

LE SERVICE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : UNE OFFRE MARGINALE AUX ADOLESCENTS AU NORD DU BENIN

Loukoumanou ADAM NOUHOUN

*Doctorant en Sociologie du Développement,
Université d'Abomey Calavi au Bénin,
loukmanadam@gmail.com;*

Abou-Bakari IMOROU, Professeur Titulaire/CAMES,
*Enseignant – Chercheur,
Département de Sociologie-Anthropologie, FASH, UAC, Bénin;
aimorou@yahoo.fr*

Résumé

Les adolescentes et les jeunes filles contribuent largement à la médiocrité des indicateurs de l'ODD 3. Elles sont sous représentées dans la fréquentation des structures sanitaires et sont peu touchées par les programmes de Santé Reproductive/Planification Familiale, y compris ceux à destination des jeunes. Ceci est particulièrement vrai pour certaines catégories d'adolescentes qui vivent des situations de vulnérabilité et sont isolées socialement. Cette recherche a pour objectif d'analyser l'influence des politiques publiques de santé sexuelle et reproductives (SSR) sur la demande de SSR chez les adolescentes en milieu baatonu. De nature essentiellement qualitative, elle est réalisée à partir d'une démarche socio-anthropologique classique basée sur l'enquête de terrain. Au total, 33 entretiens et 4 focus groups réalisés auprès d'adolescentes non scolarisées ou déscolarisées précocement, mariées très jeunes, employées domestiques, jeunes vendeuses, et d'acteurs sociaux et institutionnels, ont permis de décrypter les logiques, les représentations et perceptions par rapport à l'offre du service de SSR. L'analyse des discours des différents acteurs révèle une défaillance notamment en ce qui concerne le comportement des agents publics concernés par l'offre de ce service. L'influence de l'organisation sociale baatonu sur la demande de ce service est également ressortie dans les discours, sans occulter les normes sociales et les croyances religieuses en lien avec la demande de ce type de service sur cette aire socioculturelle. Une meilleure prise en charge des préoccupations des adolescentes en matière de SSR permettrait de limiter les cas d'avortement et maternités au jeune âge.

Mots clés : *Politique publique, Santé sexuelle reproductive, Adolescente, Kandi*

Summary

Adolescent girls and young girls largely contribute to the mediocrity of SDG 3 indicators. They are under-represented in the attendance of health structures and are little affected by Reproductive Health / Family Planning programs, including those at destination to young people. This is particularly true for certain categories of adolescent girls who experience situations of vulnerability and are socially isolated. This research aims to analyze the influence of public sexual and reproductive health (SRH) policies on

the demand for SRH among adolescent girls in Baatonu settings. Essentially qualitative, it is carried out using a classic socio-anthropological approach based on the field survey. In total, 33 interviews and 4 focus groups carried out with adolescents who did not attend school or dropped out early, married very young, domestic workers, young saleswomen, and social and institutional actors, made it possible to decipher the logics, representations and perceptions of the SSR service offer. The analysis of the speeches of the various actors reveals a failure, in particular with regard to the behavior of the public officials concerned by the offer of this service. The influence of the Baatonu social organization on the demand for this service was also evident in the speeches, without obscuring the social norms and religious beliefs related to the demand for this type of service in this cultural area. Better handling of adolescent SRH concerns would reduce early childbearing and abortion cases.

Keywords: Public policy, Reproductive sexual health, Adolescent girl, Kandi

Introduction

La cinquième Enquête Démographique et de Santé (2017-2018) au Bénin rapporte que le taux de fécondité des adolescents est de 94 pour mille et que plus d'un tiers (32,2 %) de ces adolescents ont déjà un enfant à 19 ans et contribuent à environ 21% de la fécondité (EDBS, 2018). L'âge au premier rapport sexuel est souvent précoce : 16% des filles et 24% des garçons âgés de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Par ailleurs, le taux d'utilisation de la contraception chez les adolescents de 15 à 19 ans est de 8,2% et de 9,6% chez les jeunes de 20 à 24 ans (EDS5). Ces données traduisent qu'il existe encore un nombre très important d'adolescents et jeunes qui ne sont pas touchés ou qui n'utilisent pas la contraception bien que 71% des adolescents et 76% des jeunes pensent que l'utilisation des préservatifs pourrait réduire considérablement le risque de contracter une grossesse non désirée et protéger contre le VIH. Les jeunes béninois vivent dans une atmosphère de précocité de vie sexuelle qui les expose aux grossesses non désirées, aux avortements clandestins et dangereux, aux IST/VIH/SIDA. Les adolescents représentent une forte proportion parmi les victimes des nouvelles infections à VIH – Sida, de la mortalité maternelle, des avortements à risques, de mariages et grossesses précoces. C'est également parmi eux que l'on note une forte proportion de femmes qui expriment des besoins non satisfaits en matière de contraception / planification familiale. Cependant, malgré la diversité des situations et le nombre important de jeunes filles en situation de vulnérabilité, une importante proportion de celles-ci n'est pas effectivement touchée par les programmes de développement

(jeunesse, santé, santé sexuelle et de la procréation). Il urge alors de s'intéresser à la situation des jeunes filles souvent vulnérables qui semblent être comme des « filles laissées pour compte ».

