJ (santé, famille, éducation, jeunesse, sports, justice) ;
- Identification des interventions efficaces basées sur les évidences, prenant en compte toutes les composantes du sous-système de la santé des adolescents et jeunes ;
- Implication effective des adolescents et jeunes dans la conception, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en leur faveur ;
- Organisation rationnelle des services de soins de qualité de l'adolescent intégré dans le paquet des soins.

#### **7.3 VISION DE LA STRATEGIE NATIONALE SSRAJ 2018-2022**

La vision des acteurs de la SSRAJ est « D'ici 2030, le Bénin est une société où une population adolescente et jeune de 10 à 24 ans, socialement compétente et économiquement autonome, jouit de ses droits et accomplit ses devoirs en matière de santé sexuelle et de la reproduction».

La mise en œuvre de la stratégie SSRAJ 2018-2022 se fondera sur les principes directeurs ci-après.

#### **7.4 PRINCIPES DIRECTEURS**

Les principes directeurs qui ont guidé l'élaboration de la stratégie et orienteront sa mise en œuvre se fondent sur les principes directeurs de la stratégie mondiale de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 et du plan stratégique

intégré de santé de reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et jeunes (SRMNEAJ) Bénin 2018-2022.

#### **7.4.1 Universalité**

L'universalité doit être comprise comme étant la disponibilité des soins de qualité dans tous les lieux (notamment les situations de crise) et accessibles à toutes les personnes (notamment les personnes marginalisées ou difficiles à atteindre).

#### **7.4.2 Équité**

Le poids de la maladie lié à la malnutrition, au mauvais état de santé, à l'analphabétisme et aux nombreuses pratiques néfastes est concentré dans les communautés pauvres. L'équité est l'atteinte des couches les plus vulnérables par l'élargissement de la couverture effective des interventions clés.

#### **7.4.3 Genre**

Le sexe est la catégorisation biologique des hommes et des femmes, déterminé à la naissance en fonction des caractéristiques biologiques.

Le genre est un ensemble défini de facteurs culturels, économiques, sociaux, de rôles politiques, de responsabilités, de droits, et des obligations associées au fait d'être de sexe masculin ou féminin, ainsi que les relations de pouvoir entre les femmes et les hommes, les garçons et les filles. La définition et les attentes de ce que signifie être une femme ou une fille et un homme ou un garçon, et les sanctions pour le non-respect de ces attentes, varient selon les cultures et au fil du temps, et se croisent souvent avec d'autres facteurs, tels que la race, la classe, l'âge, et l'orientation sexuelle.

La reconnaissance du rôle important que joue le genre dans la santé a augmenté au cours des dernières décennies. Les inégalités de genre sont associées à une mauvaise performance des indicateurs de santé, tels que la violence basée sur le genre (VBG), la faible utilisation des soins de santé maternelle, et une mortalité maternelle plus élevée. L'inégalité de genre est également un facteur majeur de l'épidémie du SIDA. Les gens qui sont les plus à risque de contracter le VIH sont les jeunes femmes de 15-24 ans, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables. La plupart de ces populations à haut risque font face à des défis spécifiques au genre qui augmentent leurs risques. La stratégie de SRAJ doit être sensible au genre dans tous les domaines.

#### **7.4.4 Continuité des services et des soins dans le temps**

Les différentes étapes de la vie et les différents besoins en santé sont liés et s'interconnectent pour un développement harmonieux, un bien-être partagé et une bonne santé sociale. L'enfant malnutri peut développer à l'âge adulte l'obésité et l'hypertension artérielle. La performance intellectuelle et sociale des jeunes adultes dépend de la qualité de leurs parcours dans les différents institutions et réseaux sociaux. L'organisation des soins en SAJ doit donc reposer sur le principe intangible de continuum des services et des soins. A cet effet tous les services impliqués dans la prise en charge des adolescents et jeunes doivent reposer sur une politique de service intégral.

#### **7.4.5 Défense des droits humains**

La capacité du Bénin à répondre aux situations d'urgence humanitaire ou de fragilité reste faible. Les violences basées sur le genre, les traumatismes liés aux accidents, la rémunération inéquitable du travail des adolescents et jeunes etc. connaissent une prise en charge inadéquate. Il est essentiel que la stratégie de SRAJ renforce les droits fondamentaux des différentes catégories d'adolescents et de jeunes et dans toutes les situations car seule une approche complète fondée sur les droits humains permettra de surmonter les problèmes divers et complexes qui compromettent la santé des adolescents et jeunes.

#### **7.4.6 Interventions fondées sur des données factuelles**

L'évaluation de la stratégie de SRAJ 2011-2015 a révélé la multiplicité d'initiatives prises pour approcher et résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les adolescents et jeunes. La mise à échelle des interventions dans le cadre de la nouvelle stratégie de SAJ doit se fonder sur des données factuelles. Un partenariat avec les institutions universitaires et de recherche doit se renforcer et s'amplifier.

#### **7.4.7 Partenariats**

Les adolescents et jeunes ont des besoins multiples dont la prise en charge inadéquate a des répercussions négatives sur leur santé. L'étendue et la diversité des initiatives sont aussi une preuve de la complexité du domaine et justifient les coûts élevés qui dépassent parfois les seules capacités du secteur de la santé. On comprend alors aisément l'implication de tous les secteurs d'activité dans les programmes y compris tous les agents de santé à tous les niveaux du système de soins de santé, les autres secteurs gouvernementaux, les communautés elles-mêmes, les partenaires nationaux et internationaux et le secteur privé. La qualité des interventions et la réussite de la SRAJ dépendent de l'ampleur et de la qualité des partenariats en place entre toutes les parties prenantes.

#### **7.4.8 Communautaire**

La communauté est centrale dans le processus de développement et de la promotion de la santé des adolescents et jeunes. A ce titre, elle exprime ses besoins en services et bénéficie des prestations. Elle constitue la cible du changement. La communauté doit être associée à la planification, à l'organisation, à la gestion et à la prestation des services de santé pour les adolescents et jeunes. On doit garantir sa participation active et constructive à la prise des décisions relatives aux priorités et à l'amélioration des services de santé. Elle doit inciter les pouvoirs publics à offrir des services de santé de meilleure qualité aux femmes, nouveau-nés, enfants et adolescents. Les acteurs communautaires peuvent être des groupements ou associations de femmes, des défenseurs des Droits Humains, des associations de commerçants, consommateurs, des réseaux de jeunes/adolescents, des organisations religieuses, le secteur privé.

### **7.4.9 Responsabilité**

La survenue d'évènements indésirables lors de la prise en charge d'adolescents ou de jeunes peut avoir des répercussions sur toute la vie desdits adolescents ou jeunes d'où l'importance accordée au principe de la responsabilité.

La responsabilité se fonde sur quatre paramètres que sont la compétence, l'accessibilité de l'information, la sensibilisation et la motivation et leur combinaison permettrait une meilleure réalisation de l'objectif convoité de la responsabilité au sein des soins de santé. Elle est la synthèse entre crédibilité et fiabilité, à la fois des acteurs, des institutions et du système de soins de santé.

## **7.5 AXES PRIORITAIRES DE DEVELOPPEMENT DE LA SRAJ**

Quatre (4) axes d'interventions sont pris en compte dans le cadre de cette stratégie

- 1) Protection et promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris les plus vulnérables ;
- 2) Implication et Responsabilisation des adolescents et jeunes ;
- 3) Coordination des interventions et amélioration de la gouvernance ;
- 4) Promotion de la recherche.

