

Obstacles à la pratique contraceptive des femmes au Bénin

La République du Bénin a fait de la promotion de la planification familiale une priorité nationale, inscrite dans le cadre de l'effort de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Outre la prévention des décès, l'accroissement de la pratique contraceptive aiderait les femmes et les familles à limiter leur nombre d'enfants à celui désiré et à mieux maîtriser le moment de leurs grossesses et naissances. Il aiderait aussi le Bénin à atteindre ses objectifs de développement, en ce qui concerne notamment la réduction de la pauvreté et la hausse des niveaux d'éducation et de revenu des femmes, de la scolarisation des enfants et du PNB par habitant.

En 2013, le gouvernement du Bénin s'est fixé l'objectif de doubler la prévalence de la contraception moderne, en la portant à 20% à l'horizon 2018.¹ Il a entrepris à cette fin de vastes campagnes d'information et de sensibilisation et une meilleure intégration de la planification familiale dans les autres services de santé reproductive. À ces stratégies s'ajoutent les démarches de promotion de la planification familiale de nombreux groupes de la société civile et organisations internationales.²

Malgré le climat politique favorable du pays et les enquêtes révélant qu'un nombre grandissant de Béninoises dé-

sirent moins d'enfants, le pourcentage des femmes en âge de procréer qui utilisent les méthodes modernes n'atteint pas 10%.³ Parmi les femmes mariées, 33% désirent différer ou limiter leurs grossesses mais ne pratiquent pas la contraception.⁴ La proportion des naissances non planifiées est par conséquent assez élevée, chiffrée à 19% en 2007-2012.³

Pour réaliser l'objectif de 20% de prévalence contraceptive moderne d'ici 2018, il est essentiel de comprendre les raisons de son faible niveau actuel. Aussi ce rapport présente-t-il un aperçu des besoins contraceptifs des Béninoises en âge de procréer (15 à 49 ans). Il se base sur les données de l'Enquête démographique et de santé (EDS) menée dans le pays en 2011-2012*, afin de cerner les besoins contraceptifs des femmes, d'identifier les obstacles à la pratique contraceptive et de formuler des recommandations pour améliorer l'accès à la contraception. Nous nous référons également aux données de

Points essentiels

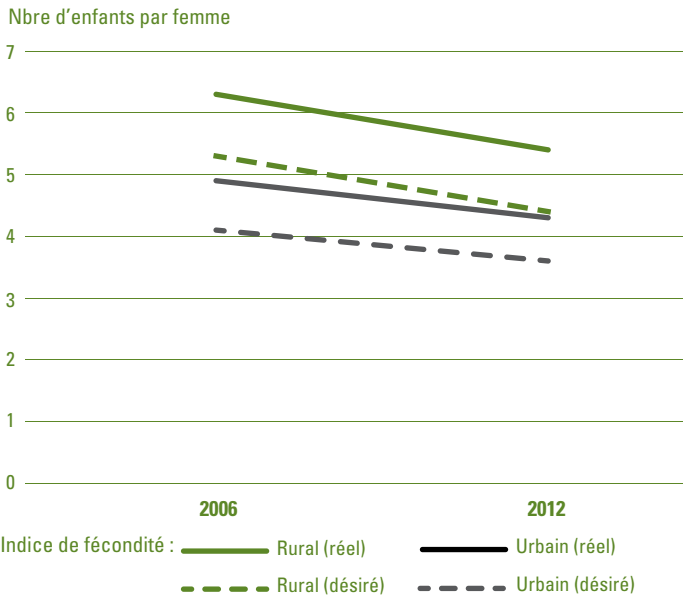
- Malgré la promotion gouvernementale de la planification familiale au Bénin, un effort supplémentaire est requis pour atteindre l'objectif d'accroissement de la prévalence contraceptive moderne à 20% d'ici 2018.
- En 2012, la pratique contraceptive moderne reste limitée. Seuls 7% des femmes mariées et 23% des célibataires sexuellement actives pratiquent les méthodes modernes.
- Le besoin non satisfait a augmenté depuis 2006, passant de 27% à 33% parmi les femmes mariées et de 35% à 50% parmi les célibataires sexuellement actives.
- Parmi les femmes mariées qui ont un besoin non satisfait, les raisons le plus souvent invoquées pour justifier l'absence de contraception sont la peur des effets secondaires et les préoccupations de santé (22%) et l'opposition à la pratique (22%). Les femmes célibataires qui n'ont jamais été mariées et qui présentent un besoin non satisfait invoquent n'être pas mariées (42%), une activité sexuelle rare ou nulle (21%) et la peur des effets secondaires et les préoccupations de santé (17%).
- Parmi les femmes ayant choisi la stérilisation, le DIU, l'implant, l'injectable ou la pilule, 57% disent avoir été informées des effets secondaires au moment de l'obtention de leur méthode ; 88% de celles ainsi informées ont reçu des instructions sur la manière de gérer ces effets.
- Les stratégies visant à accroître la pratique contraceptive sont : améliorer la disponibilité et la qualité des services de contraception, accroître la connaissance de la planification familiale et lever les obstacles socioculturels à la contraception.

*Nous désignons les données de l'EDS 2011-2012 par cette dernière année d'enquête uniquement. Pour 2014, les données collectées par l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF n'avaient pas encore été rendues publiques au moment de la rédaction. S'il convient, nous citons les statistiques de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), 2014, Résultats clés*, Cotonou, Bénin : INSAE, 2015.

Figure 1

Indices de fécondité réelle et désirée

Malgré un déclin de la fécondité, les Béninoises ont toujours plus d'enfants qu'elles ne le désirent.



Sources : références 3 et 5.

l'EDS béninoise de 2006 pour examiner les tendances de la fécondité et de la pratique contraceptive.