C'est donc pour mieux cerner les difficultés rencontrées par les adolescentes et les jeunes filles et ce qui constituent des goulots d'étranglement à leur demande des services de santé sexuelle et reproductive que nous avons initié cette recherche. C'est en somme une recherche qui s'opère dans un contexte de pluralité d'acteurs, de logiques et de normes, que nous nous proposons d'analyser chez les *Baatombu* de Kandi au Nord du Bénin.

1. Approche méthodologique

De nature essentiellement qualitative, cette recherche s'est réalisée en deux volets : un volet recherche documentaire et un volet recherche empirique. Le premier a consisté à réaliser une revue documentaire au niveau des structures nationales sous tutelle des ministères en charge de la santé, de la famille et de la jeunesse en vue de faire le point des politiques et stratégies nationales en matière de promotion des droits de la femme et de la jeune fille en matière de santé de la reproduction.

Quant au volet recherche empirique, il a consisté en une collecte de données de premières mains *in situ*. Ce volet de type socio-anthropologique a porté sur les diverses perceptions, les usages locaux autour de la PF, les contradictions entre les règles juridiques officielles encadrant les pratiques des acteurs et les normes sociales de référence de ces derniers. Au-delà des écrits sur la question, cette recherche a permis d'aller prendre connaissance de façon empirique, de la situation des jeunes filles dans l'aire culturelle baatonu. Les conditions générales de l'adolescente et de la jeune femme, la question qui touche à la santé de la reproduction, les facteurs sociaux favorables ou défavorables à la promotion de la santé de la reproduction, les normes sociales régissant le comportement des acteurs sont également abordés.

Elle a permis également d'appréhender les facteurs favorables ainsi que les obstacles au succès des différentes interventions menées jusque-là. Les informations ont été collectées sur la base des entretiens individuels (33 au total) et de quatre (4) *focus groups* ; un échantillon qui a été constitué suite à l'atteinte du seuil de saturation thématique et empirique. Les entretiens individuels ont été menés avec les acteurs de

la communauté (filles, parents, autorités locales, personnes ressources locales) et quelques cadres des ministères concernés. L'usage des entretiens individuels avec les acteurs de la communauté se justifie principalement par le fait que les questions liées à la sexualité en général et à la santé reproductive en particulier comportent des dimensions intimes difficiles à aborder en groupe dans les sociétés béninoises et particulièrement chez les *baatombu* (A-B Imorou, 2015). Or, il se trouve que cette question reste une affaire individuelle et non de groupes. C'est pourquoi nous avons préféré utiliser les techniques d'entretiens individuels avec ces acteurs de la communauté.

Les *focus groups*, quant à eux, ont été conduits avec les prestataires des services de santé et quelques autorités locales, les ONG et OSC. Dans les deux cas, nous avons élaboré un canevas d'entretien qui nous a permis de collecter les données. L'approche a privilégié les entretiens semi-directifs. Par ailleurs, l'observation (directe et indirecte) a été utilisée comme technique de collecte des données, selon les opportunités qu'offre le terrain. La combinaison de ces techniques a offert l'avantage de confronter les discours des acteurs à leurs pratiques quotidiennes.

2. Résultats et discussion

2.1- Présentation du cadre de recherche

La commune de Kandi est le chef-lieu du département de l'Alibori. Elle est située à plus de 650 Km de Cotonou et à 215 Km de Parakou. Deuxième plus grande commune productrice de coton après celle de Banikoara, Kandi se trouve dans la zone agro écologique du bassin cotonnier. Elle est limitée par les communes de Malanville (Nord), Gogounou (Sud), de Ségbana (Est) et de Banikoara (Ouest). Elle s'étend sur une superficie de 3421 km², soit environ 13% de l'ensemble du département. Son relief est constitué de plateaux de grès entaillés par les vallées de la Sota (250km) et l'Alibori (338 Km) qui délimitent la commune à l'Est et à l'Ouest. On distingue par endroit des collines faites de roches dures telles que le granite et le quartzite. Les sols sont de type ferrugineux tropical et la végétation est constituée de savane herbacée, arbustive et arborée avec quelques forêts galerie. Cette végétation abrite une faune variée d'éléphants, de buffles, de céphalophes, de bubales.

Le réseau hydrographique est dense. La commune de Kandi est drainée par les rivières du bassin versant du Niger à l'exception du Mékrou qui longe la frontière Bénino - Burkinabé à l'extrême Ouest. Elle est donc arrosée par les affluents de l'Alibori et de la Sota. Le climat de la commune de Kandi est du type soudanais caractérisé par deux saisons contrastées, une saison pluvieuse de mai à octobre et une saison sèche de novembre à avril. Les mois de décembre, janvier et de février sont marqués par une sécheresse absolue caractérisée par un vent sec et froid (l'harmattan). Les hauteurs annuelles de pluie varient considérablement entre 700 et 1400 mm. Mais avec les changements climatiques, on observe souvent de décalage sensible dans l'installation des pluies et leur mauvaise répartition. La plus faible quantité d'eau recueillie depuis plus de trente ans était de 655 mm en 1988 et la plus forte est de 1379 mm en 1998 (Atlas monographie des communes du Bénin). La commune est accessible par la Route Nationale Inter Etat N° 2 Cotonou – Malanville et la Route Nationale Inter Etat N°7 Banikoara – Ségbana frontière Nigéria (SAMIA).