## **7.6 BUTS, OBJECTIFS ET INTERVENTIONS DE LA STRATEGIE NATIONALE SSRAJ 2018-2022**

La Stratégie SSRAJ 2018-2022 poursuit les buts ci-après :

1. Réduire de 50% les nouvelles infections des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH chez les adolescents et jeunes sexuellement actifs
2. Réduire de 30% le taux de fécondité des adolescentes et jeunes de 15 à 24 ans
3. Réduire de 30 % le taux de mortalité maternelle chez les adolescents et jeunes de 15 à 24ans

Tableau 5: Matrice des Axes stratégiques et objectifs

<b>Axe stratégique I: Protection et promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes</b>	
<b>Objectifs</b>	<b>Interventions</b>
Objectif 1: Amener à 90% le taux de dépistage des IST/VIH chez les adolescents et jeunes sexuellement actifs	1.1 Offre du paquet Conseil-Dépistage-Prise en charge des IST/VIH chez les adolescents et jeunes
	1.2 Augmentation de la couverture vaccinale HPV et contre l'hépatite B des jeunes vulnérables
	1.3 Mise à l'échelle du dépistage du cancer du col de l'utérus sur le territoire national
Objectif 2: Réduire de 80% la prévalence des grossesses chez les adolescents et jeunes	2.1 Augmentation de l'utilisation de la contraception chez les adolescentes et jeunes filles vulnérables
	2.2 Mise en œuvre des mécanismes de prévention contre le mariage des mineures
Objectif 3: Promouvoir la santé et le bien-être sexuel de tous les adolescents et jeunes	3.1 Prise en charge des cas d'avortements à risque chez les adolescentes
	3.2 Prise en charge des troubles sexuels chez les adolescents et jeunes
	3.3 Prise en charge des grossesses non désirées chez les adolescentes
	3.4 Protection des adolescents et jeunes contre les violences basées sur le genre.
	3.5 Mise en place un mécanisme harmonisé de promotion du dialogue parents-enfants
	3.6 Renforcer le programme d'éducation à la sexualité responsable en milieu scolaire et non scolaire
	3.7 Amélioration de la qualité des prestations en SRAJ des assistants sociaux, des psychologues et des professionnels de la justice
	3.8 Dépistage du cancer du sein chez adolescents et jeunes
<b>AXE STRATEGIQUE II : Implication et responsabilisation des jeunes dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes</b>	
Objectif 4: Augmenter de 50% le taux de couverture du territoire en organisations de jeunes compétentes en SRAJ	4.1 Implication des organisations de jeunes dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes
	4.2 Coordination des organisations d'adolescents et jeunes intervenant dans la SRAJ
	4.3 Couverture en pairs éducateurs des organisations de jeunes
	4.4 Renforcement des capacités des structures faitières des associations de jeunesse intervenant en SRAJ

Objectif 5: Promouvoir l'émergence de 5000 jeunes leaders	5.1 Mobilisation des organisations d'adolescents et jeunes autour des DD
	5.2 Mise en place d'un fonds compétitif de financement de projets novateurs en SRAJ
<b>Axe stratégique III: Coordination des interventions et amélioration de la gouvernance</b>	
Objectif 6: Rendre la coordination de la stratégie SRAJ performante	6.1 Mise en place les outils et mécanisme de coordination de la stratégie nationale de Santé Sexuelle et reproductive des Adolescents et Jeunes (Manuel de procédures, plan de mobilisation des ressources, plan de suivi-évaluation, plan de communication, plan de renforcement des capacités et de l'assistance technique, institutionnalisation du PITA)
	6.2 Opérationnalisation du cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie nationale de Santé Sexuelle et reproductive des Adolescents et Jeunes
Objectif 7: Mobiliser les ressources du plan opérationnel SSRAJ 2018-2022	7.1 Appui technique et financier plus accru des parties prenantes en particulier l'Etat à la mise en œuvre des interventions de la stratégie nationale de santé Sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes
	7.2 Renforcement du système de suivi évaluation des interventions de la stratégie nationale de santé Sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes
<b>Axe stratégique IV: Promotion de la Recherche</b>	
Objectif 8: Rendre disponibles les informations facilitant les prises de décisions et la mise en œuvre efficace des interventions en SRAJ	8.1 Mise en place d'un programme de recherche interventionnelle en SRAJ
	8.2 Mise à échelle des projets probants
	8.3 Surveillance épidémiologique des affections et comportements déviants des adolescents et jeunes

## INDICATEURS D'IMPACT ET DE RESULTATS

---

## VIII. INDICATEURS D'IMPACT ET DE RÉSULTATS

Les indicateurs suivants sont développés pour apprécier la performance non seulement de la mise en œuvre du plan mais également du sous-secteur de la SRAJ au Bénin

**Tableau 6 : Les indicateurs d'impact**

<b>Buts</b>	<b>Indicateurs d'impact</b>
Réduire de 50% les nouvelles infections des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH chez les adolescents et jeunes sexuellement actifs	Taux d'incidence des IST/VIH
Réduire de 30% le taux de fécondité des adolescentes et jeunes de 15 à 24 ans	Taux de fécondité
Réduire de 30 % le taux de mortalité maternelle chez les adolescents et jeunes de 15 à 24ans	Taux de mortalité maternelle

**Tableau 7 : Les indicateurs de résultats**

<b>Objectifs/Interventions</b>	<b>Indicateurs de résultats</b>
Objectif 1: Amener à 90% le taux de dépistage des IST/VIH chez les adolescents et jeunes sexuellement actifs	Taux de dépistage des IST Taux de dépistage du VIH
1.1 Offre du paquet Conseil-Dépistage-Prise en charge des IST/VIH aux adolescents et jeunes	Proportion de structures (centres de jeunes, de santé) offrant le paquet minimum d'activités SRAJ  Nombre d'adolescents et jeunes ayant bénéficié du paquet Conseil-Dépistage-Prise en charge des IST/VIH
1.2 Augmentation de la couverture vaccinale VPH et contre l'hépatite B des jeunes vulnérables	Taux de couverture vaccinale en VPH des filles de 9-13 ans  Taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B des jeunes séronégatifs
1.3 Mise à l'échelle du dépistage du cancer du col de l'utérus sur le territoire national	Proportion d'établissements de soins offrant des services de dépistage de cancer du col par zone sanitaire
Objectif 2: Réduire de 80% la prévalence des grossesses chez les adolescents et jeunes	Taux de prévalence des grossesses précoces ;



Objectifs/Interventions	Indicateurs de résultats
	Taux de prévalence des grossesses non désirées ; Taux de prévalence des grossesses des 18 à 24ans
2.1 Augmentation de l'utilisation de la contraception chez les adolescentes et jeunes filles vulnérables	Taux de prévalence contraceptive
2.2 Mise en œuvre des initiatives de prévention et de lutte contre le mariage des mineures	Nombre de cas de mariage des mineures notifié  Proportion de communes ayant adhéré aux initiatives « Communes protectrices de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes »
Objectif 3: Promouvoir la vie sexuelle positive des adolescents et jeunes y compris les plus vulnérables	Proportion d'adolescents et jeunes de 15 à 24 ans exprimant une vie sexuelle positive <sup>8</sup>
3.1 Prise en charge des cas d'avortements à risque chez les adolescentes	Nombre de cas d'avortements à risque pris en charge
3.2 Prise en charge des troubles sexuels chez les adolescents et jeunes	Nombre de cas de troubles sexuels pris en charge
3.3 Prise en charge des grossesses chez les adolescentes	Nombre de cas de grossesses pris en charge
3.4 Protection des adolescents et jeunes contre les violences basées sur le genre.	Nombre de cas violences basées sur le genre pris en charge chez les adolescents vulnérables de 15-19 ans ( <i>médicale, psychologique, juridique et économique</i> )  Nombre de cas violences basées sur le genre pris en charge chez les jeunes vulnérables de 20-24 ans ( <i>médicale, psychologique, juridique et économique</i> )
3.5 Mise en place un mécanisme harmonisé de promotion du dialogue parents-enfants	Proportion de ménages pratiquant le modèle de dialogue parent-enfant selon les catégories d'âges des adolescents et jeunes

<sup>8</sup> L'indicateur composite sera développé dans le plan de suivi évaluation