Les femmes tendent à avoir plus d'enfants qu'elles ne le désirent et la pratique contraceptive reste limitée

Le Bénin a réalisé un progrès appréciable dans son effort de réduction de la fécondité. Entre 2006 et 2012, l'indice synthétique de fécondité est tombé de 5,7 à 4,9 enfants par femme.^{3,5}

*Nous définissons les méthodes modernes comme incluant la stérilisation, la pilule, le DIU, l'injectable, l'implant, les préservatifs masculin et féminin et les autres méthodes modernes non reprises parmi les options de réponse.

†Tout au long de ce rapport, nous définissons les femmes des ménages mieux lotis comme appartenant aux trois quintiles de richesse supérieurs et celles des ménages plus démunis, aux deux quintiles inférieurs.

‡D'après l'enquête MICS 2014, 18% des femmes mariées pratiquent une méthode contraceptive.

§D'après l'enquête MICS 2014, 11% des femmes mariées utilisent la contraception moderne.

**Définies comme ayant eu des rapports sexuels durant les trois mois précédant l'enquête.

L'écart entre la fécondité réelle et celle désirée n'en reste pas moins constant, à 0,9, indiquant que les femmes ont généralement environ un enfant de plus qu'elles ne le souhaitent. Si l'indice de fécondité est supérieur dans les zones rurales (5,4 par rapport à 4,3 en milieu urbain), l'écart entre la fécondité réelle et celle désirée est à peu près égal dans les deux environnements, chiffré respectivement à 1,0 et 0,7 (Figure 1).

Quatorze pour cent seulement des Béninoises en âge de procréer pratiquent une méthode contraceptive : environ 5% utilisent les méthodes traditionnelles et 9%, une méthode moderne.*³ Même si la proportion d'usage des méthodes modernes représente une hausse par rapport aux 7% enregistrés en 2006, la pratique contraceptive globale, initialement à 17%, est effectivement en baisse.⁵ Parmi les utilisatrices de la contraception moderne, 38% utilisent le préservatif masculin, 20% les injectables et 15% la

pilule alors que les méthodes de longue durée, en particulier les implants et le DIU, représentent chacun moins de 10% de la pratique (Tableau 1). Au total, 14% des utilisatrices pratiquent les méthodes réversibles de longue durée (MLD) : le DIU et l'implant. Ces méthodes sont les plus répandues parmi les femmes des milieux urbains et des ménages mieux lotis.† Elles préviennent plus efficacement les grossesses et s'accompagnent de taux d'échec inférieurs à ceux des autres méthodes, sujettes à une pratique irrégulière ou incorrecte.⁶

Les besoins de contraception variables des femmes se reflètent dans leurs niveaux de pratique

Les niveaux de pratique contraceptive et les types de méthodes utilisées varient en fonction de l'état matrimonial. En 2012, 13% des femmes mariées déclarent pratiquer une méthode.‡ Le pourcentage de femmes mariées qui pratiquent la contraception moderne reste constant depuis quelques années, de 6% en 2006 à 7% en 2012.^{8,7} Les méthodes modernes les plus populaires parmi les utilisatrices mariées sont l'injectable (27%), le préservatif masculin (25%) et la pilule

(18%). La proportion d'utilisatrices mariées des MLD est de 20% en 2006 et 21% en 2012.

Au Bénin, les femmes se marient de plus en plus tard. Dans la tranche des 25 à 49 ans, l'âge médian au moment du premier mariage est passé de 18,6 ans en 2006 à 19,8 ans en 2012.^{3,5} Bien que l'âge médian au premier rapport sexuel ait aussi augmenté, de 17,8 à 18,4 ans, l'intervalle entre ce premier rapport et le mariage est plus long, laissant entendre que les femmes peuvent être sexuellement actives pendant une plus longue partie de leurs dernières années d'adolescence.

Étant donné la désapprobation sociétale de la maternité hors mariage, les femmes célibataires sexuellement actives** (pour la plupart jeunes) sont généralement plus motivées que celles mariées d'éviter une grossesse. Aussi la pratique contraceptive s'avère-t-elle largement supérieure chez les premières. De fait, 32% des femmes célibataires sexuellement actives pratiquent une forme de contraception, moderne pour 23% d'entre elles.⁴ La proportion de recours aux méthodes modernes était de 26% en 2006.^{4,7} Parmi les femmes célibataires sexuelle-

Tableau 1

Pratique de méthodes modernes

Distribution (%) des utilisatrices de méthodes modernes âgées de 15 à 49 ans, par méthode, en fonction de l'état matrimonial, 2012, Bénin

Méthode	Total	Mariées	Célibataires sexuellement actives
Préservatif masculin	38	25	64
Injectable	20	27	11
Pilule	15	18	14
Implant	9	14	4
DIU	5	7	0
Stérilisation	1	1	0
Préservatif féminin	0	0	1
Autre*	12	8	5
Total	100	100	100

*Méthodes modernes non listées parmi les options de réponse à l'enquête. Source : référence 4.

Besoin non satisfait

Ces dernières années, le besoin non satisfait est en hausse parmi les Béninoises âgées de 15 à 49 ans.

% des femmes ayant un besoin non satisfait



ment actives qui pratiquent la contraception moderne, la grande majorité utilise le préservatif (64%), la pilule (14%) ou l'injectable (11%). Quarante pour cent des femmes de ce groupe choisissent les méthodes MLD, par rapport à 2% en 2006.

