

« Avortement clandestin dans le département du Couffo : une cartographie de l'invisibilité chez les adolescent.e.s et jeunes au Bénin »

AVOCE Josephat^{1*},
MASAMANDANG Christabel²,
ACHADE Sènoudé Germaine Pulchérie¹,
CHATIGRE Jérôme Coovi³,
MONTCHO Biwègnon Mariette⁴,
AMOUZOUVI Dodji Alexis Hippolyte⁵

¹ Organisation pour le Service et la Vie (OSV)

² Bien-être et Dignité Féminine (BeDiF)

³ Groupe de Recherche, d'Action et de Formation en Épidémiologie et en Développement (GRAFED)

⁴ Réseau Ouest-Africain des Jeunes Femmes Leaders (ROAJELF)

⁵ Laboratoire d'Analyse et de Recherche, Religions, Espaces et Développement / Université d'Abomey-Calavi (LARRED/UAC)

* Auteur correspondant : AVOCE Josephat - Courriel : javoce@osvjordan.org - Adresse : Organisation pour le Service et la Vie (OSV), Cotonou, Bénin - Téléphone : +2290196721539

Résumé

Le Bénin dispose depuis 2021 d'un cadre légal parmi les plus libéraux d'Afrique de l'Ouest pour l'interruption volontaire de grossesse ; pourtant, la pratique clandestine y persiste. La présente étude cartographie cette invisibilité chez les jeunes du Couffo. Une enquête transversale a été conduite en 2026 auprès de 851 jeunes de 18 à 24 ans des six communes du département. Si 82,0 % savent que l'avortement médicalisé est conditionnellement légal, seuls 16,1 % reconnaissent l'existence d'avortements clandestins dans leur localité. Le domicile en est le lieu principal (50,7 %) et la honte la raison dominante (60,1 %). Les statistiques administratives n'en recensent que deux cas en 2024, très en deçà de l'enquête. En analyse multivariée, le milieu urbain, le statut en union et la profession ressortent comme déterminants. Cette « cartographie de l'invisibilité » plaide pour le renforcement du système d'information sanitaire et une communication ciblée sur la honte.

Mots-clés : avortement clandestin ; santé sexuelle et reproductive ; jeunes ; honte ; système d'information sanitaire ; Couffo ; Bénin.

Abstract

Since 2021, Benin has had one of West Africa's most liberal legal frameworks for voluntary termination of pregnancy; yet clandestine abortion persists. This study maps this invisibility among young people in the Couffo department. A cross-

sectional survey was conducted in 2026 among 851 young people aged 18 to 24 across the department's six communes. While 82.0% know that medical abortion is conditionally legal in Benin, only 16.1% acknowledge the existence of clandestine abortions in their locality. The home is the main location (50.7%) and shame the dominant reason (60.1%). Administrative statistics record only two cases in 2024, far below survey estimates. In multivariable analysis, urban residence, being in a union and occupation emerge as independent determinants. This cartography of invisibility calls for strengthening the health information system, targeted communication on shame, and removing access barriers to medical services.

Keywords: *clandestine abortion; sexual and reproductive health; youth; shame; health information system; Couffo; Benin.*

1. Introduction

Chaque année dans le monde, environ 73 millions d'avortements provoqués sont pratiqués, dont près de 45 % sont jugés non sécurisés par l'Organisation Mondiale de la Santé (Bearak et al., 2020). L'Afrique subsaharienne paie un tribut particulièrement lourd à cette réalité, avec un taux de mortalité maternelle attribuable à l'avortement non sécurisé estimé à 185 décès pour 100 000 avortements, soit l'un des plus élevés au monde (OMS, 2013). L'avortement non sécurisé reste l'une des principales causes évitables de mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest et concerne en premier lieu les adolescentes et les jeunes femmes, qui combinent vulnérabilité physiologique, dépendance économique et exposition aux normes sociales sanctionnant la grossesse hors mariage (Sully et al., 2020 ; Chae et al., 2017).