Objectifs/Interventions	Indicateurs de résultats
3.6 Renforcer le programme d'éducation à la sexualité responsable en milieu scolaire et non scolaire	<p>Nombre d'établissements scolaires mettant en œuvre le programme d'éducation complète à la sexualité responsable</p> <p>Nombre de structures mettant en œuvre le programme d'éducation complète à la sexualité responsable en milieu non-scolaire</p>
3.7 Amélioration de la qualité des prestations en SRAJ des agents de santé, des assistants sociaux, des psychologues et des professionnels de la justice	<p>Disponibilité des directives, protocoles, normes et standards des services adaptés ;</p> <p>Disponibilité des équipements, matériels et intrants au niveau des services ;</p> <p>Nombre de prestataires formés ;</p> <p>Nombre d'agents de santé, d'assistants sociaux, de psychologues et de professionnels de la justice formés ayant amélioré leur qualité de prestations.</p>
3.8 Dépistage du cancer du sein chez adolescents et jeunes	<p>Nombre de dépistage du cancer du sein réalisés dans les centres de jeunes et santé.</p> <p>Nombre de cas de cancer du sein dépistés.</p>
Objectif 4: Augmenter de 50% le taux de couverture du territoire en organisations de jeunes compétentes en SRAJ	Niveau d'accroissement du taux de couverture.
4.1 Implication des organisations de jeunes dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes	Nombre de nouvelles organisations de jeunes impliquées dans la mise en œuvre de la stratégie nationale SSRAJ
4.2 Coordination des organisations d'adolescents et jeunes intervenant dans la SRAJ	niveau de performance des organisations
4.3 Couverture en pairs éducateurs des organisations de jeunes	Proportion d'organisations de jeunes disposant de pairs éducateurs formés

Objectifs/Interventions	Indicateurs de résultats
4.4 Renforcement des capacités des structures faïtières des associations de jeunesse intervenant en SRAJ.	Nombre de structures faïtières avec gestion efficace des membres
Objectif 5: Promouvoir l'émergence de 5000 jeunes leaders	Nombre de jeunes leaders distingués dans la mise en œuvre des interventions en SRAJ
5.1 Mobilisation des organisations d'adolescents et jeunes sur le Dividende Démographique (DD)	Nombre d'organisations d'adolescents et jeunes positionnées sur le DD
5.2 Mise en place d'un fonds compétitif de financement de projets novateurs en SRAJ	<p>Volume de ressources mobilisées par le fonds</p> <p>Nombre de projets novateurs appuyés par le fonds</p> <p>Taux de consommation des ressources mobilisées par le fonds</p>
Objectif 6: Rendre la coordination de la stratégie SRAJ performante	Niveau d'atteinte des cibles de la stratégie
6.1 Mise en place des outils et mécanismes de coordination de la stratégie nationale de Santé Sexuelle et reproductive des Adolescents et Jeunes (Manuel de procédures, plan de mobilisation des ressources, plan de suivi-évaluation, plan de renforcement des capacités et de l'assistance technique, institutionnalisation du PITA)	Disponibilité des outils de coordination (Manuel de procédures, plan de mobilisation des ressources, plan de suivi-évaluation, plan de renforcement des capacités et de l'assistance technique, institutionnalisation du PITA)
6.2 Opérationnalisation du cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie nationale de Santé Sexuelle et reproductive des Adolescents et Jeunes	<p>Taux d'exécution des PITA</p> <p>Disponibilité des cahiers de charges pour les différentes structures du cadre institutionnel</p> <p>Disponibilité des ressources allouées aux comités du cadre institutionnel</p>
Objectif 7: Mobiliser les ressources du plan opérationnel SSRAJ 2018-2022	Taux d'accroissement des ressources disponibles pour la mise en œuvre du plan opérationnel
7.1 Appui technique et financier de l'Etat, des collectivités locales et de la société civile à la mise en œuvre des interventions de la stratégie nationale de	<p>Part du financement de l'Etat</p> <p>Part du financement des collectivités locales</p>

Objectifs/Interventions	Indicateurs de résultats
santé Sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes	Part du financement des PTF Part du financement de la société civile
7.2 Renforcement du système de suivi évaluation des interventions de la stratégie nationale de santé Sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes	Existence d'une base de données sur la mise en œuvre de la Stratégie SSRAJ Complétude des données sur la mise en œuvre de la Stratégie SSRAJ
Objectif 8: Rendre disponibles les informations facilitant les prises de décisions et la mise en œuvre efficace des interventions en SRAJ	Nombre de travaux d'études de recherche en SRAJ publiés
8.1 Mise en place d'un programme de recherche interventionnelle en SRAJ	Nombre de protocoles de recherche Nombre de protocoles de recherche bénéficiant d'un financement Nombre de recherches ayant abouti
8.2 Mise à échelle des projets probants	Nombre de projets en phase de mise à échelle
8.3 Surveillance épidémiologique des affections et comportements déviants des adolescents et jeunes	Nombre de cas d'affections notifiés Nombre de cas de comportements déviants rapportés

## CADRE INSTITUTIONNEL

---

## **IX. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET MECANISME DE SUIVI EVALUATION**

### **9.1. Cadre institutionnel**

Le cadre institutionnel de la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle SSRAJ est remanié par rapport au cadre proposé dans la stratégie passée. Il est composé des instances suivantes :

- Un comité national de coordination de la Stratégie nationale SSRAJ ;
- Un comité sectoriel de mise en œuvre de la Stratégie nationale SSRAJ ;
- Un comité départemental de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie nationale SSRAJ ;
- Un comité communal.

#### **9.1.1. Composition et missions des structures du cadre institutionnel**

##### **Comité National de Coordination de la SNSSRAJ**

Ce comité composé de représentants de tous les départements ministériels concernés par la Santé des Adolescents Jeunes est placé sous la Présidence du Ministère de la Santé. Le poste de premier vice-président est assuré par le Ministère en charge de la Jeunesse et / ou des Sports et le deuxième vice-président par le Ministère en charge des Affaires Sociales et le poste de troisième Vice-présidence au Ministère en charge du Plan. Outre les Ministères, le comité est composé d'un représentant de l'ANCB, des représentants des Organisations de la Société Civile intervenant dans le domaine de la SSRAJ, les Réseaux de jeunesses, le Représentant du Secrétariat Exécutif du CNLS-TP, les partenaires techniques et financiers habituels.

Les principales missions de ce comité sont celles qui suivent : (i) analyser et actualiser au besoin les données relatives aux priorités nationales en SRAJ , (ii) apprécier les progrès réalisés par les intervenants (iii) faire le plaidoyer en vue de la prise en compte par le Gouvernement dans les priorités nationales les problèmes spécifiques des adolescents et des jeunes en matière de santé (iv) suivre la mise en œuvre des axes stratégiques dans les ministères sectoriels et orienter sur les moyens en vue de surmonter les difficultés d'intégration. Il se réunit une fois par trimestre et son secrétariat est assuré par la DSME. Composé de 21 membres, le comité se réunit au moins 2 fois par an et en cas de besoin, des réunions extraordinaires.

##### **Comité sectoriel de mise en œuvre de la SNSSRAJ**

Les Ministères impliqués dans la mise en œuvre de la SNSSRAJ sont dotés de comités sectoriels pour l'organisation et la mise en œuvre des axes stratégiques. Il est composé des représentants des services en lien avec la protection et la promotion de

la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes. C'est un creuset de d'analyse et de concertation permanente au sein du Ministère.

### **Comité départemental de suivi de la mise en œuvre de la SNSSRAJ**

Le comité départemental est composé des représentants du Préfet, des directions des ministères sectoriels impliqués, des structures de prestations en SRAJ et réseaux de jeunes, des équipes d'encadrement des zones sanitaires et des mairies.

Avec un effectif de 25 membres, il se réunit une fois par trimestre et au moins 2 semaines avant la rencontre du comité national pour le suivi de la mise en œuvre de la SNSSRAJ.

### **Comité communal en SNSSRAJ**

Le comité communal est composé des représentants du conseil communal, du Centre de Promotion Sociale, des leaders communautaires et religieux, des représentants d'organisations de jeunes, des représentants d'associations de développement, des représentants de groupements de femmes, des représentants des directeurs d'écoles/collèges, des représentants du collectif des artisans, des représentants des équipes d'encadrement de zones sanitaires, un représentant de l'ensemble de centres de santé privés. Il se réunit une fois par trimestre. Composé de 41 membres, il se réunit au moins 2 semaines avant la rencontre du comité départemental.