La décision primaire de la pratique contraceptive ne revient pas toujours aux femmes

Si la contraception moderne est pour la plupart destinée à un usage féminin, les femmes mariées n'ont pas toujours voix au chapitre dans la décision, principale ou conjointe, de la pratiquer. Parmi les utilisatrices mariées, 19% en 2012, par rapport à 13% en 2006, déclarent que la décision de la contraception appartient principalement à leur mari.^{4,7} De plus grandes proportions de femmes déclarent cette prépondérance du mari dans les milieux urbains (22% par rapport à 16% en milieu rural) et dans les ménages mieux lotis (20% par rapport à 16% dans ceux plus démunis).⁴ L'approbation de la planification familiale par le mari est un puissant déterminant de pratique contraceptive.⁸

Le besoin non satisfait est élevé

Plus de 47% des Béninoises mariées déclarent ne pas désirer de grossesse dans les deux prochaines années ou du tout.³ Les femmes sexuellement actives qui ne désirent pas de grossesse mais ne pratiquent aucune méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle) sont décrites comme ayant un besoin de pla-

nification familiale non satisfait. Ce besoin est élevé et en hausse parmi les femmes mariées, de 27% en 2006 à 33% en 2012 (Figure 2).^{*} Il ne varie ces dernières ni en fonction de l'âge, de la résidence ou de la richesse.

Parmi les femmes célibataires sexuellement actives, le besoin non satisfait est passé de 35% en 2006 à 50% en 2012. Il est nettement supérieur dans ce groupe, par rapport aux femmes mariées. Il est supérieur dans la tranche des 15 à 24 ans de cette catégorie (54%), par rapport à leurs aînées célibataires et sexuellement actives (38%). Le besoin de contraception non satisfait de ces femmes est fortement associé à celui d'espace des naissances plutôt que d'arrêt total de la maternité. Comme pour les femmes mariées, le besoin des célibataires sexuellement actives ne varie guère suivant le lieu de résidence ou la richesse.

Bien des raisons expliquent l'importance du besoin non satisfait, notamment les différences entre le désir d'enfants des hommes et des femmes. La recherche révèle que les couples qui partagent un même objectif de naissances différées ou limitées sont plus susceptibles d'adopter la planification familiale que ceux dont les opinions divergent sur ce plan.^{9,10} Au Bénin, 27% des femmes déclarent que leur mari désire plus d'enfants qu'elles, tandis que 29% désirent le même nombre.⁴ Trois pour cent des femmes seulement déclarent que leur mari désire moins d'enfants qu'elles, et 40% ignorent le nombre désiré par leur mari. La proportion de femmes qui déclarent désirer moins d'enfants que leur mari est supérieure en milieu rural (31% par rapport à 22% en milieu urbain).⁴

Les raisons de ne pas pratiquer la contraception varient suivant l'état matrimonial

Les Béninoises évitent la contraception pour différentes raisons, ayant rarement trait à des problèmes d'accès. Pour résoudre le besoin non satisfait, il faudra définir des stratégies qui apaisent les préoccupations spécifiques et cibler les campagnes en fonction de l'état matrimonial.[†]

Femmes mariées présentant un besoin non satisfait. Parmi les femmes mariées qui présentent un besoin non satisfait, les raisons le plus souvent invoquées pour justifier l'absence de contraception sont la peur des effets secondaires et les préoccupations de santé (22%) et l'opposition à la pratique (22% ; Figure 3).⁴ Concernant l'opposition, un quart des femmes sont elles-mêmes opposées à la contraception, tandis que 58% précisent l'opposition du mari et 5%, celle d'autres personnes. Les 12% restants donnent l'interdiction religieuse comme rai-

son de leur opposition. Celle-ci reflète probablement largement celle de l'Église catholique à la contraception moderne, cette confession représentant un tiers de la population.⁴ Les rapports sexuels rares ou nuls sont invoqués par 16% et l'aménorrhée post-partum et l'allaitement maternel, par 17%. Si 10% et 7% seulement des femmes mariées présentant un besoin non satisfait font état de problèmes de coût et d'accès, respectivement, le Bénin n'en affiche pas moins l'une des plus hautes proportions mondiales de femmes mariées invoquant ces raisons pour expliquer leur absence de pratique contraceptive.¹¹

Parmi les femmes mariées présentant un besoin non satisfait, les raisons les plus courantes de l'absence de pratique dans les milieux urbains sont la peur des effets secondaires et les préoccupations de santé (28%) et l'opposition (25%) ; dans les milieux ruraux, il s'agit plutôt de la rareté ou de l'absence de rapports sexuels (20%), l'opposition (20%), de l'ignorance des

*Selon l'enquête MICS 2014, le besoin non satisfait parmi les femmes mariées est de 33%.

†Les raisons de l'absence de contraception parmi les femmes divorcées et veuves ne sont pas documentées ici car ces groupes représentent une très faible proportion du besoin non satisfait.

méthodes (11%) et de raisons d'accès (9%).⁴ Les femmes plus démunies invoquent le plus souvent l'allaitement/l'aménorrhée post-partum (20%) et l'opposition à la contraception (20%), tandis que celles des ménages mieux lotis invoquent la peur d'effets secondaires et les préoccupations de santé (26%), suivies de l'opposition (23%). L'accès pose problème pour une plus grande partie des femmes des ménages plus démunis (9% par rapport à 5% dans ceux mieux lotis).

Femmes célibataires présentant un besoin non satisfait. Parmi les femmes qui n'ont jamais été mariées ayant un besoin non satisfait, le fait de ne pas être mariée est la raison prédominante de l'absence de pratique de la contraception, invoquée par 42%.⁴ Ce pourcentage est en hausse considérable depuis 2006, lorsque 12% seulement des femmes de ce groupe invoquaient cette même raison.⁷ Les

autres raisons sont les rapports sexuels rares ou nuls (21%), la peur d'effets secondaires et les préoccupations de santé (17%) et l'opposition (11%).⁴ Parmi les femmes de cette catégorie, un total de 5% invoque actuellement des raisons de coût ou d'accès, par rapport à 7% et 15%, respectivement, en 2006.^{4,7}

Le fait de ne pas être mariée et les rapports sexuels rares ou nuls sont les deux raisons les plus invoquées, parmi les femmes qui n'ont jamais été mariées et qui présentent un besoin non satisfait, en milieu urbain (44% et 18%, respectivement) comme rural (38% et 27%).⁴ Les femmes plus démunies invoquent aussi le plus souvent ces deux raisons (37% et 33%, respectivement), tandis que celles des ménages mieux lotis invoquent le fait de n'être pas mariées (43%) et la peur d'effets secondaires et les préoccupations de santé (19%). Sans surprise, l'accès

semble problématique pour de plus grandes proportions de femmes rurales (4% par rapport à 1% pour leurs homologues urbaines), de même que de femmes plus démunies (10% par rapport à 1% pour celles mieux loties).