2.2- Brève contextualisation de la santé sexuelle et reproductive au Bénin

La Santé de la reproduction (SR) au Bénin a été pendant longtemps assimilée à la Planification Familiale (PF). Cette dernière est, en effet la première forme de la Santé de la Reproduction qu'a connue le pays, à l'instar de la plupart des autres nations africaines. Celle-ci s'entend comme « l'ensemble des méthodes permettant aux parents de décider du nombre et de l'espacement des naissances, et en particulier des méthodes permettant d'éviter la grossesse » (SWISS/TPH, 2017, p. 13). En d'autres termes, la Planification Familiale est un ensemble de mesures et de moyens mis à la disposition des individus, des couples et de la communauté pour la maîtrise de la fécondité du couple (DSME, 2010). Autrement dit, ce qui importait, c'était d'avoir des populations peu nombreuses, en harmonie avec la nécessité du développement. Les activités de santé de la reproduction, notamment la planification ont démarré au Bénin avec le Projet santé maternelle et infantile et la planification familiale à partir de 1982. Mais, il faut souligner que l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) menait depuis sa création en 1970 des activités de sensibilisation et plus tard de services en planification familiale. Ces activités de PF, permettent

également d'assurer la santé de la mère et celle des enfants. Ceci a permis d'étendre progressivement le champ de la santé de la reproduction. Celui-ci prend désormais en compte la santé sexuelle et la régulation de la fécondité. Dans cette perspective, les dimensions telles que la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, l'infécondité, les infections génitales, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA, les cancers de sein et de l'appareil génital, les morbidités et les mortalités maternelles et infantiles ainsi que les mutilations et les violences sexuelles sont désormais du domaine de la Santé de la Reproduction. Cela dit au Bénin, la question de la SR déborde largement le seul « aspect technique de la Planification Familiale, en considérant les différents facteurs et motifs affectant les comportements reproductifs, tels que le rôle des hommes, les relations de pouvoir entre les sexes, le statut de la femme, le rôle des institutions sociales dans les stratégies de reproduction de même que dans les choix individuels » (SWISS/TPH, 2017, p. 13). Elle embrasse un large spectre de champs dans la santé publique. Dès lors, les services de planning familial sont disponibles pour tous (femmes, hommes, adolescents et jeunes, personnes célibataires et mariées...). Cependant, l'accès à ces services pour les adolescentes et les jeunes filles se heurte à de nombreuses difficultés d'ordre socioculturel et économique ainsi qu'à celle institutionnelle notamment en ce qui concerne les relations entre les personnels de santé et les bénéficiaires, au sens où l'ont défini Yannick Jaffré & Jean-Pierre Olivier de Sardan, (2003, p. 127) : « L'accueil [...] en référence aux manières de recevoir les gens, de les écouter et de leur parler en tant qu'individus [...] ce sont toutes les manières de considérer (regarder, écouter, parler avec) l'autre tout au long d'un face-à-face [...] »

Les données relatives au domaine de l'accès aux structures de soins en matière de planification familiale surtout pour les adolescentes et jeunes révèlent que la question spécifique de l'influence des relations entre les personnels de santé et les jeunes filles en particulier n'a pas été suffisamment explorée (B. Bationo, 2012). Elles révèlent en outre que la demande des services par les adolescents et jeunes ne correspond pas à l'offre qui est disponible pour cette catégorie. En somme, cette recherche s'inscrit dans un cadre théorique de délivrance des services publics de la santé.

2.3- Les acteurs impliqués dans la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et jeunes à Kandi

L'Etat béninois à travers ses structures déconcentrées et services compétents est le premier acteur dans l'offre du service de santé sexuelle et reproductive aux jeunes et adolescents dans la commune de Kandi. Le CPS est l'un service déconcentré du ministère en charge de la famille qui s'occupe des questions en rapport avec les couches sociales vulnérables en l'occurrence les jeunes. Dans le cadre de ses activités, le CPS a inscrit dans le Plan de Travail Annuel (PTA), des rubriques d'actions à l'endroit des jeunes en général et en particulier des jeunes filles victimes de violation de leur droit (abus sexuel, mariage précoce, harcèlement sexuel etc.). Ces activités sont financées d'une part par le budget national et par les partenaires techniques et financiers d'autre part. Au nombre des partenaires les plus présents aux côtés du CPS, on retrouve actuellement l'UNICEF, le FNUAP et Plan Bénin. Les activités mises en œuvre par le CPS tournent autour des séances de sensibilisation (prévention), de prise en charge des jeunes victimes de traite de violences et d'abus. Dans un espace en pleine mutation sociale où les conflits naissent entre les anciens et les plus jeunes, la Coopération Suisse a appuyé en 2015 pour le compte du CPS, le programme dénommé « Dialogue intergénérationnel ». Il s'agit à travers ce programme de mettre ensemble les jeunes et les personnes du troisième âge pour discuter autour d'un thème donné. Le CPS œuvre en collaboration avec le centre des Jeunes Amour et vie, l'ABPF, les ONG spécialisées en santé reproductive.