#### **9.1.2. Axes d'interventions, acteurs et responsabilités**

Il est retenu qu'il y ait des Ministères responsables par axe stratégique. Cette disposition permet le suivi et compte rendu de la mise en œuvre des axes stratégiques

**Tableau 8 : Acteurs et Axes d'interventions**

<b>ACTEURS</b>	<b>AXES</b>
Ministère de la Santé Ministère de l'Intérieur Ministère de la Justice Ministère de la Défense Ministère en charge des Affaires Sociales Ministère de l'Enseignement secondaire, technique et de la formation	<b>N°I : Protection et Promotion de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes</b>
Ministère en charge de la Jeunesse, Ministère en charge des Sports,	<b>N°II : Implication et responsabilisation des adolescents et jeunes dans la SNSSRAJ</b>
Ministère du Plan, Ministère de la Santé,	<b>N°III Coordination des interventions et amélioration de la gouvernance</b>

ACTEURS	AXES
Ministère en charge du Plan et du Développement Ministère de la Santé Ministère de l'Economie et des Finances Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique	<b>N°IV : Promotion de la Recherche</b>

Les responsabilités des autres parties prenantes sont consignées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 9 : Parties prenantes et responsabilités**

Parties prenantes	Responsabilités
Collectivités locales	Faciliter la mobilisation des partenaires au niveau décentralisé ; Contribuer à la mobilisation des ressources financières supplémentaires au niveau local ; Assurer la mise en application des textes de protection de la santé sexuelle et reproductive ; Participer à la mise en œuvre de la SNSSRAJ au niveau local ; Appuyer les organisations de jeunes dans la mise en œuvre de la SNSSRAJ.
COMMUNAUTE (familles, les adolescents et jeunes, leaders d'opinion, autorités traditionnelles et religieuses, comités locaux, etc.)	Faciliter la mobilisation des populations en faveur de la SNSSRAJ ; Faciliter les interventions à base communautaire ; Participer à la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions en SSRAJ.
Organisations de la société civile (ONG, associations, organisations de jeunesse etc.)	Participer à la mise en œuvre de la SNSSRAJ. Assurer la mobilisation des ressources financières pour la SSRAJ. Assurer une complémentarité avec le gouvernement dans la prestation des services de SSRAJ.
Les partenaires techniques et financiers	Apporter un appui technique et/ou financier à la mise en œuvre de la SNSSRAJ. Contribuer à assurer une transparence dans la gestion des fonds alloués à la SNSSRAJ.



### **9.1.3. Mécanisme de suivi et d'évaluation**

#### ***Description du mécanisme***

La mise en place d'une cellule de suivi évaluation (CSE) dotée d'un cahier de charge et de moyens subséquent permettra d'assurer la disponibilité et la qualité des données de la SRAJ.

La coordination de la stratégie devra se mettre en lien avec les autres structures ayant des responsabilités nationales sur des composantes de la SRAJ pour assurer la disponibilité des données d'une part et le renforcement des capacités des acteurs d'autre part.

#### ***Le circuit et flux d'informations et de rapportage***

Les types d'informations à produire par le CSE sont relatifs aux données programmatiques, managériales et financières.

Le rapportage des structures prestataires de services SRAJ, les revues trimestrielles (nationale, sectorielle, départementale, communale), l'évaluation du plan intégré de travail annuel, la revue multipartite annuelle, l'intégration de la collecte, l'analyse et la diffusion des données SRAJ via DHIS-2, et la collecte communautaire des données de SAJ par la méthode LQAS faciliteront le suivi de la mise en œuvre de la SNSSRAJ.

Les rapports produits périodiquement par les acteurs ONG et autres parties prenantes doivent contenir aussi bien les informations programmatique que financière et devront être copiés à la coordination de la stratégie et exploités par le CSE.

Canevas de rapport sera donc élaboré par la coordination de la stratégie pour servir de modèle aux acteurs et faciliter ainsi l'alimentation de la base de données.

#### ***Les évaluations***

Au début de la stratégie, une enquête de base sera réalisée pour mettre à jour certains indicateurs de résultats et d'impact qui serviront de référence ultérieurement pour apprécier les progrès.

Une évaluation annuelle du PITA permettra de faire le suivi annuel de la stratégie et des ressources mobilisées.

Une évaluation à mi-parcours qui analysera la pertinence des stratégies et des actions envisagées et réalisées pour proposer les reformulations nécessaires.

Elle interviendra en fin de la deuxième année de mise en œuvre de la stratégie pour proposer en cas de besoin la réorientation de certaines de ces stratégies ;

Une évaluation finale pour mesurer l'atteinte des objectifs et jeter les bases de l'élaboration de nouvelles stratégies. La réalisation de cette évaluation interviendra en fin de la cinquième année.

#### **9.1.4. Gestion des risques**

La mise en œuvre de la Stratégie nationale SSRAJ doit surmonter quatre types de risques.

##### **– Risque opérationnel**

La Stratégie nationale SSRAJ s'appuie sur un nombre important. Sa mise en œuvre devra se réaliser dans un temps réduit avec une multiplicité d'acteurs à impliquer (directions, programmes, agences d'exécution, partenaires techniques et financiers, ONG, organisations des jeunes, secteur privé, collectivités locales...), ce qui pourrait retarder l'atteinte des objectifs. Un suivi régulier et un pilotage robuste à un haut niveau pourraient permettre de répondre à ce risque.

##### **– Risque lié à la multisectorialité**

Sans acteurs compétents et ouverts à la coopération, la multisectorialité ne serait qu'un vain mot. Car plusieurs secteurs doivent être mis à contribution pour résoudre les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes (l'éducation, la santé, la justice, la sécurité, les familles et les organisations de la société civile).

##### **– Risque fiduciaire**

La facilité de mobilisation des ressources financières dans le cadre de cette stratégie dépendra dans une large mesure de la maîtrise des risques fiduciaires qui devra se traduire par la mise en place des outils de gouvernance internes et externes. Pour ce qui est de la coordination de la stratégie il est impératif que les recommandations des différentes missions d'audit de la DSME soient intégralement mises en œuvre.

##### **– Risque social**

La santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes implique toute la société. Il est nécessaire de mener une série d'actions sur les cibles secondaires notamment l'amélioration des pratiques des professionnels de la santé, des assistants sociaux et des professionnels de la justice en matière de SRAJ, le renforcement des compétences et capacités des parents facilitant le dialogue Parents-Enfants et la mise en œuvre de programmes éducation à la santé sexuelle des adolescents et jeunes en milieu scolaire et non scolaire.

## BUDGET ET FINANCEMENT DU PLAN

---

## X. RÉCAPITULATIF DES COÛTS ESTIMATIFS PAR AXE STRATÉGIQUE

Le coût total de ce plan sur cinq ans (2018-2022) est de 16 961 800 000. de F CFA en coût opérationnel (représentant les coûts des activités, hors frais généraux, ressources humaines et infrastructure des agences, etc.). Par ailleurs, ce budget n'intègre pas les coûts des activités propres des directions et programmes (ex. logistique des produits...).

L'axe stratégique « Protection et promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes représente le premier poste de coût (11 545 100 000 de F CFA sur cinq ans) ce qui représente 68% du budget global.

Le deuxième axe stratégique « Implication et responsabilisation des jeunes » en termes de coûts est de 2 504 950 000 de FCFA sur cinq ans, soit, 14,9%

Le troisième axe « Coordination des interventions et amélioration de la gouvernance » est estimé à de 2 632 250 000 F CFA sur cinq ans, soit, 15,5%.

Enfin, le coût du quatrième axe « Promotion de la recherche » est estimé à 279 500 000 de F CFA sur cinq ans soit, 1,6%)

Le financement de ce budget sera essentiellement assuré par le budget national, les PTF, les collectivités locales et le secteur privé

Tableau 10 Récapitulatif des coûts estimés de la stratégie SRAJ 2018-2022

<b>Axes stratégiques</b>	<b>Montant (en millier)</b>
N°1 Protection et promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris les plus vulnérables ;	<b>11 545 100</b>
N°2 Implication et Responsabilisation des adolescents et jeunes	<b>2 504 950</b>
N°3 Coordination des interventions et amélioration de la gouvernance	<b>2 632 250</b>
N°4 Promotion de la recherche.	<b>279 500</b>
<b>Total</b>	<b>16 961 800</b>

Le budget total estimé pour la mise en œuvre de la stratégie SRAJ 2017-2022 est de Seize Milliard Neuf Cent Soixante Un Million Huit Cent Mille francs CFA (16 961 800 cfa) soit, Vingt Cinq Millions Huit Cent Cinquante Huit Mille Euro (25 858 Euros).