Le Bénin a opéré en 2021 une réforme législative remarquable. La loi n°2021-12 du 20 décembre 2021, modifiant et complétant la loi n°2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction, a élargi les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (République du Bénin, 2003, 2021). Désormais, à la demande de la femme et jusqu'à douze semaines de grossesse, l'IVG médicalisée est autorisée lorsque la grossesse est susceptible d'aggraver ou d'entraîner une situation de détresse matérielle, éducative, professionnelle ou morale incompatible avec son intérêt et/ou celui de l'enfant à naître. Le décret d'application n°2022-390 du 6 juillet 2022 en précise les modalités opérationnelles (République du Bénin, 2022). Ce cadre place le Bénin parmi les pays les plus libéraux d'Afrique de l'Ouest sur le plan formel, en cohérence avec le Protocole de Maputo (Union

africaine, 2003) et l'objectif de développement durable 3.7 sur l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive (ONU, 2015).

L'existence d'un cadre légal libéral ne garantit cependant pas son effectivité. Plusieurs travaux récents en Afrique soulignent que la persistance de l'avortement clandestin dans les pays ayant légiféré tient à un faisceau d'obstacles : méconnaissance de la loi par les prestataires et la population, objections de conscience, absence d'offre de proximité, coût des services, peur de la stigmatisation et poids des normes communautaires (Ouedraogo et al., 2023 ; Bankole et al., 2020). Le département du Couffo, situé dans le sud-ouest du Bénin, présente précisément les caractéristiques d'un terrain où ces obstacles sont susceptibles d'être maximaux : forte ruralité, faible prévalence contraceptive moderne (4,5 % en 2017-2018, soit la plus basse du pays), besoins non satisfaits estimés à 37,7 % et pesanteurs socioculturelles documentées (INSAE et ICF, 2019 ; OSV, 2024).

Le contraste entre les statistiques administratives et la réalité épidémiologique est emblématique de cette tension. Le Tableau de bord social 2024 du Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance (MASM) ne recense, pour l'ensemble du département du Couffo, que deux avortements clandestins déclarés sur l'année (MASM, 2025). Ce chiffre, manifestement très inférieur à la prévalence attendue dans une population de plus de 170 000 jeunes filles, illustre l'invisibilité statistique du phénomène. La présente étude poursuit quatre objectifs : (i) mesurer la connaissance du cadre légal et la reconnaissance de l'existence de l'avortement clandestin par les jeunes du Couffo ; (ii) cartographier les lieux, méthodes et raisons attribués à cette pratique ; (iii) confronter ces données déclaratives aux statistiques administratives, afin de documenter l'écart entre l'iceberg visible et sa partie immergée ; et (iv) identifier, au moyen d'une analyse multivariée, les déterminants indépendants de la reconnaissance de la pratique. L'article est structuré en cinq sections : après la présente introduction, la deuxième section décrit le matériel et les méthodes, la troisième présente les résultats, la quatrième en discute la portée théorique et les implications programmatiques, et la cinquième formule la conclusion et les recommandations.

Le fil conducteur de l'analyse consiste ainsi à confronter systématiquement trois plans - ce que les jeunes savent du droit, ce qu'ils reconnaissent de la pratique et ce que la statistique administrative enregistre -, afin de rendre visible un phénomène socialement clandestinisé et d'en éclairer les déterminants.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type, cadre et période de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, conduite dans le département du Couffo entre janvier et mars 2026, dans le cadre de l'étude de base du Projet Miitchité. Le département compte six communes - Aplahoué, Djakotomey, Dogbo, Klouékanmè, Lalo et Toviklin - toutes incluses dans l'étude.

Sur le plan de sa mise en œuvre, l'étude articule quatre temps analytiques. Les données déclaratives, recueillies par questionnaire structuré sur application mobile (KoboToolbox), sont d'abord décrites par des fréquences et des pourcentages ; les associations entre la reconnaissance de la pratique clandestine et les caractéristiques sociodémographiques sont ensuite testées en analyse bivariée (test de chi-carré, rapports de prévalence bruts) ; un modèle de Poisson à variance robuste introduit alors simultanément l'ensemble des variables afin d'isoler les déterminants indépendants ; enfin, les estimations issues de l'enquête sont confrontées aux données administratives du Tableau de bord social 2024 du MASM pour objectiver l'écart entre la pratique reconnue et la pratique enregistrée. Les questions ouvertes relatives aux lieux, aux méthodes et aux raisons du recours ont fait l'objet d'un codage thématique a posteriori en catégories traçables, illustrées par des verbatims.