Par ailleurs, l'hôpital de zone, structure étatique qui est le centre de référence dans la commune de Kandi, s'intéresse plus aux conséquences sanitaires liées à la sexualité des jeunes. Au nombre de ceux-ci, on peut retenir :

- des infections sexuellement transmissibles et VIH /SIDA ;
- des déchirures lors de l'accouchement à cause du bassin rétréci dues aux grossesses précoces ;
- des complications liées aux accouchements précoces ;
- l'accouchement à domicile des jeunes filles ;
- l'utilisation de certaines plantes pour accélérer le travail chez la jeune parturiente dont les organes génitaux n'étaient pas développés, pour échapper à la césarienne. A ce niveau aussi, il y a possibilité de rupture utérine ;

- les avortements mal faits et les abandons d'enfants après l'accouchement parce que la société ne tolère pas la naissance des enfants hors mariage ;
- la consommation des produits contenant de l'amphétamine pour satisfaire le plaisir des nombreuses femmes pour les jeunes hommes qui ont plusieurs femmes.

Le centre de santé communal et l'Hôpital de Zone offrent les méthodes de planification familiale. Plusieurs jeunes femmes mariées sollicitent les services de la PF surtout pendant les campagnes de gratuité et quelques rare fois les jeunes filles non mariées sollicitent discrètement ce service par crainte d'être critiquées ou stigmatisées.

Les pharmacies officielles offrent également des services en matière de santé sexuelle et reproductive. La recherche a révélé qu'il y a une multitude de jeunes filles qui demande dans les pharmacies, des produits à prendre pour grossir (prendre du poids). Les filles utilisent cette pratique pour se faire ronde (grosse) afin de très vite plaire aux hommes. Les produits le plus souvent demandés par les jeunes filles et jeunes dames en pharmacie sont des produits de contraception et des aphrodisiaques.

Ces services étatiques et paraétatiques que sont le CPS, l'hôpital et les pharmacies collaborent aussi avec les ONGs ALAFIA, CEPRODEC, GRADH, ODeVIC, Equi-fille appuyée par CARE Bénin Togo pour une prise en charge optimale des services de santé sexuelle des jeunes et adolescents.

Toutefois, on note un ralentissement et une limitation des prestations de ces structures quant à l'offre de ce service. Les raisons évoquées sont multiples et multiformes à savoir entre autres le manque de financements pour leurs activités, de matériels adéquats, du personnel spécifiquement formé pour cette tâche.

Les jeunes et adolescents sont aussi impliqués dans cette activité et sont formés en vue de sensibiliser leurs pairs. Selon certains acteurs, la participation des jeunes dans les projets sur la SSR n'est pas un problème ; c'est plutôt une initiative à encourager car les jeunes se sentent plus à l'aise à parler de sexualité avec leurs pairs. Parlant de cette implication des jeunes, un acteur de la société civile explique :

« ...On ne peut pas travailler sur la SSR des jeunes sans les y impliquer. C'est d'abord les premiers

acteurs. Nous travaillons toujours avec eux dans toutes les activités liées à la SSR... ça nous permet d'atteindre la grande masse ». (Animatrice de zone de l'ONG Alaafia à Kandi, 06/09/2019).

Ils bénéficiaient d'un financement qui malheureusement est arrivé à termes depuis plus de cinq ans. Dès lors, les activités entrant dans le cadre de ce projet ont également pris fin. Cela pose le problème de légitimité de l'action publique (A. A. Mossi, 2016) dans la mesure où le secteur de la santé sexuelle et reproductive apparaît comme un secteur de « rente discrète » pour les ONGs et autres agents de l'Etat (N. Bako-Arifari, 2007). Elle leur permet d'avoir accès aux guichets des agences de développement ou de participer à des colloques, congrès et séminaires divers. La santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescentes apparaît comme un instrument pour atteindre plusieurs fins. D'où les usages multiples dont elle est l'objet. Elle apparaît avant tout comme un canal de légitimation des discours développementistes (Olivier de Sardan, 1995) aussi bien de l'Etat que des bailleurs de fonds qui pensent par ce canal atteindre « les jeunes » cibles souvent affirmés des actions de développement. Ici, le discours sur la santé sexuelle et reproductive est plus performatif que l'action elle-même (N. Bako-Arifari, 2007).

2.4- L'offre des services de santé sexuelle et reproductive aux jeunes à Kandi

La commune de Kandi fait partie des premières à bénéficier des appuis des partenaires dans le département de l'Alibori. Toutefois, la question de la santé sexuelle et reproductive des jeunes reste un problème fondamental. Autrement dit, la demande des services de santé sexuelle et de reproduction par les jeunes et adolescents est très faible dans cette commune.