## CONCLUSION

---

## CONCLUSION

La présente stratégie nationale de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes 2018-2022, vise particulièrement la réduction des risques liés à la sexualité et la reproduction des adolescents et jeunes s'appuyant sur des interventions à haut impact en SRAJ. Elle traduit la ferme volonté politique d'aborder les facteurs aggravant la vulnérabilité des adolescents et jeunes. Des défis importants sont à relever, et des obstacles à surmonter pour atteindre les résultats ambitieux affichés dans le plan. La clé réside essentiellement dans un engagement politique de haut niveau en faveur d'une action plus efficiente, dans un leadership robuste à travers le Ministère de la santé une coordination efficace à tous les niveaux, ainsi qu'un accompagnement des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

## ANNEXES

---

# ANNEXES

## Annexe 1 : PLAN OPERATIONNEL BUDGETISE 2018-2022 SSRAJ

Objectifs	Interventions	Sources de financement	Structures responsables	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022
				Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA
<b>AXE STRATEGIQUE I: PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES</b>								
Objectif 1: Amener à 90% le taux de dépistage des IST/VIH chez les adolescents et jeunes sexuellement actifs	1.1 Offre du paquet Conseil-Dépistage-Prise en charge des IST/VIH chez les adolescents et jeunes			332 450	479 250	449 250	449 250	449 250
	1.2 Augmentation de la couverture vaccinale HPV et contre l'hépatite B des jeunes vulnérables			-	134 200	105 950	103 950	103 950
	1.3 Mise à l'échelle du dépistage du cancer du col de l'utérus sur le territoire national			-	123 250	105 000	105 000	105 000
Objectif 2: Réduire de 80% la prévalence des grossesses chez les adolescents et jeunes	2.1 Augmentation de l'utilisation de la contraception chez les adolescentes et jeunes filles vulnérables			104 000	792 550	632 750	164 000	104 000
	2.2 Mise en œuvre des initiatives de prévention et de lutte contre le mariage des mineures			39 950	160 250	170 600	54 000	54 000
Objectif 3: Promouvoir la vie sexuelle positive des adolescents et jeunes y compris les plus vulnérables	3.1 Réduction des cas d'avortements à risque chez les adolescentes			116 500	143 450	128 500	128 500	128 500
	3.2 Prise en charge des troubles sexuels chez les adolescents et jeunes			20 850	231 200	200 000	200 000	-



Objectifs	Interventions	Sources de financement	Structures responsables	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022
				Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA
	3.3 Prise en charge des grossesses chez les adolescentes			-	62 000	62 000	62 000	62 000
	3.4 Protection des adolescents et jeunes contre les violences basées sur le genre.			194 100	100 300	135 300	100 300	85 300
	3.5 Mise en place un mécanisme harmonisé de promotion du dialogue parents-enfants			-	848 500	843 500	843 500	843 500
	3.6 Instauration d'un programme d'éducation à la sexualité responsable en milieu scolaire et non scolaire			404 300	103 600	103 600	26 050	13 600
	3.7 Amélioration de la qualité des prestations en SRAJ des assistants sociaux, des psychologues et des professionnels de la justice			15 800	4 125	4 125	4 125	4 125
	3.8 Dépistage du cancer du sein chez adolescents et jeunes			188 900	238 900	238 900	238 900	238 900
<b>AXE STRATEGIQUE II : IMPLICATION ET RESPONSABILISATION DES JEUNES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES</b>								
Objectif 4: Augmenter de 50% le taux de couverture du territoire en organisations de jeunes compétentes en SRAJ	4.1 Implication des jeunes dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes			144800	94000	94000	94000	94000

Objectifs	Interventions	Sources de financement	Structures responsables	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022
				Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA
	4.2 Coordination des organisations d'adolescents et jeunes intervenant dans la SRAJ			3300	20650	18000	3900	3900
	4.3 Couverture en pairs éducateurs des organisations de jeunes			0	325400	279600	314600	279600
	4.4 Renforcement des capacités des structures faïtières des associations de jeunesse intervenant en SRAJ.			0	14550	8750	8750	8750
Objectif 5: Promouvoir l'émergence de 5000 jeunes leaders	5.1 Mobilisation des organisations d'adolescents et jeunes autour des DD			55 550	71 300	86 050	64 300	69 800
	5.2 Mise en place d'un fonds compétitif de financement de projets novateurs en SRAJ			-	81 350	70 350	70 350	70 350
<b>AXE STRATEGIQUE III: COORDINATION DES INTERVENTIONS ET AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE</b>								
Objectif 6: Rendre la coordination de la stratégie SRAJ performante	6.1 Mise en place les outils et mécanisme de coordination de la stratégie nationale de Santé Sexuelle et reproductive des Adolescents et Jeunes (Manuel de procédures, plan de mobilisation des ressources, plan de suivi-évaluation, plan de communication plan de renforcement des capacités et de l'assistance technique, institutionnalisation du PITA)			52 000	-	-	-	-
	6.2 Opérationnalisation du cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie nationale de Santé Sexuelle et reproductive des Adolescents et Jeunes			49 500	22 000	22 000	22 000	22 000
Objectif 7: Mobiliser les ressources du plan opérationnel SSRAJ 2018-2022	7.1 Appui technique et financier plus accru des parties prenantes en particulier l'Etat à la mise en œuvre des interventions de la stratégie nationale de santé Sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes			118 250	118 250	118 250	118 250	118 250

Objectifs	Interventions	Sources de financement	Structures responsables	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022
				Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA	Coût en milliers de FCFA
	7.2 Renforcement du système de suivi évaluation des interventions de la stratégie nationale de santé Sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes			329 250	316 250	321 750	302 500	302 500
<b>AXE STRATEGIQUE IV: PROMOTION DE LA RECHERCHE</b>								
Objectif 8: Rendre disponibles les informations facilitant les prises de décisions et la mise en œuvre efficace des interventions en SRAJ	8.1 Mise en place d'un programme de recherche interventionnelle en SRAJ			27 500	-	-	-	-
	8.2 Mise à échelle des projets probants			11 000	13 750	5 500	13 750	5 500
	8.3 Surveillance épidémiologique des affections et comportements déviants des adolescents et jeunes			142 500	15 000	15 000	15 000	15 000
<b>TOTAL</b>				<b>2 244 850</b>	<b>4 337 925</b>	<b>4 042 575</b>	<b>3 330 825</b>	<b>3 005 625</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>16 961 800</b>				

## **Annexe 2 : Interventions en faveur de la santé et le développement de l'adolescent de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)**

- i. Vaccinations systématiques (contre le papillomavirus humain, l'hépatite B, la diphtérie et le tétanos, la rubéole et la rougeole, par exemple)
- ii. Promotion des comportements sains (bonne alimentation, exercice physique, ni tabac, ni alcool, ni drogues, par exemple)
- iii. Prévention, dépistage et prise en charge de l'anémie, notamment chez les adolescentes
- iv. Éducation sexuelle complète
- v. Informations, conseil et services pour une santé sexuelle et génésique complète, contraception incluse
- vi. Soutien psychosocial et services connexes pour la santé et le bien-être mentaux
- vii. Prévention et mesures destinées à combattre la violence sexuelle et les autres formes de violence fondée sur le sexe
- viii. Prévention et mesures destinées à combattre les pratiques préjudiciables comme les mutilations sexuelles féminines et les mariages précoces et forcés
- ix. Prévention, dépistage et traitement des maladies transmissibles et non transmissibles et des infections sexuellement transmissibles et de l'appareil reproducteur, y compris le VIH, la tuberculose et la syphilis
- x. Circoncision masculine volontaire médicalisée dans les pays touchés par des épidémies de VIH généralisées
- xi. Détection et prise en charge de l'usage dangereux et préjudiciable de substances psychoactives
- xii. Formation technique des parents, le cas échéant, pour la prise en charge des troubles comportementaux chez les adolescents
- xiii. Évaluation et prise en charge des adolescents présentant des traumatismes accidentels, notamment liés à la consommation d'alcool
- xiv. Prévention du suicide et prise en charge des risques d'autodestruction/de suicide

## **Annexe 3 : Organisation du service d'écoute**

### **Rappel des objectifs du service d'écoute**

Le Ministère de la Famille, des Affaires Sociales, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes de Troisième Age, dans l'accomplissement de sa mission a accordé une place primordiale à la connaissance des principaux droits de la population en particulier ceux de la femme et de l'enfant. A cet effet, depuis 2010, avec le soutien de l'Ambassade Royale du Danemark le Ministère a démarré l'expérience du service d'écoute qui est une section du Centre de Promotion Sociale. Ce service poursuit deux grands objectifs.