Les femmes abandonnent la contraception pour de nombreuses raisons

Certaines femmes arrêtent de pratiquer la contraception malgré leur désir de différer ou d'éviter une naissance. Les raisons les plus courantes d'arrêt de la pratique moderne parmi les anciennes utilisatrices qui ne désirent pas de grossesse sont les effets secondaires (22%), le désir d'une méthode plus efficace (11%), les inconvénients de la pratique (9%) et la désapprobation du mari (8%).⁴ Dans l'ensemble, 3% et 2% des femmes qui ont arrêté leur méthode invoquent, respectivement, des raisons de coût et d'accès, mais le coût est invo-

qué par de plus grandes proportions de femmes rurales (6%) et plus démunies (7%) que par leurs homologues urbaines (1%) et mieux loties (2%). De même, 4% des femmes de ménages plus démunis invoquent le manque d'accès comme raison d'arrêt, par rapport à 2% de celles des ménages mieux lotis. Les raisons d'arrêt de la contraception moderne imputables à l'accès ne diffèrent pas suivant le lieu de résidence.

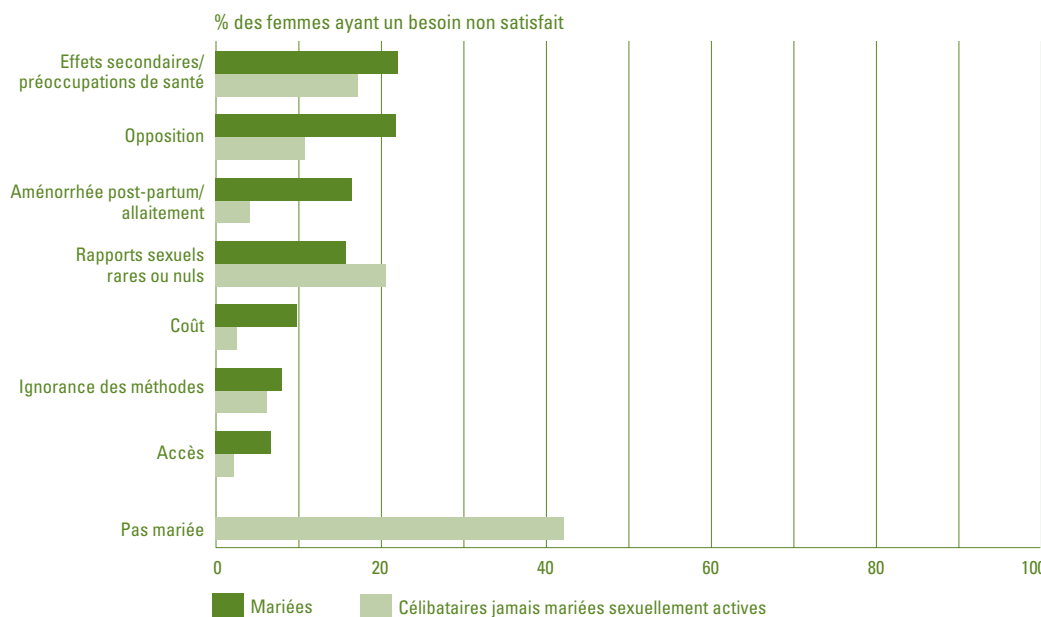
Les sources d'information sur la planification familiale varient suivant le lieu de résidence

Les Béninoises ont en grande majorité entendu parler de la contraception, y compris des méthodes modernes (85%).³ La connaissance des méthodes est cependant supérieure parmi les femmes célibataires sexuellement actives (94% par rapport à 85% parmi celles mariées). Les femmes obtiennent leur information sur la planification familiale de diverses sources, variables suivant le lieu de résidence. En milieu urbain, une plus grande proportion déclare en avoir entendu parler récemment, toutes sources confondues. Par exemple, les proportions qui, durant les quelques mois précédant l'enquête, ont entendu parler de la planification familiale à la télévision sont de 56% en milieu urbain et 21% en milieu rural ; 61% et 49%, respectivement, en ont entendu parler à la radio, et 25% et 7%, dans les journaux et les magazines.⁴ Globalement, la connaissance de la planification familiale à travers ces trois sources (en particulier la télévision) a augmenté au fil du temps. Le pourcentage de femmes qui en ont entendu parler à la télévision est passé de 23% en 2006 à 37% en 2012, reflétant la hausse

Figure 3

Raisons d'absence de contraception

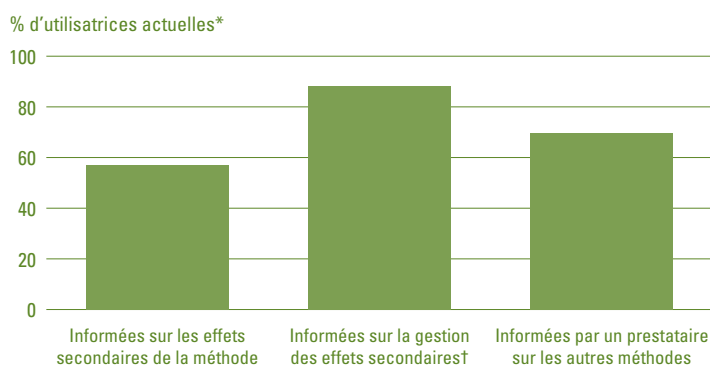
Parmi les Béninoises présentant un besoin non satisfait, les raisons de l'absence contraceptive diffèrent suivant l'état matrimonial.



Source : référence 4. N.B. : Le total des pourcentages n'est pas 100% car les femmes pouvaient donner plusieurs réponses.