2.2. Population et échantillonnage

La population cible était constituée des adolescent.e.s et jeunes âgés de 18 à 24 ans révolus, résidant dans le département depuis au moins six mois et ayant donné leur consentement éclairé écrit à participer. La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz (Schwartz, 1996) pour une proportion attendue de 50 %, un seuil de confiance de 95 % et une précision de 5 %, ajustée pour les effets de grappe et les non-réponses, puis répartie au prorata de la population jeune communale. L'échantillon final

s'établit à 851 répondants, sélectionnés par échantillonnage à plusieurs degrés combinant le tirage des sites (établissements scolaires et marchés) et la sélection systématique des répondants.

2.3. Variables d'intérêt et instrument

Les données ont été collectées par administration directe d'un questionnaire structuré préalablement testé, à l'aide d'une application mobile de saisie assistée (KoboToolbox). Six questions structurent l'analyse présentée ici :

- la connaissance du statut légal de l'avortement médicalisé au Bénin (Q38) ;
- la connaissance d'un lieu d'obtention d'un service légal et sécurisé (Q41) ;
- la reconnaissance de l'existence d'avortements hors structure sanitaire dans la localité (Q75) ;
- le lieu où la pratique se déroulerait (Q76, sous-échantillon Q75=Oui) ;
- les produits, plantes ou méthodes utilisés (Q77, sous-échantillon Q75=Oui) ;
- les raisons principales attribuées au recours aux avortements clandestins (Q80, question ouverte multi réponse).

Les variables sociodémographiques retenues pour les croisements étaient : groupe d'âge (18-19, 20-21, 22-24 ans), genre, niveau d'instruction, statut matrimonial, milieu de résidence, commune, religion et profession. Les questions ouvertes Q76, Q77 et Q80 ont fait l'objet d'un codage thématique a posteriori en catégories mutuellement exclusives ou multi réponses selon le cas.

2.4. Analyse statistique

Les données ont été apurées sous Microsoft Excel puis analysées à l'aide du logiciel SPSS version 27. Les variables qualitatives sont présentées en effectifs et pourcentages. Les comparaisons ont été conduites par le test de chi-carré de Pearson, ou le test exact de Fisher en cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5. La force des associations a été estimée par le rapport de prévalence (RP) assorti de son intervalle de confiance à 95 %, la première modalité de chaque variable servant de catégorie de référence. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$. Les rapports de prévalence

ajustés (RPa) des déterminants indépendants de la reconnaissance de l'existence d'avortements clandestins ont en outre été estimés au moyen d'une régression de Poisson à variance robuste (procédure GENLIN de SPSS : loi de Poisson, fonction de lien logarithmique et estimateur de variance robuste), l'ensemble des variables sociodémographiques étant introduites simultanément. Les statistiques administratives utilisées pour la confrontation proviennent du Tableau de bord social 2024 du MASM, transmis dans le cadre du Projet Miitchité (MASM, 2025).

2.5. Considérations éthiques

L'étude a obtenu l'autorisation de la Direction Départementale de la Santé du Couffo. Le consentement éclairé écrit a été recueilli auprès de chaque répondant. La confidentialité des données a été assurée par anonymisation et accès restreint aux fichiers analytiques. Le caractère sensible des questions sur l'avortement a fait l'objet d'une attention particulière : les enquêteur.trice.s ont été formés à la conduite des entretiens dans un cadre confidentiel et à la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon comprend 851 jeunes âgés en moyenne de 19,7 ans, dont 66,2 % de femmes et 33,8 % d'hommes. La majorité réside en milieu rural (69,9 %) et a atteint le secondaire second cycle (53,0 %). Les célibataires représentent 95,8 % de l'échantillon. Les chrétien·ne·s (toutes obédiences confondues) constituent 66,6 % des répondants, suivis des adeptes de la religion du Vodoun (23,3 %), des autres religions (6,0 %) et des musulman·e·s (4,1 %). Les élèves et étudiants représentent 63,5 % de l'effectif.