L'objectif principal du service est **d'apporter un appui et des conseils sociaux et juridiques** aux femmes et aux jeunes filles principalement, aux garçons et aux hommes ayant subi des violences ou des violations de leurs droits. Il s'agit en premier lieu de mettre à disposition et à proximité des victimes de violence une structure de recours qui facilite l'expression de leur plainte et la résolution de leurs problèmes. Ce service veut donc répondre aux problèmes d'accès, de distance physique et sociale entre les services juridiques et les femmes victimes de violence, lesquelles sont majoritairement des femmes rurales, non instruites vivant dans des ménages pauvres.

- Le second objectif est **de mobiliser les autorités locales et les services publics autour de la lutte contre les violences et de conduire activement des campagnes de sensibilisation et d'information sur les droits des femmes et des filles.**

Ces deux objectifs s'inscrivent totalement dans le Plan d'Action de Lutte contre les Violences faites aux femmes.

### **Structure du service d'écoute**

Le service d'écoute est l'une des sections du Centre de Promotion Sociale. Au début, il a été animé par les Assistants Juridiques (AJ) recrutés pendant deux ans par l'Ambassade Royale du Danemark pour accompagner le Ministère en charge de la Famille dans sa vision. Après la fin du contrat de ces derniers, les Assistants Sociaux ont pris la relève. Pour son fonctionnement, le service d'écoute dispose d'un agent qui travaille sous la responsabilité du Chef du Centre de Promotion Sociale. Les autres agents du centre participent selon la planification retenues aux diverses activités du service d'écoute. Le service d'écoute fonctionne à l'échelle de la commune et reçoit dans ses permanences toutes les personnes résidant dans la commune principalement dans la zone d'intervention du CPS et qui ont besoin de ses prestations. A la fin de chaque mois, un rapport statistique du travail effectué et signé des deux responsables est envoyé au Ministère par la direction Départementale. A la fin du trimestre le rapport narratif suit le même circuit.

Elle s'effectue dans le centre tous les jours ouvrables. Elle permet d'enregistrer entre autres les dénonciations des cas de violences et les plaintes des victimes. L'agent responsable du service d'écoute reçoit et écoute les victimes et/ou leurs représentants, identifie avec eux le problème juridique, à partir de ses connaissances de la Loi, de ses expériences et de la jurisprudence. Il explique à la victime ses droits qui ont été bafoués. Il enregistre les informations de la victime dans un registre et ouvre un dossier si possible selon le cas. L'Assistant Social apporte par la suite à la

victime un conseil immédiat sur les mesures à prendre et sur les démarches à entreprendre. En dehors de la permanence, le service intervient pour les cas d'urgence dont il est saisi.

### **Les démarches**

Elles consistent à accompagner la victime vers les différentes structures (services publics et organisations non gouvernementales) qui peuvent aider pour la résolution de la situation. L'Assistant Social une fois en contact avec ces dernières effectue la liaison pour une résolution efficace.

### **Les enquêtes sociales**

Après avoir reçu la victime au bureau, l'assistant social fait des investigations pour approfondir la situation qui lui a été narré. L'enquête sociale lui permet de fournir des informations plus fiables à toutes les structures (la gendarmerie, le commissariat, le tribunal, l'hôpital ...etc) avec qui il collabore.

Le service d'écoute a été créé en 2010 avec le recrutement des Assistants Juridiques au Ministère en charge de la Famille. A ces débuts, le service d'écoute a connu une phase expérimentale de deux ans dans quarante-neuf (49) communes. A la veille du départ des Assistants Juridiques en Octobre 2011, le Ministère a mis en place une stratégie pour assurer la relève. C'est ainsi que les Directions Départementales avec la contribution des chefs de centre de promotion sociale et les Assistants Juridiques ont pu identifier dans chaque commune dès le mois de juillet 2011, un agent qui puisse assurer la continuité des tâches. Ainsi, de quarante-neuf (49) services, le Ministère est passé à quatre-vingt-cinq (85) services

#### **Annexe 4 : Procédure de déclaration d'un fait de VBG**

Par exemple:

Si une survivante choisit de déclarer à la police ce qu'il est arrivé, les procédures sont les suivantes:

1. La survivante et son accompagnateur/trice déclarent au bureau d'accueil de la police qu'ils souhaitent exposer une affaire confidentielle.
2. L'officier de police qui se trouve à l'accueil conduit la survivante et son accompagnateur/trice dans une pièce privée.
3. Un officier de police/détective prend la déposition de la survivante et se procure les informations nécessaires à l'enquête sur le(s) crime(s) allégué(s).
4. Les interrogatoires de survivantes/victimes de crimes liés à la GBV et de tout témoin seront uniquement menés par des fonctionnaires de la police spécialement formés. Si des officiers de police de sexe féminin sont disponibles, ce sont elles qui conduiront les entretiens.
5. Une fois la déposition faite, la police remet à la survivante le formulaire médical P-3 afin qu'elle le remplisse.
6. La victime emporte le formulaire P-3 au poste de santé pour le remplir, puis le remet à la police le plus vite possible.
7. La police commence immédiatement son enquête, même si le formulaire P-3 ne lui a pas encore été retourné.
8. Lorsqu'elle dispose de suffisamment d'éléments, la police arrête l'agresseur présumé et communique les chefs d'accusation à la cour.

## **Annexe 5 : Cadre conceptuel pour le passage à grande échelle des innovations**

Étape 1. Planifier les actions nécessaires pour accroître le potentiel de passage à grande échelle de l'innovation

Étape 2. Renforcer la capacité de l'organisation utilisatrice de réussir le passage à grande échelle

Étape 3. Évaluer le contexte général et planifier les actions nécessaires pour accroître les chances de succès du passage à grande échelle

Étape 4. Renforcer la capacité de l'équipe d'appui de soutenir le processus de passage à grande échelle

Étape 5. Faire des choix stratégiques pour appuyer le passage à grande échelle au plan vertical (institutionnalisation)

Étape 6. Faire des choix stratégiques pour appuyer le passage à grande échelle au plan horizontal (extension/reproduction)

Étape 7. Déterminer le rôle de la diversification

Étape 8. Planifier les actions nécessaires face à un passage spontané à grande échelle

Étape 9. Finaliser la stratégie de passage à grande échelle et déterminer les étapes suivantes



## **Annexe 6 : Renforcement de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans et de planification familiale au Bénin (Centre Jeunes Amour & Vie)**

### DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

L'Association Béninoise de Marketing Social (ABMS), en partenariat avec Population Services International (PSI), a exécuté de Mai 2012 à Juin 2015 un projet dénommé "Renforcement de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans et de planification familiale au Bénin", sur financement du Royaume des Pays Bas.

Ce projet couvre les communes de Dassa, Savè (département des Collines), Parakou (Borgou), Djougou (Donga), Natitingou (Atacora), Porto-Novo, Dangbo (Ouémé) Abomey-Calavi (Atlantique) et Cotonou (Littoral). Il vise entre autres, à (i) accroître le niveau de connaissance des jeunes, (ii) accroître l'utilisation des contraceptifs modernes chez les jeunes filles de 15-24 ans sexuellement actives pour éviter des grossesses précoces et non désirées.

Pour atteindre ces jeunes, 15 centres conviviaux dénommés "Centres Jeunes Amour et Vie" ont été créés entre 2013 et 2015 dans des collèges d'enseignement et autres lieux de rencontre de jeunes (Maisons de jeunes, Maisons du Peuple, Centre de Promotion Sociale) pour offrir des services ludiques et des services de santé reproductive aux adolescents et jeunes.

Outre la distribution des contraceptifs, l'amélioration des connaissances des jeunes élèves et apprenties dans le domaine de la santé de la reproduction y compris le VIH, le projet vise à promouvoir le dialogue parents-enfants en matière de sexualité et pour créer un environnement favorable à l'utilisation des produits et services PF/VIH/IST. Pour atteindre cet objectif, 180 parents éducateurs ont été formés pour communiquer avec leurs pairs. Huit ONG ont également appuyé l'ABMS dans les activités de communication interpersonnelle dans les communes d'intervention.