Information contraceptive

Les Béninoises qui pratiquent une méthode ne reçoivent pas toutes une information complète sur la contraception.



Source : référence 4. *Parmi les femmes qui choisissent la stérilisation, le DIU, l'implant, l'injectable ou la pilule. †Parmi les femmes qui ont été informées des effets secondaires.

correspondante, durant ce même intervalle, de 25% à 35% de la proportion de femmes ayant accès à la télévision.^{4,7} Les femmes déclarent aussi avoir été exposées récemment aux messages de la planification familiale par le biais de feuillets et brochures d'information (17%), de présentations culturelles et éducatives (23%), de l'école (17%) et d'affiches (21%).⁴

Quarante pour cent des femmes déclarent n'avoir entendu parler de la planification familiale dans aucun média durant les mois précédant l'enquête.⁴ Cette proportion est largement supérieure dans les milieux ruraux (49% par rapport à 30% en milieu urbain) et parmi les femmes des ménages plus démunis (56% par rapport à 32% dans ceux mieux lotis).

La planification familiale n'est pas souvent discutée

Malgré l'exposition de la majorité des femmes aux messages de planification familiale d'au moins une source, 14% seulement déclarent en avoir parlé avec quelqu'un durant les mois précédant l'enquête (par rapport à 18% en 2006).^{4,7} De plus grandes proportions de femmes urbaines et mieux loties ont eu une conversation récente sur la planification familiale, par rapport à leurs homologues rurales et plus démunies.⁴ Parmi celles qui en ont parlé au cours des derniers mois, deux tiers l'ont fait avec une amie ou une voisine. Moins d'un quart l'ont discutée avec leur conjoint ou partenaire — en baisse nette par rapport à près de la moitié en 2006.^{4,7} L'absence de discussion de la planification familiale laisse entendre qu'il ne s'agit pas d'un sujet socialement acceptable en public, ni même en privé.

La prestation de services de contraception doit être renforcée

Face à l'obstacle souvent opposé à la pratique contraceptive de la crainte des effets secondaires, il importe d'évaluer si les femmes sont informées de ces effets et de leur gestion lors de leur accès aux services de contraception. Parmi les femmes ayant choisi une méthode moderne autre que le condom, 57% ont été informées des effets secondaires au moment du choix de leur méthode actuelle et 88% de celles ainsi informées ont reçu des instructions sur la manière de gérer ces effets (Figure 4).⁴ Les prestataires de la planification familiale doivent aussi informer les femmes de la gamme complète des méthodes contraceptives qui leur sont disponibles. Parmi les utilisatrices de méthodes modernes autre que le condom, 70% ont été informées des autres méthodes par un prestataire de soins de santé.

Pour les femmes qui présentent un besoin de contraception non satisfait, chaque visite dans une structure de santé représente une occasion, pour le prestataire, de proposer des services de santé sexuelle et reproductive. Cela dit, parmi les non-utilisatrices sexuellement actives s'étant rendues dans une structure de santé au cours des 12 derniers mois, 34% seulement ont parlé de la planification familiale avec un agent de santé.⁴ Qui plus est, 38% seulement des non-utilisatrices connaissent une source de planification familiale. Ce pourcentage est particulièrement faible parmi les femmes des milieux ruraux (31%) et parmi celles des ménages plus démunis (27%). Ces statistiques révèlent un haut degré d'occasions manquées d'intégrer les services

de planification familiale dans les soins de santé primaires et de sensibiliser les femmes aux sources de cette planification. Au Bénin, toutes les structures de santé dotées d'une maternité sont censées offrir des services de planification familiale. Entre la moitié et deux tiers seulement en proposent cependant.¹

Les politiques béninoises favorisent la planification familiale

Plusieurs politiques et plans d'application récente au Bénin révèlent un environnement propice à la promotion de la planification familiale.^{1,2} Dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire 2009–2018, le gouvernement a incorporé des mesures d'appui aux services de santé reproductive et de planification familiale.² D'autres politiques importantes incluent les Politiques, Normes et Standards pour l'offre de services de santé de la reproduction (1998), la Politique nationale pour la santé de la reproduction 2011–2016 et la Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SNSPSR) 2011–2016. Cette dernière, en particulier, se concentre sur les stratégies de

renforcement de la fourniture de produits de santé reproductive au Bénin, dont la qualité reste faible. Selon l'indice de sécurité contraceptive (qui mesure la chaîne logistique, l'environnement financier, sanitaire et social, et l'accès et le recours à la planification familiale), le Bénin présente un niveau de sécurité contraceptive relativement faible, laissant entendre la nécessité d'initiatives supplémentaires pour accroître la disponibilité de la planification familiale.¹³

Le gouvernement béninois s'est aussi engagé, sur le plan régional, à accroître le recours aux services de planification familiale. En février 2011, il a formé avec huit autres gouvernements d'Afrique occidentale francophone et leurs partenaires techniques, le Partenariat de Ouagadougou dans le but d'accroître l'utilisation des services de planification familiale par le biais de l'engagement politique, de l'aide des donateurs et d'un plan d'action opérationnel.¹⁴ En septembre 2011, le Partenariat de Ouagadougou s'est élargi pour admettre la participation de la société civile à ses efforts.² Sans tarder, la Direction

de la Santé de la Mère et de l'Enfant, chargée de la coordination des activités de planification familiale, établissait la Feuille de route pour la planification familiale, cadre central à l'intention de tous les intervenants étatiques, donateurs et de la société civile concernant les interventions nécessaires à sa promotion au Bénin.