3.2. Une connaissance du cadre légal globalement satisfaisante

La pénétration de la nouvelle loi de 2021 dans la conscience des jeunes apparaît élevée : 82,0 % (n=698) déclarent que l'avortement est autorisé sous conditions légales au Bénin, contre 8,2 % (n=70) qui le pensent totalement interdit, 9,3 % qui ne savent pas et 0,5 % qui le pensent autorisé sans condition. De même, 82,6 % (n=703) déclarent savoir où obtenir un service légal et sécurisé d'avortement, sans différence significative de genre

(83,3 % chez les femmes, 81,2 % chez les hommes ; $p=0,514$) ni de milieu (82,4 % rural vs 83,2 % urbain ; $p=0,840$). Cette homogénéité témoigne d'une bonne couverture de l'information juridique, plus de quatre ans après la promulgation de la loi.

3.3. Une reconnaissance limitée de la pratique clandestine

Lorsqu'on interroge les jeunes sur l'existence d'avortements pratiqués hors structure sanitaire dans leur localité, 16,1 % ($n=137$) répondent par l'affirmative, 53,7 % ($n=457$) répondent par la négative et 30,2 % ($n=257$) déclarent ne pas savoir. Le cumul des réponses « Non » et « Ne sait pas » atteint donc 83,9 % de l'échantillon : la grande majorité des jeunes nient l'existence de la pratique ou ne se prononcent pas, dans un département où elle est pourtant rapportée par les sources administratives et les travaux qualitatifs (OSV, 2024 ; MASM, 2025). La distribution selon les caractéristiques sociodémographiques est présentée au Tableau I.

Tableau I. Reconnaissance de l'existence d'avortements clandestins dans la localité selon les caractéristiques sociodémographiques (n=851)

Variable	Modalité	Total	Oui		NSP		RP (IC 95 %)	p-value
			n	%	n	%		
Groupe d'âge	18-19 ans	494	66	13,4	185	37,4	1 (réf.)	<0,001
	20-21 ans	200	41	20,5	44	22,0	1,53 (1,08-2,18)	
	22-24 ans	157	30	19,1	28	17,8	1,43 (0,97-2,12)	
Genre	Femme	563	86	15,3	155	27,5	1 (réf.)	0,015
	Homme	288	51	17,7	102	35,4	1,16 (0,85-1,59)	
Milieu	Rural	595	67	11,3	135	22,7	1 (réf.)	<0,001
	Urbain	256	70	27,3	122	47,7	2,43 (1,80-3,28)	
Statut matrimonial	Célibataire	815	125	15,3	255	31,3	1 (réf.)	0,001
	En union	36	12	33,3	2	5,6	2,17 (1,33-3,55)	
Religion	Religion du Vodoun	198	38	19,2	63	31,8	1 (réf.)	<0,001
	Musulmane	35	6	17,1	22	62,9	0,89 (0,41-1,95)	
	Chrétienne évangélique	297	35	11,8	84	28,3	0,61 (0,40-0,94)	

	Autre chrétienne	270	41	15,2	75	27,8	0,79 (0,53- 1,18)	
	Autre religion	51	17	33,3	13	25,5	1,74 (1,07- 2,81)	
Profession	Élèves/Étudiants	540	73	13,5	167	30,9	1 (réf.)	0,029
	Vendeurs/Vendeuses	142	28	19,7	42	29,6	1,46 (0,98- 2,16)	
	Apprentis/Artisans	111	19	17,1	29	26,1	1,27 (0,80- 2,01)	
	Autre	58	17	29,3	19	32,8	2,17 (1,38- 3,41)	

Test de chi-carré de Pearson ; RP = rapport de prévalence (réf. = première modalité de chaque variable) ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %.

La reconnaissance de l'existence augmente significativement avec l'âge (de 13,4 % chez les 18-19 ans à 19,1 % chez les 22-24 ans ; $p < 0,001$) et s'avère plus de deux fois plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural (27,3 % vs 11,3 % ; $p < 0,001$). Les jeunes en union la reconnaissent davantage que les célibataires (33,3 % vs 15,3 % ; $p < 0,001$), de même que les répondants déclarant une « autre religion » (33,3 %) et ceux exerçant une profession non standard (29,3 %). Ces écarts suggèrent que la reconnaissance déclarée de la pratique est étroitement liée à la position sociale de l'enquêté et à son exposition à des cercles relationnels où le sujet circule. Cette lecture est confirmée par l'analyse multivariée (Tableau II), qui isole le milieu urbain, le statut en union et la profession comme déterminants indépendants de la reconnaissance.