Les principaux thèmes de discussion portent sur les étapes de développement de l'enfance à l'adolescence, la gestion de la puberté, les problèmes auxquels les jeunes sont généralement confrontés en matière de sexualité, l'importance du dialogue parent enfant, les moments et les stratégies pour aborder les questions de sexualité avec les enfants. Ces sujets ont été développés également par certaines radios locales partenaires. Depuis juillet 2015, le soutien des Pays Bas à l'ABMS est passé du cadre de simple projet à un appui institutionnel. Ainsi, l'ABMS a l'opportunité de mener d'autres activités mais aussi de poursuivre avec les activités en direction des jeunes et des parents d'autres communes.

## **Annexe 7 : Initiative « Centres de santé et de promotion sociale amis des adolescents et jeunes »**

L'Initiative « Centres de santé et de promotion sociale amis des adolescents et jeunes » entend contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations destinées aux adolescents et jeunes dans les centres de santé (public, privé, scolaire, prison) et les centres de promotion sociale en se fondant sur "les Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents" de l'OMS.

L'objectif des Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents est d'aider les responsables de l'élaboration des politiques et les planificateurs de services de santé à améliorer la qualité des services de soins de santé afin que les adolescents puissent plus facilement bénéficier des services de santé dont ils ont besoin pour promouvoir, protéger et améliorer leur santé et leur bien-être. Le plan de mise en œuvre et les outils de suivi qui accompagnent les normes dans ce document fournissent des orientations pour identifier les mesures qui doivent être prises afin d'appliquer les normes et d'évaluer la mesure dans laquelle leur objectif est atteint.

L'objectif premier des normes est d'améliorer la qualité des soins destinés aux adolescents dans les services publics de soins de santé ; cependant, elles sont également applicables aux établissements dirigés par des ONG et aux établissements privés. L'objectif ultime de la mise en œuvre des normes est d'améliorer l'utilisation des services par les adolescents et donc de contribuer à de meilleurs résultats sanitaires.

Les structures doivent mettre en place des politiques et procédures pertinentes favorisant le respect des droits des adolescents en matière de santé suivants :

- Soins qui prennent en compte, respectent et ne portent pas de jugement sur les valeurs et croyances de l'adolescent. Certaines valeurs et croyances sont communes à tous les adolescents ou membres d'une communauté et sont fréquemment de nature culturelle ou religieuse. D'autres sont propres à l'adolescent. Des valeurs et croyances fortement ancrées peuvent influencer le processus de soins et la réaction de l'adolescent à ceux-ci. Donc, chaque dispensateur de soins doit s'efforcer de fournir des soins et services qui respectent les différentes valeurs et croyances des adolescents. Les dispensateurs de soins ne doivent pas non plus porter de jugement sur des caractéristiques personnelles des adolescents, leurs choix de style de vie ou des événements survenus dans leur vie.
- Soins qui respectent l'intimité des adolescents lors des consultations, examens et traitements. La possibilité de s'isoler est importante, en particulier durant les examens et procédures cliniques. Les adolescents peuvent souhaiter être tenus à l'écart d'autres membres du personnel, d'autres patients et même de membres de leur famille. Les membres du personnel doivent apprendre à connaître les besoins d'intimité des adolescents et les respecter.
- Protection contre les agressions physiques et verbales. Cette responsabilité concerne en particulier les adolescents très jeunes et vulnérables, les malades

mentaux et d'autres adolescents incapables de se protéger ou de demander de l'aide.

- Informations confidentielles et protégées contre les risques de perte ou d'usage abusif. L'établissement respecte la confidentialité des informations et applique des politiques et procédures destinées à protéger les informations pour éviter les pertes et usages abusifs. Le personnel respecte la vie privée de l'adolescent en ne divulguant pas d'informations à un tiers sauf s'il est légalement tenu de le faire, en ne plaçant pas d'informations confidentielles à vue ou en ne parlant pas du patient en public.
- Non-discrimination : droit de tout adolescent de recevoir des soins de santé de niveau et de qualité optimaux, sans discrimination d'aucune sorte (race, couleur, sexe, langue, religion, opinion politique ou autre, nationalité, origine ethnique ou sociale, particularité, handicap, naissance ou autre statut) à l'égard de l'adolescent ou de ses parents ou tuteurs légaux.
- Participation de l'adolescent au processus de soins. Excepté dans le cas où la capacité à prendre des décisions est légalement déléguée à un tiers ou si l'incapacité de l'adolescent à prendre des décisions a été évaluée par l'autorité compétente<sup>1</sup>, c'est l'adolescent qui décide de tous les aspects relatifs aux soins, y compris le refus de ceux-ci. L'adolescent décide également quel membre de la famille et quels amis, le cas échéant, participent avec lui au processus de soins. L'implication des adolescents dans les soins doit être respectée que l'adolescent ait ou non, légalement, la capacité de prendre des décisions. Le jugement d'un adulte sur ce qui est préférable pour l'adolescent ne dispense pas de l'obligation de respect de tous les droits des adolescents comme stipulé dans la Convention internationale des droits de l'enfant. Ceci inclut le droit de l'adolescent capable de discernement d'exprimer librement ses opinions sur toutes les questions le concernant et de recevoir la prise en considération voulue de ses opinions eu égard à son âge et son degré de maturité.

Annuellement, l'initiative après évaluation va classer les centres de santé et de promotion sociale et décerner des prix aux meilleurs et appuyer les moins performants à évoluer.

## **Annexe 8 : Initiative « Communes protectrices de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes »**

L'Initiative « Communes protectrices de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes » a pour objectif d'amener les communautés à s'impliquer dans la promotion d'une vie sexuelle positive et des adolescents et jeunes.

Chaque commune doit s'organiser pour mettre en place des assemblées au niveau communal, arrondissement et village pour la protection de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes.

Les Assemblées seront composées selon le niveau des autorités locales, des leaders communautaires et religieux, des organisations de jeunes, des associations, des groupements de femmes, des directeurs d'écoles, de collèges, des responsables d'ateliers professionnels, des équipes d'encadrement de zones sanitaires, des responsables de centres de santé.

Chaque année, l'initiative évaluera les communes sur la base des indicateurs de la stratégie nationale SSRAJ et décernera des prix aux meilleures communes protectrices de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes.

## Annexe 9 : Liste des personnes et structures impliquées dans le processus d'élaboration de la stratégie SSRAJ 2018-2022

N°	NOM PRENOMS	STRUCTURE	TITRE
1	ZANOUE Franck	DSME/MS	Directeur
2	AHOUNOU Gaston	DSME/MS	Chef service PF/SRAJ
3	AHOKPOSSI Mabou	DSME/MS	Chef Division SRAJ
4	DAZOGBO Alexandrine	UNFPA	Représentant Assistant
5	MARCH E. Guirlène	UNFPA	NPO Jeunes
6	SAGBOHAN Dona	UNFPA	Point Focal Youth Panel
7	GAHIRU Rose	UNFPA	Programme specialist, AYSRH
8	MARIUS W. de Jong	Ambassade Royale des Pays-Bas	Premier Secrétaire   Conseiller Santé
9	DIOGO Olivia	Ambassade Royale des Pays-Bas	Expert santé Reproductive et Droits Sexuels
10	KOULETIO Michelle	USAID	Acting Health Team Lead
11	HOUNNANKAN Athanase	USAID	Maternal and Child Health Advisor
12	PAQUI Nicole	UNICEF	HIV Officer
13	AKOGBETO Enagnon Petas	Plan International Benin	Conseiller en Sante / Health Advisor/Point Focal DRM
14	MAILLARD ASSOGBA Christelle	APESSA ONG	Présidente
15	BALOGOUN Ibrahim	OCJ	Vice-Président
16	KITY Romaric	OCJ	Trésorier Général
17	TIDJANI Loukman	OCJ/RABEJ	Président
18	ADJIBADE Nourou	CERADIS	Directeur Exécutif
19	AHOGA CODO Nadège	Ministère de la Famille	Point Focal SRAJ
20	KOUDOUFIO Bertin	Ministère des Sports	Point focal SRAJ
21	DOSSOU Jeanne	Ministère de l'Enseignement Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle	Point focal SRAJ
22	BALLO Ignace	Ministère du Plan et du Développement	Point focal SRAJ
23	OUITONA Romaric	Jeune Ambassadeur pour la Santé de Reproduction/ Planification Familiale	Président
24	SETHO Hugues Pascal	ABMS/PSI	Coordonnateurs programme Jeunes Amour & Vie
25	ALOFAN Judith	BUPDOS O	Chargée de projet
26	SALOU A. Mistoura	CeRADIS ONG	Chargée programme SSRAJ/ Genre