Le gouvernement béninois a mis en œuvre plusieurs mesures de poursuite de cet objectif. Par exemple, toutes les structures de santé du secteur public doivent proposer des services de planification familiale dans le cadre de leur offre minimale de services.¹⁵ Ces services ne sont malheureusement pas toujours disponibles, en particulier dans les milieux ruraux et difficiles d'accès, en raison souvent d'une pénurie de prestataires. Le gouvernement soutient par ailleurs l'effort à travers l'exonération fiscale des organisations non gouvernementales à l'importation de produits contraceptifs.² Il s'est également engagé à donner aux adolescents et aux jeunes un accès gratuit à la contraception moderne dans les structures de santé publiques d'ici 2015.¹⁶

Pour améliorer la pratique contraceptive, il faut lever les obstacles qui s'y opposent

Parvenir, ou non, à atteindre l'objectif d'une prévalence contraceptive moderne de 20% d'ici 2018 dépendra largement de l'efficacité des politiques et des programmes mis en œuvre. Malgré les progrès réalisés sur la voie de la réduction de la fécondité, l'intervention doit être intensifiée pour lever les obstacles qui empêchent les femmes d'exercer le droit qui leur appartient d'avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent, au moment

où elles les désirent et, à cette fin, de recourir volontairement à une planification familiale sans risques. D'après les données existantes sur les besoins contraceptifs des femmes et les obstacles à la pratique, diverses mesures permettraient de lever ces obstacles et de promouvoir la pratique contraceptive.

Améliorer la disponibilité et la qualité des services contraceptifs.

Les Béninoises déclarent pratiquer un large éventail de méthodes, de courte ou longue durée et permanentes. La décision de pratiquer une méthode particulière dépend des circonstances et des préférences de la femme, qui peuvent varier dans le temps. Malgré la grande variété de méthodes disponibles dans le pays, les ruptures de stocks, pour cause de prévision insuffisante des besoins contraceptifs et retards de livraison, ne sont pas rares.¹⁷ Tous les centres de santé et toutes les pharmacies ne sont par ailleurs pas aptes à dispenser tous les types de méthodes et l'offre limitée est particulièrement fréquente dans les milieux ruraux. En 2013, 40% seulement des structures de santé déclarent proposer le DIU et 39%, l'implant.¹ La formation insuffisante à la prestation des MLD, dans les cliniques du secteur public aussi bien que privé, rend ces méthodes inaccessibles à de nombreuses femmes.¹⁸

Les femmes désireuses de contraception devraient bénéficier d'un large éventail de choix, qui leur permette d'identifier la méthode la mieux adaptée à leurs circonstances et à leurs besoins. Lors des consultations sur la contraception, les femmes doivent être pleinement informées des différents types de contraceptifs disponibles et

des avantages, inconvénients et taux d'échec de chaque méthode. Il est aussi important d'informer adéquatement les femmes sur les effets secondaires potentiels et, le cas échéant, sur la façon de les gérer, ainsi que de leur donner l'occasion, au besoin, de changer de méthode.

L'Association Béninoise pour le Marketing Social (ABMS) a élaboré un modèle intéressant de prestation de services contraceptifs de qualité. Son réseau ProFam, formé de 57 cliniques du secteur privé, offre un large éventail de services de santé, y compris la planification familiale et une gamme complète d'autres services de santé reproductive.¹⁹ L'ABMS s'est en outre associée à 107 cliniques privées et offre du soutien technique au 51 centres de santé publics, dans le but de renforcer leur capacité de prestation d'une gamme de méthodes contraceptives, MLD comprises. L'organisation forme les prestataires à l'insertion du DIU et de l'implant, elle procure les fournitures contraceptives et elle suit et évalue les performances des prestataires de la contraception. La formation de nouveaux partenariats tels que la très productive association entre l'ABMS et les centres de santé publics, offre une stratégie potentielle d'accroissement de la disponibilité de contraceptifs et d'amélioration de la qualité du conseil contraceptif.

Les problèmes d'accès font toujours obstacle à la pratique contraceptive de près d'une femme sur 10 dans les milieux ruraux et dans les ménages plus démunis, souvent établis en milieu rural aussi.⁴ Il convient d'améliorer l'accès, pour les femmes rurales et plus démunies

en particulier, pour que toutes les femmes puissent éviter les grossesses qu'elles ne désirent pas. Dans les régions isolées en particulier, l'assurance de la disponibilité des MLD limitera le nombre de visites requises pour le réapprovisionnement en contraceptifs. L'organisation de cliniques de planification familiale mobiles, au service des régions difficiles d'accès, offre une stratégie potentielle d'accès à une plus grande couverture des services de contraception. Cette approche dans la zone de Djougou a fait gonfler le nombre de nouvelles utilisatrices de la planification familiale et monter la prévalence contraceptive, de 1% en 2009 à 12% en 2013.²⁰ Autre stratégie, les agents de santé communautaire peuvent assurer les services de planification familiale dans les régions isolées. En 2015, un projet pilote de formation de ces agents, également appelés *aides-soignants*, à l'offre de l'injectable, du préservatif et de la pilule, a été inauguré dans quatre quartiers de la commune d'Adja-Ouèrè.²¹ Le projet a depuis lors été mis en œuvre avec succès dans plus d'une douzaine de pays d'Afrique subsaharienne, où il a reçu de nombreuses évaluations positives.²²

Répandre la connaissance de la planification familiale. Si la grande majorité des Béninoises ont entendu parler des méthodes de contraception modernes, elles ne disposent pas toutes d'une information correcte et complète sur ces méthodes et, parmi celles qui présentent un besoin non satisfait, certaines ne savent rien de la contraception. Il existe donc un besoin de sensibilisation accrue à la planification familiale et de garantie que toutes les femmes disposent d'une information complète sur

toutes les méthodes contraceptives disponibles et sur l'endroit où se les procurer. Les résultats d'enquête selon lesquels les femmes invoquent souvent une activité sexuelle rare et l'allaitement maternel comme raisons d'absence de contraception sont peut-être indicateurs de malentendus concernant le risque de grossesse et le retour à la fertilité après une naissance. Les femmes doivent aussi être mieux informées sur le moment où elles courent le plus grand risque de grossesse.