« Nous n'avons pas de service adapté pour les jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive. Cette question paraît un tabou dans la localité » (Dr O. D. Médecin à l'Hôpital de Kandi, 08/09/2019)

Cet aveu d'un responsable de l'hôpital de référence corrobore cette affirmation d'un acteur de la société civile qui s'exprime en ces termes :

« Ce sont les femmes mariées qui fréquentent plus le centre en matière de la PF. Il s'agit des jeunes femmes qui se sont mariées et qui ont commencé par faire des enfants et désirant espacer les naissances. A Kandi, il est souvent rare de voir une jeune fille venir au centre pour adopter une méthode ; elles préfèrent tomber enceinte pour avorter que de se planifier. » (G. D. Membre d'ONG à Kandi le 10 09 2019)

En dépit de la mise en place des stratégies avancées assurées par les agents de santé et les relais communautaires, et malgré les campagnes grand public périodiques qui sont organisées dans le cadre des activités des différents prestataires, l'hôpital de référence de la commune peine à offrir ce service de santé sexuelle aux jeunes. L'inexistence de ce service pourrait trouver son fondement dans les perceptions et les pratiques socioculturelles propres à toute cette aire socioculturelle baatonu. Il serait également loisible d'évoquer entre autres facteurs de la sous-exploitation des services, la sous-information des jeunes et le secret/tabou qui entourent les questions relatives au sexe.

« Ces couches interdites d'aller au sexe ont du mal à exposer leur problème de santé lié au sexe » (Personnel soignant, Hôpital de Kandi, 08/09/2019)

« Même la grossesse est une honte pour les jeunes filles mariées dans cette localité "qu'est-ce que tu as fait pour tomber enceinte" ? Cette question est difficile à répondre. Après 4 mois de grossesse, elles disent qu'elles sont malades, mais ne déclarent jamais qu'elles sont enceintes. Seul le diagnostic le révèle » (Personnel soignant, Hôpital de Kandi, 08/09/2019)

Un des facteurs qui peut aussi expliquer l'inexistence du service de santé sexuelle reproductive est bien l'absence d'un personnel exclusivement destiné à des tâches relevant de ce domaine de compétence. Les agents de santé commis à ce secteur sont des agents multifonction. L'exercice des tâches de SSRJ est pour eux une activité secondaire ou supplémentaire. Ainsi, submergés par les tâches cliniques quotidiennes, les agents ne disposent pas d'assez de marges de manœuvres pour engager des stratégies d'interventions de proximité. En lieu et place des actions en stratégies avancées, on assiste plutôt à des interventions ponctuelles et sporadiques *in situ* dans les centres de santé. Ce qui ne permet de prendre en charge toutes les filles désireuses de ce service.

2.5- L'accessibilité des jeunes filles baatonu aux services de la santé de la reproduction

2.5.1- L'accessibilité culturelle

Dans la commune de Kandi, le cliché social suscité par les filles reconnues pour solliciter les prestations de santé de la reproduction, et surtout celles de planification familiale sont, par transposition celle des femmes de joie. En effet, dans l'imaginaire des communautés, les prestations de planification familiale sont exclusivement destinées aux travailleuses de sexe ou aux personnes désireuses de s'adonner à des pratiques similaires. De ce fait, les jeunes filles qui « osent » recourir aux prestations de planning familial ou autres moyens de contraception sont considérées par leur communauté comme étant des filles de mœurs légères, sans aucune considération morale. Elles sont présentées comme des personnes non recommandables, et constituent de ce fait des contre exemples pour les autres filles.

2.5.2- L'accessibilité géographique

Il convient également de faire remarquer que dans cette commune, la disponibilité et la variété des prestations, des méthodes et des techniques relatives à la contraception est presque problématique. En effet, en dehors des formations sanitaires et des pharmacies, les points de délivrance des prestations relatives à la santé de la reproduction sont pratiquement inexistantes. Les préservatifs sont certes disponibles dans les buvettes et restaurants, de même que dans les maisons closes (chambres de passage). Mais, les jeunes filles qui

fréquentent ces points de vente de produits de contraception véhiculent une image sociale dégradante au sein de la communauté. Elles sont considérées comme étant des dépravées.

Les stratégies avancées que constituent les campagnes grand public de sensibilisation périodiques organisées dans le cadre des activités des différents acteurs intervenant dans la délivrance des services de santé de la reproduction apparaissent largement insuffisantes.

«... à vrai dire, ici au centre de santé d'arrondissement de Donwari (commune de Kandi), il n'y a rien en matière de santé de reproduction pour les jeunes, c'est seulement à l'hôpital (centre de santé communal) que les femmes peuvent se rendre pour bénéficier des services de planification familial. Il n'y a même pas de préservatif. Quand les femmes viennent chez nous, on les oriente vers le CSC ; et si par malchance la sage-femme n'est pas là on leur dit d'aller à l'ABPF à Parakou...» (O.M.Z. aide-soignante au CSA, Donwari le 22/08/20019)

Par ailleurs, Kandi constitue, l'hôpital de référence dans la zone sanitaire Kandi-Gogounou –Ségbana. De nombreuses localités de cette commune sont difficilement accessibles du fait de l'impraticabilité des voies qui y conduisent. Cette situation est plus aggravée pendant la saison des pluies. En effet, la plupart de ces localités se retrouvent pratiquement coupées du reste de la commune durant toute cette période de pluie. De ce fait, ces zones rurales enclavées demeurent faiblement couvertes par les structures s'occupant des questions de santé de la reproduction.