N°	NOM PRENOMS	STRUCTURE	TITRE
27	ZINSOU Nicolas	MJCD ONG	Chargé de Programme
28	N'TIA Fabien	DDS/Borgou	C/SSME
29	KOROGOOU Aoulatou	DDS/BORGOU J	CD/PF-SRA
30	D'ALMEIDA Juanita	ESGIS	Responsable communication
31	BANI Fabrice	Parlement des Jeunes du Bénin	Secrétaire Général
32	ACHADE Pulchérie	OSY	Chargée de Programme
33	AVONNON Kader	ABPF	Staff
34	AVODAGBE Brunel	ABMS / PSI	Coord SI IST/SR/VIH
36	OLODO Jocelyne	CTB PASS SOUROU	Chargée Appui-Conseil (Comé)
37	BOKPE GNACADJA Huguette	WCEDAF	Coordonnatrice
38	GOUTOMEY Patrick C.	CeRADIS	Responsable Antenne ZOU/COLLINES
39	TOKO CHABI Kiyayath	MAJ	MAJ
40	AMOZOUNVI A. Alice	DSME/MS	CD/IST/VIH/SIDA
41	GNAHOUE KOUKO Emma	DSME/MS	CD/PPPF
44	ATTINMANDJEGANGNI Elisa	Maternité Mènantin	SFE/Resp
45	DANSOU H. Marius	DSME/MS	AAF
46	HOUNGAN A. Irène	CS HOUENOUSSOU	SFE
47	KANTCHEKON Y. Diane	CAS / Cotonou 5	SFE
48	DEGBETO Morel	BESYP	Membre
49	ALAPINI Joseph E. O.	BESYP	Membre
50	BADEDJI Rodrigue	BESYP	Membre
51	IDRISSOU Awanabi	JA-SRAJ	Membre
52	SOUNNOUKINNY Marcelline	MAJ/ABPF	Présidente Régionale
53	AKODEKOU Ezekiel S.	MAJ/ABPF	Membre
54	HOUNGNISSI Néonelle P.	MAJ/ABPF	Membre
55	OKE Mathias Hervé	MAJ/ABPF	Membre
56	KOUESSI Jacques Ladislas	MAJ/ABPF	Conseiller Régional
57	ZIBO Maliki	FAPHB	Responsable à l'Organisation
58	KINKPON C.S. Nadine	MAJ/ABPF	Membre
59	HOUNTONDJI Myra	FAPHB	Membre
60	HAGNON Samuel	FAPHB	Membre
61	DOHOU H. Louis	MAJ/ABPF	Membre
62	SOUNOUKININ Gloria	MAJ/ABPF	Membre
63	ADJAHOUINO Junior	MAJ/ABPF	Membre

N°	NOM PRENOMS	STRUCTURE	TITRE
64	AHOUANSOU T. Kadiri	MAJ/ABPF	Membre
65	TIDJANI Loukman	RABeJ	Coordonnateur
66	TOFFA Arlette	ANCRE	SP/SR/PF
67	GBEDJI Lauria	ANCRE	JA/SR/PF
68	JERIKI Elvis	MAJ/ABPF	Président National
69	SALAMI Aboubakar	OCJ	Membre du BEN
70	ETCHIHA Bernice Lucia	CAS / DFEA / SPF	
71	AMIDOU Abdoul-Tahirou	Parlement des Jeunes du Bénin	
72	ACCROMBESSI E. Donatien	DSSA / MDN	Administrateur de Santé / Armée
73	AHOUANVOEKE DOSSOU Viviane	Ministère de l'Enseignement Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle	Administrateur RH
74	SOSSOU Yves	ABPF	Directeur Exécutif
75	HOUNHOUENOU Dossou Florent	MPD	Directeur des Politiques et Programmes de Population (D3P)
76	NASSIROU Maïfoux	ABMS/PSI	Spécialiste Com SAJ
77	GNAHOUI Hugues	OSV / Jordan	Chargé de Programme
78	AFFOGNON Bertin	Cabinet Groupe Stigmaté	Directeur / Consultant
79	DJIGBENOUE Oscar	Cabinet Groupe Stigmaté	Consultant
80	HOUNSA Assomption	Cabinet Groupe Stigmaté	Consultant
81	AGOLI-AGBO Rachel Bernard	Cabinet Groupe Stigmaté	Consultant

## Annexe 10 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABMS ONG BENIN, 2017. *Rapport annuel 2016*. 35 p.

AFD, *Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA Analyse pays Bénin*. 55 p.

Ambassade du Royaume des Pays-Bas auprès du Bénin, 2016. *Audit du Projet PITA SRAJ 2014, Rapport provisoire de recommandations sur l'analyse du cadre institutionnel et organisationnel*. 15 p.

CeRADIS ONG BENIN, 2016. *Promotion des droits à la Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents / adolescentes et Jeunes des Communautés du Bénin*. 76 p.

EQUI POP.ORG / UNFPA, 2014. *Santé et droits et de la procréation des adolescents au Bénin Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA*. 62 p.

Haut Conseil de le Santé Publique, France, 2016. *Rapport sur la santé sexuelle et reproductive*. 90 p.

MS / DNSP / PSLs, 2016. *Enquête de surveillance de deuxième génération des IST VIH et Sida au Benin (ESDG-2015), Jeunes scolaires et non scolaires de 15 à 24 ans*. 128 p.

MS / SGM, 2008. *Audit organisationnel du Ministère de la Santé*. 77 p.

MS / DSME, 2016. *Fiche technique à l'attention du nouveau Ministre de la sante. Analyse des audits comptables et financiers, et organisationnels de la Direction de la sante de la mère et de l'enfant*. 8 p.

MS / DSME, 2011. *Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris le VIH-SIDA au Bénin 2011-2015*. 107 p.

MS, 2009. *Plan national de développement sanitaire 2009-2018*. 122 p.

MS / DSME, 2017. *Plan stratégique intégré santé de reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et jeune (SRMNEAJ) 2018-2022*. 93 p.

MS / DSME, 2015. *Revue de Performance des Programmes de Santé de la Reproduction, Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent, 2000-2015*. 326 p.

MS / DSME, 2013. *Guide du facilitateur de formation du Pair éducateur*. 67 p.

MS / DSME, 2015. *Rapport d'évaluation de la mise en œuvre du PITA 2014 et élaboration du PITA SRAJ 2015*. 20 p.

MS / DSME, 2013. *Plan d'action national budgétisé pour le repositionnement de la Planification familiale 2014-2018 au Bénin*. 82 p.

MS, 2009. *Plan national de développement sanitaire 2009-2018*. 122 p.

Ministère de l'Enseignement Secondaire, de la Formation Technique et Professionnelle, de la Reconversion et de l'Insertion de jeunes, 2015. *Etude sur les*



*grossesses précoces et/ou grossesses non désirées (GND) et comportements à risques chez les adolescents et jeunes en milieu scolaire, éducation professionnelle et universitaire au Bénin (Secteur public et privé). 172 p.*

Ministère du Plan et du Développement / Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). *Principaux indicateurs sociodémographiques et économiques (RGPH-4, 2013). Cotonou : 25 p.*

Ministère du Plan et du Développement / Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), 2016. *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2014. Cotonou 490 p.*

OMS / UNFPA, 2012. *Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescents dans les pays en développement : les faits. Genève : 8 p.*

PLANIFICATION FAMILIALE LE PARTENARIAT DE OUAGADOUGOU. *La planification familiale : l'Afrique de l'ouest francophone en mouvement Un appel à l'action. 28 p.*

POPULATION REFERENCE BUREAU, USA, 2017. *Utilisation de la contraception chez les jeunes : Des interventions efficaces Un guide de référence. 7 p.*

USAID/E2A/IPPF/PATHFINDER INTERNATIONAL, 2014. Conférence Régionale Ouest Africaine sur la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes. Rapport final. Dakar : 64 p.

Système des Nations Unies, procédures opérationnelle standard pour la prévention et une réponse multisectorielle aux violences basées sur le genre au Bénin. 15 sept 2014, Bénin