Les médias offrent une stratégie efficace de transmission d'information sur la planification familiale à une grande proportion de la population.²³ Au Bénin, des campagnes de messages sur la planification familiale ciblent régulièrement les femmes en âge de procréer, les adolescentes et les hommes. Étant donné que les segments ruraux et pauvres de la population ne bénéficient cependant pas nécessairement d'un accès régulier aux médias, d'autres stratégies d'accès à ces groupes seraient utiles : par exemple, l'organisation de présentations culturelles et éducatives, l'accès aux femmes dans les écoles et dans les lieux de culte, ou les interventions sur les réseaux sociaux. Ainsi, le projet Tékponon Jikuagou financé sur cinq années par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), a tenté de réduire le besoin non satisfait de planification familiale en recrutant un petit nombre de responsables et groupes influents de la communauté et en les invitant à répandre les messages de la planification familiale à travers leurs réseaux sociaux.²⁴ Le projet a réussi non seulement à élargir la communication sur la planification familiale au sein de ces

réseaux, mais à accroître aussi la prévalence contraceptive.²⁵ Une autre stratégie cherche à accroître la sensibilisation à la « Ligne Verte 7344 », une permanence gratuite créée par l'ABMS que les abonnés aux réseaux téléphoniques MTN, Moov, et BBCOM peuvent appeler pour contacter des agents formés à la planification familiale et leur poser leurs questions de santé reproductive ou générale.¹⁹ Ce service est accessible, dans les milieux ruraux et difficiles d'accès. Le succès du projet se révèle dans l'important volume d'appels reçus : en 2014, la Ligne Verte le 7344 a répondu à plus de 137 000 questions.

Les besoins varient souvent d'un sous-groupe à l'autre et l'information doit être adaptée en conséquence. Par exemple, les femmes célibataires peuvent chercher à éviter une grossesse tandis que leurs aînées mariées désirent limiter leur fécondité : ces deux groupes doivent pouvoir accéder à différents types d'information. Le recours à la stratégie des pairs éducateurs peut être utile à cet égard. Ainsi, en 2011–2013, l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille, avec l'appui du projet RESPOND, a formé 100 jeunes pairs éducateurs et leur a fourni une bicyclette pour la distribution de préservatifs et la promotion de la planification familiale auprès de leurs pairs.²⁶ D'après une recherche antérieure, dans 22 pays, l'information relative à la santé reproductive est souvent mieux reçue quand elle provient de pairs.²⁷

Éliminer les obstacles socio-culturels à la contraception.

Les obstacles socioculturels à la contraception restent considérables. L'opposition à la pratique, émanant du conjoint ou

du partenaire surtout, n'a pas diminué depuis 2006. L'approbation masculine de la planification familiale est indispensable à la hausse de la prévalence contraceptive.⁸ Comme dans beaucoup d'autres pays d'Afrique toutefois, le Bénin conserve une culture nataliste, où les hommes accordent souvent de l'importance aux familles nombreuses. En dépit de campagnes visant à encourager l'implication des hommes dans la planification familiale, un plus grand effort de promotion de la discussion et de la pratique contraceptive est nécessaire parmi les hommes et les couples.² En 2007, une étude menée dans 10 pays, dont le Bénin, a révélé que les femmes sont plus susceptibles de pratiquer la contraception moderne quand elles ont parlé de la planification familiale avec leur partenaire.²⁸

Parmi les célibataires jamais encore mariées qui présentent un besoin non satisfait, le fait de n'être pas mariée est la raison la plus fréquente de l'absence de pratique contraceptive, signe probable de la désapprobation sociale de l'activité sexuelle et de la pratique contraceptive parmi les femmes jeunes et célibataires. Les services de planification familiale doivent répondre aux besoins de toutes les femmes, indépendamment de leur état matrimonial ou de leur âge. L'ABMS a implanté récemment un réseau de 15 centres jeunes Amour et Vie offrant des services de santé sexuelle et reproductive sensibles aux besoins des jeunes à travers le Bénin.¹⁹ En 2014, plus de 81 000 jeunes se sont rendus dans ces centres et, durant les deux premières années, la pratique contraceptive est passée de 58% à 62% parmi les adolescentes célibataires sexuellement actives

scolarisées ou formées dans les zones d'intervention de ces centres.²⁹

Les chefs religieux sont aptes à influencer les opinions de leurs fidèles sur la question de la planification familiale. Au Bénin, il n'est pas rare qu'ils la dénigrent.³⁰ Aussi, les programmes axés sur l'approbation de la planification familiale parmi les chefs religieux peuvent-ils réduire les obstacles socioculturels à la contraception. En septembre 2015, par exemple, le programme Health Policy Project de l'USAID a mené une formation à l'intention de 26 chefs religieux de toutes confessions sur la manière d'aborder la planification familiale dans leurs communautés.¹⁷

Conclusion

Bien que le Bénin ait réalisé de nets progrès dans la réduction de sa fécondité, de plus grands efforts sont nécessaires pour assurer aux femmes qui le désirent la capacité de différer ou de limiter leurs maternités. Les plus grands obstacles à la pratique contraceptive sont les craintes d'effets secondaires et les préoccupations de santé associées aux méthodes et qui dissuadent les femmes de les utiliser, de même que l'opposition à la contraception. Il importe de surmonter ces obstacles, parmi d'autres, et de favoriser ainsi le progrès vers la résolution du besoin non satisfait de planification familiale. Mais surtout, aider les femmes et les couples à limiter leur famille au nombre d'enfants désiré permettra à plus de Béninoises de vivre une vie plus saine et plus productive, d'améliorer la survie et le bien-être de leurs enfants, et de contribuer au développement économique et social.