2.6- Normes formelles et normes pratiques en matière d'offre de services de santé sexuelle et reproductive à Kandi

Les normes sociales (la morale, faire ou ne pas faire) qui régulent les conduites des individus en fonction des générations et de l'occupation des espaces sociaux ne sont pas toujours reproduites dans les structures de santé en général et celles d'offre de service de santé reproductive en

particulier. Les espaces d'attente dans ces services sont des halls qui accueillent tous les bénéficiaires sans distinction d'âge ni de génération. Les jeunes filles et les adultes ont accès aux mêmes espaces de consultation, ce qui ne répond pas toujours à certaines spécificités de l'organisation sociale. La difficile relation entre les personnels de santé et les jeunes patientes (ou « clientes », terme utilisé par les personnels de santé pour toute personne qui se présente dans une structure de soins quel que soit le service demandé) tient aux problèmes de communication, comme le déclare une sage-femme : « Nous, les agents de santé, nous ne savons pas souvent communiquer avec les usagers, surtout les jeunes... » (Bationo, 2012, p. 26) Cela nous amène à dire que l'inadéquation entre l'organisation de l'offre de soins et les normes sociales constitue une entrave à l'utilisation des structures de soins. Car les patientes aiment la discrétion. Comme le témoigne ces propos :

« Les jeunes filles font la PF que les jeunes dames. Elles préfèrent venir la nuit pour faire la PF, alors que moi je ne monte pas la garde. Ce sont les gardes qui leur font cela et ne nous notifient pas ça » (K. S. sage-femme de Kandi, 08/09/2019)

Ce manque de discrétion dans les structures publiques fait perdre beaucoup de patientes à ces dernières. Les discours des actrices rencontrés révèlent que la majorité des personnes qui sollicitent des prestations de santé familiale recourent le plus souvent à celles offertes par le secteur informel. En effet, les prestataires de ces méthodes et techniques n'attendent pas les clients ; ils prennent le plus souvent l'initiative d'aller, eux-mêmes, au contact des utilisatrices ou clientes potentielles. En outre, l'approche de marketing développée n'est celle des produits de consommation ordinaire ; car lorsqu'il s'agit d'une nouvelle cliente, la prestataire prend d'abord le soin de laisser ses produits hors de la portée des regards d'éventuels curieux ou témoins. Elle va ensuite à la rencontre de la cliente potentiel identifiée. S'il y a des gens avec elle ou dans les environs, la prestataire du secteur informel prend au préalable le soin de l'amener à l'abri des oreilles indiscrettes avant de l'entretenir sur la nature des produits qu'elle désire mettre à sa disposition. A les apercevoir, leur conversation présente une forme de causerie confidentielle. Du coup, le caractère personnalisé et

discret de l'offre informelle des services de santé de la reproduction est à la base de son succès dans la commune de Kandi. Le non-respect de ces deux dispositions conduirait presque automatiquement à la mévente et, si les mesures correctives ne sont pas apportées à temps, à la faillite et donc à la disparition du secteur formel au profit de l'informel. Car les intervenants de ce secteur sont essentiellement mus par une logique de business.

Par contre, au niveau des prestations du secteur formel, délivrées dans les structures qui relèvent des services de l'Etat, le non-respect de ces deux critères n'a presque aucune incidence sur la carrière professionnelle des agents. Les structures enregistrent certes, une baisse significative de la fréquentation ou l'absence quasi-totale de demandes des services de planification familiale. Mais le salaire et l'emploi du personnel de ces établissements publics n'en sont nullement impactés.

2.7- Le manque de confidentialité comme facteur de blocage des demandes en santé sexuelle et reproductive

Plusieurs préoccupations sont intériorisées par les jeunes et adolescents qui visitent les centres de prise en charge en matière de santé sexuelle et reproductive : Comment se rendre dans ces services sans être vu ? Comment être certain que le personnel de santé pourra garder cette relation secrète compte tenu du grand nombre d'agents présents parfois dans une salle de consultation ? Il y a également cette honte qui intervient lorsque la patiente est en interaction avec un professionnel de santé masculin. Elle accentue la distance entre les jeunes filles et les personnels de santé. Les jeunes filles refusent ainsi de se déshabiller pour l'examen clinique, ou bien elles sont gênées de s'exprimer en présence d'un homme.

« Généralement, elles ont honte de s'exprimer. Pour les examiner, ce n'est pas facile, il faut beaucoup bavarder. Pour moi, elles n'aiment pas qu'on comprenne leur secret, elles n'aiment pas qu'on voit leur intimité, elles n'aiment pas qu'on les voit nues. Si tu enlèves leurs pagnes, elles le reprennent... » (B. A. R. Aide-soignante, stagiaire à la maternité de Donwari, entretien du 13/03/2020)

Cette honte peut également être due à la présence d'un effectif pléthorique des personnels de santé dans les salles de consultations, toute chose qui pourrait empêcher les adolescentes de se sentir à l'aise.