RÉFÉRENCES

1. Direction de la Santé de la Mère et l'Enfant, Ministère de la Santé, République du Bénin, *Plan d'action national budgétisé pour le repositionnement de la planification familiale 2014–2018 au Bénin*, Cotonou, Bénin : Direction de la Santé de la Mère et l'Enfant, 2013.
2. Attama Dissirama S, *Repositioning Family Planning in Benin: A Baseline*, Washington, DC, États-Unis : Futures Group, 2012.
3. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011–12*, Calverton, MD, États-Unis : ICF International et Cotonou, Bénin : INSAE, 2013.
4. Tableaux de données spéciaux de l'Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011–2012.
5. INSAE et Macro International, *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) - Bénin 2006*, Calverton, MD, États-Unis : Macro International et Cotonou, Bénin : INSAE, 2007.
6. Winner B et al., Effectiveness of long-acting reversible contraception, *New England Journal of Medicine*, 2012, 366(21):1998–2007.
7. Tableaux de données spéciaux de l'Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2006.
8. Kimuna SR et Adamchak DJ, Gender relations: husband-wife fertility and family planning decisions in Kenya, *Journal of Biosocial Science*, 2001, 33(01):13–23.
9. Pearson E et Becker S, Couples' unmet need for family planning in three West African countries, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(3):339–359.
10. Bankole A et Singh S, Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):15–24.
11. Sedgh G et Hussain R, Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):151–169.
12. Ministère de la Santé et IntraHealth, Évaluation rapide de la planification familiale au Bénin, Cotonou, Bénin : Ministère de la Santé et Chapel Hill, NC, États-Unis : IntraHealth, 2012.
13. United States Agency for International Development (USAID) DELIVER Project, *Contraceptive Security Index 2012*, Arlington, VA, États-Unis : USAID, 2012.
14. Le Partenariat de Ouagadougou, Le partenariat, 2015, <http://partenariatouaga.org/le-partenariat/>.
15. Futures Group, *Repositioning family planning in Benin: Status of Family Planning Programs in Benin, Policy Brief*, Washington, DC, États-Unis : Futures Group, 2013.
16. Family Planning 2020, FP2020: Nouveaux Engagements Nationaux : Bénin, République Démocratique du Congo (RDC), Guinée, Mauritanie et Myanmar, 2013, http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2010/06/2013_11-14_New_Country_Commitments_to_FP2020_Benin_DRC_Guinea_Mauritania_Myanmar_FRENCH.pdf.
17. Van Boven T, USAID-Bénin, communication personnelle, 9 oct. 2015.
18. Wilson M, Association Béninoise pour le Marketing Social et la Communication pour la Santé (ABMS), Bénin, communication personnelle, 11 sept. 2015.
19. ABMS, *Rapport Annuel 2014: Objectif Impact Sanitaire*, Cotonou, Bénin : ABMS, 2014.
20. Ndour Behanzin M, Les cliniques mobiles pour améliorer l'accès aux contraceptifs modernes dans les zones rurales au Bénin, document présenté à la Conférence internationale sur la planification familiale, Addis Abeba, Éthiopie, 12–15 nov. 2013.
21. Advancing Partners & Communities, Benin's community-based access to injectable contraceptives pilot project, 2015, https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/sites/default/files/resources/apc_benin_cba2i_pilot_brief_march_2015_english_final.pdf.
22. Progress in Family Planning, Community-based access to injectable contraception: an emerging standard of practice, 2008–2013, 2013, http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/cba2i-and-progress-impact-summary_1.pdf.
23. Westoff CF et Bankole A, Mass media and reproductive behavior in Africa, *DHS Analytical Reports*, Calverton, MD, États-Unis : Macro International, 1997, No. 2.
24. Institute for Reproductive Health et Centre de Recherches et d'Appui-Soutien au Développement, *Baseline household survey report Tékponon Jikuagou Project: addressing unmet need for family planning through social networks in Benin*, Washington, DC, États-Unis : Institute for Reproductive Health; et Abomey-Calavi, Bénin : Centre de Recherches et d'Appui-Soutien au Développement, 2014.
25. USAID et Tekponon Jikuago *Results of Tékponon Jikuagou: Testing a Community Social Network Approach to Reduce Unmet Need for Family Planning*, Washington, DC, États-Unis : USAID et Tekponon Jikuago, 2015.
26. RESPOND Project, *Expanding contraceptive choice in West Africa: building the capacity of local nongovernmental organizations to program holistically, RESPOND Project Brief*, New York, États-Unis : EngenderHealth, 2013, No. 15.
27. Adamchak SE, Youth peer education in reproductive health and HIV/AIDS: progress, process, and programming for the future, *Youth Issues Paper*, Arlington, VA, États-Unis : Family Health International/Youth Net Program, 2006, No. 7.
28. Gebreselassie T et Mishra V, Spousal agreement on family planning in sub-Saharan Africa, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, États-Unis : 2007, No. 11.
29. Population Services International (PSI), Bénin, Évaluation de l'utilisation des contraceptifs modernes et de ses déterminants chez les jeunes filles élèves et apprenties de 15–24 ans des zones d'intervention du projet « Amour et Vie Plus » au Bénin, Cotonou, Bénin : PSI, 2015.
30. PSI, Bénin, Déterminants du soutien des leaders religieux à la levée des barrières à la planification familiale, Cotonou, Bénin : PSI, 2013.

CRÉDITS

Ce dossier *En Bref* a pour auteurs Sophia Chae et Vanessa Woog, du Guttmacher Institute, et Cyprien Zinsou et Megan Wilson, de l'Association Béninoise pour le Marketing Social et la Communication pour la Santé. Haley Ball, du Guttmacher Institute, en a assuré la révision. Les auteurs remercient, pour leur commentaires, Gervais Beninguis-



Association Béninoise pour le Marketing Social
Lot 919 Sikècodji
08 BP 0876 Tri postal
Cotonou Bénin
Tel: + 229 21 32 77 13/14
mwilson@abmsbj.org

<http://www.abmsbj.org>



125 Maiden Lane
New York, NY 10038 USA
Tel: 212.248.1111
info@guttmacher.org

www.guttmacher.org