« On les prend une à une pour les mettre en confiance. Sinon devant une tierce personne, il est difficile de les convaincre à se déshabiller ». (B. A. R. Aide-soignante, stagiaire à la maternité de Donwari, entretien du 13/03/2020)

Les personnels de santé reconnaissent que ce sentiment de honte peut avoir une influence négative dans la relation professionnel/patient. Ces cas de figure montrent clairement qu'il existe plusieurs facteurs de blocage en matière d'offre et de demande des services publics aux populations. Cette offre publique de santé que Yannick Jaffré cité par E. N'koué Sambiéni, (2012, p. 47) a décrite dans sa face cachée par l'expression « pour de vrai », pour y rapporter différentes dimensions du soin où les interactions entre les soignants et les soignés sont toujours en difficultés, traduisant les modèles sociaux du vécu quotidien dans les capitales africaines (E. N'koué Sambiéni, 2012)

Les demandeurs de ces services, notamment les jeunes et adolescentes fustigent le discours moralisateur du personnel de santé. Cela explique cette réticence des demandeurs de ce service qui sont parfois confrontés aux préjugés et aux normes morales en vigueur dans leur milieu. Ils expliquent d'ailleurs leur désaffection desdits centres par les invectives répétées des personnels soignants à leur égard.

Discussion

La santé sexuelle et reproductive constitue l'un des volets prioritaires des interventions actuelles dans le domaine de la santé des jeunes au Bénin (G. A. A. Gbaguidi, 2012). Les différentes actions menées (sensibilisations pour la plupart) visent essentiellement la prévention des grossesses non désirées, la promotion d'habitudes sexuelles saines et la prévention des IST/SIDA. Cette thématique nous renvoie à la problématique de la capacité politique de l'État à mesurer en toute autonomie les problèmes de santé sexuelle et reproductive au concret et à prendre des décisions conséquentes, techniques et opérationnelles

dans la planification sanitaire. Elle renvoie également vers le problème de la configuration et du fonctionnement des institutions mettant ensemble les acteurs locaux en relation hiérarchique et fonctionnelle, chargés eux aussi en même temps de concevoir, de recevoir et d'appliquer les actions publiques sanitaires. (E. N'koué Sambiéni, 2012, p. 15). L'enjeu de cette recherche sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents permet de comprendre les liens multiples que les différents groupes, qui ne sont pas réductibles à l'État et à ses organes déconcentrés, entretiennent avec l'État et avec l'ensemble de la société civile. Nous avons donc tenté de ressortir leur mode de coopération et de fonctionnement. Ainsi, il ne s'agit pas d'aborder les interventions dont il est question ici suivant une perspective de « politiques publiques » pure et dure. Par contre, ces interventions ne sont pas considérées comme des programmes soumis à des formes de coercitions normatives, résultant principalement du rôle régalién de l'État. Elles sont plutôt appréhendées en termes d'« action publique » qui couvre l'ensemble des faits et des pratiques, y compris des décisions, auxquels participent des acteurs publics et privés, des acteurs globaux et locaux (P. Lascoumes & P. Le Galès, 2010). Ceci suggère que la décision publique en matière de santé sexuelle et reproductive ne relève plus exclusivement du monopole de la puissance publique élue ou administrative. Elle provient d'un ensemble hétérogène d'acteurs, aux statuts et aux registres de légitimités différents. Cette perspective de « l'action publique » englobe les « politiques publiques », tout en révélant que « l'exercice du pouvoir politique ne se donne pas à voir seulement à travers les réformes, mais aussi dans l'action "en train de se faire" [au quotidien] » suivant les multiples rationalités des acteurs impliqués (C. Musselin, 2005, pp. 55–56). Cette problématique de santé sexuelle et reproductive nous situe dans l'importance des relations entre les différents acteurs (notamment les usagers adolescent(e)s et le personnel de santé) dans les issues des actions publiques. Tout est pouvoir, savoir et négociation au quotidien (C. N'koué Sambiéni, 2012). Et dans ces interactions, il se manifeste de manière précise diverses relations et logiques sociales qui tendent à reproduire dans ces espaces l'infantilisation et la remise en question de l'autonomie des adolescent(e)s mais aussi de la reconnaissance de leur pleine citoyenneté en tenant pour acquis qu'ils ne peuvent pas prendre des décisions eux-mêmes à propos de leur corps. Car, ils ne sont pas construits

socialement comme des êtres autonomes. Cette expropriation du corps des adolescent(e)s (et de leurs droits) est aussi exprimée dans les services de santé à travers l'ensemble des pratiques qui font allusion à l'imposition des ordonnances non seulement inutiles mais employées de façon systématique et sans le consentement de ces dernières lors des consultations prénatales par exemple.

Il est également important de souligner qu'au cours de ces consultations prénatales, des pratiques autoritaires et des réprimandes dirigées contre elles se manifestent dans les témoignages. Toutefois, ces pratiques autoritaires et la maltraitance ne sont pas répandues de façon aléatoire auprès de la gent féminine, mais elles tendent à se concentrer, selon les témoignages et les observations directes effectuées pour notre recherche, surtout auprès des jeunes femmes possédant certaines « caractéristiques déterminées ». Ainsi, malgré une position neutre en apparence de la profession médicale pour légitimer ses pratiques dans les interactions quotidiennes qui sont établies entre les prestataires de service et les jeunes patientes, le comportement des professionnelles et des professionnels du domaine de la santé sexuelle et reproductive s'avère un processus d'« étiquetage » (*labelling*) des patientes, en fonction d'attributs individuels, de stéréotypes et d'images sociales.

De cette manière, ces processus peuvent être vus comme des pratiques disciplinaires qui s'inscrivent dans le sens du jeu social (P. Bourdieu 1980 : 46), en reproduisant la vision et les divisions du monde ainsi que les principes professionnels qui tendent à ordonner le cadre médical en différenciant, en catégorisant et en classant les patientes selon divers critères (l'âge, l'affiliation, l'ethnie, le nombre d'enfants, l'état civil) qui sont manipulés en intégrant les inégalités structurelles. De telles classifications deviennent inhérentes aux traitements accordés aux utilisatrices des services de santé, traitements eux-mêmes liés à la disposition – au sens bourdieusien du terme – du personnel du domaine de la santé à leur égard. Le traitement que les adolescentes reçoivent et la disposition du personnel ont une répercussion sur la qualité du service accordé et sur l'attention différentielle qui, à leur tour, reproduisent des inégalités structurelles (comme la race, la classe sociale, la génération, le sexe), qui sont articulées autour des attributs individuels comme l'état civil ou le nombre d'enfants qu'une femme a accouché.

Conclusion

Il ressort des investigations que le service de santé sexuelle et reproductive des jeunes reste une réalité difficile à cerner tant dans son offre que sa demande qui est caractérisée par la honte. En effet, la honte constitue un obstacle majeur dans l'accès aux services de santé sexuelle pour les jeunes et adolescentes. Elle joue un rôle dans la gestion des interactions, parce que le recours aux services de santé sexuelle intègre la dimension biologique du corps, les normes sociales de la sexualité et autres considérations sociales (Ouattara, 1999), cité par B. F. Bationo, (2012, p. 28) et suppose un examen du corps biologique (passage du corps privé au corps public) pour cette couche d'acteurs. Certes, les centres devant assurer ce service sont ouverts, mais leur accessibilité présente quelques contraintes pour la couche juvénile en prise aux normes socio-culturelles. La plupart des études ont relevé les aspects financier, géographique et socioculturel qui empêchent d'y accéder.

A travers cette recherche, nous avons essayé de montrer, qu'au-delà des barrières sociales et culturelles, les pratiques liées aux comportements des prestataires de ce service sont incriminées. Il s'agit entre autres du mauvais accueil entre les personnels de santé et les jeunes filles qui constituerait l'un des facteurs explicatifs de la faible demande des structures de santé sexuelle et reproductive. Ces facteurs, qui ont une forte corrélation avec les formes de stigmatisation, à des normes sociales concernant la sexualité, à des valeurs morales n'encouragent guère ces jeunes patients à recourir à ces genres de services. Ils témoignent de ce fait des différences sociales d'état de santé qui sont elles aussi qualifiées d'inégalités sociales de santé, dans la mesure où elles renvoient à une hiérarchie sociale et où le principe de justice sociale est en cause. Et c'est d'ailleurs ce qui justifie la portée sociale de cette recherche qui prône plutôt une égalité d'accès aux soins à toutes les couches sociales sans aucune distinction.

Références bibliographiques

Bako-Arifari Nassirou (2007), *Rapport ECRIS programme Etat local quatre pays : Alphabétisation (Bénin – Tchaourou)*. Parakou.

Bationo Bouma Fernand (2012), Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. *Agora Débats/Jeunesses*, 61(2), 21. <https://doi.org/10.3917/agora.061.0021>

Bourdieu Pierre (1980), *Le sens pratique*. Paris, Éditions de Minuit.

DSME. (2010). *Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin 2010-2020*. Cotonou.

EDBS. (2018). *Cinquième enquête démographique et de santé*. Cotonou.

Gbaguidi Arnaud G Gabriel (2012). *Les enjeux sociaux de l'éducation sexuelle des jeunes à Savalou*. Université d'Abomey Calavi.

Imorou, Abou-Bakari (2015), "A chacun son AME": Les raisons de la difficile quantification des comportements dans l'allaitement maternel exclusif au Bénin. *Rev. Ivoir. Anthropol. Sociol. KASA BYA KASA*, (n° 29), 57–83.

Jaffré Yannick et Jean-Pierre Olivier de Sardan (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (APAD-Khart). Paris.

Lascoumes Pierre et Le Galès Patrick (2010), *Sociologie de l'action publique* (Arman Coli). Paris.

Mossi Abdel Aziz (2016), *La négociation de l'action publique entre Etat et société civile. Une analyse de la mise en oeuvre des politiques d'alphabétisation dans la commune de Nikki au Nord-Bénin*. Université de Marseille.

Musselin Christine (2005), "Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques: deux approches pour un même objet". *Revue Française de Science Politique*, (55), 51-71.

N'koué Sambiéni Emmanuel (2012), *Gouverner la maternité au Bénin les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari*. Université de Liège.

Olivier de Sardan Jean.-Pierre (1995), *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social* (APAD-Karthala, Ed.). Paris.

SWISS/Tropical and Public Health (2017), *Rapport général de l'étude sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes dans les communes de l'Alibori*. Parakou.