3.4. Une géographie contrastée de la reconnaissance

Les variations intercommunales sont particulièrement marquées (Figure 1). À Klouékanmè, 40,8 % des jeunes reconnaissent l'existence d'avortements clandestins ; à Dogbo, 32,3 %. À l'opposé, deux communes affichent un taux nul de reconnaissance (Lalo et Toviklin), pour des taux de « Non » à 100 %. Aplahoué présente un profil singulier où le « Ne sait pas » domine (64,9 %), le « Oui » étant à 3,0 % et le « Non » à 32,1 %. Ces contrastes ne s'expliquent pas par une différence de connaissance des services

légaux : Toviklin et Lalo affichent les taux les plus élevés de connaissance d'un service légal d'avortement (98,9 % et 97,5 % respectivement). La carte de la reconnaissance de la clandestinité se découple donc de la carte de la connaissance institutionnelle.

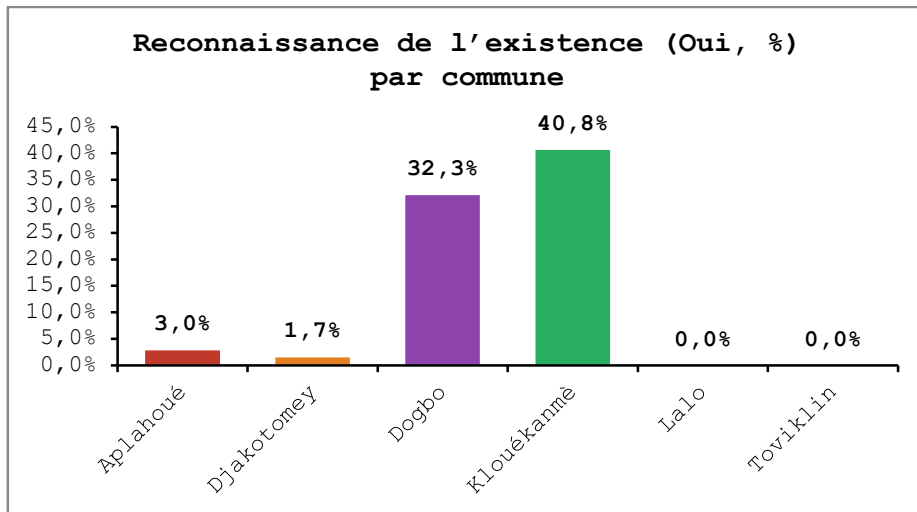


Figure 1. Reconnaissance de l'existence d'avortements clandestins par commune (n=851).

3.5. Le domicile comme épicerie de la pratique clandestine

Parmi les 137 jeunes ayant reconnu l'existence d'avortements clandestins dans leur localité, 134 ont précisé un lieu (Figure 2, panel A). Le domicile arrive en tête, cité par 50,7 % des répondants, suivi par une localité non précisée (35,1 %), souvent identifiée par un nom de village ou de quartier sans qualification médicale, et le recours à un tradipraticien (11,2 %). Seuls 2,2 % évoquent une structure sanitaire ou une pharmacie comme lieu de la pratique. Cette concentration au domicile signe le caractère privé, individuel et invisibilisé du recours, en rupture avec le modèle médicalisé pourtant prévu par la loi.

3.6. Tisanes, mélanges et médicaments non prescrits

Concernant les produits utilisés (Figure 2, panel B), 51,9 % des répondants déclarent ne pas savoir, signalant l'opacité partielle entourant les méthodes. Lorsque des informations sont fournies, les tisanes et mélanges traditionnels constituent la première catégorie citée (25,2 %), suivis des médicaments non prescrits

(15,6 %) et de la combinaison des deux (4,4 %). Les préparations citées librement par les répondants forment un répertoire hétérogène et préoccupant sur le plan toxicologique : décoctions végétales (« Vernonia », racines, écorces), mélanges à base de boissons (Coca-Cola, Guinness chaud, bière « Béninoise », sodabi local) associées à du citron, du potassium ou du café, ainsi que la mention récurrente d'un comprimé identifié sous le nom de « Sédaspire ». Ce répertoire converge avec les observations qualitatives faites par ailleurs dans le département (OSV, 2024).

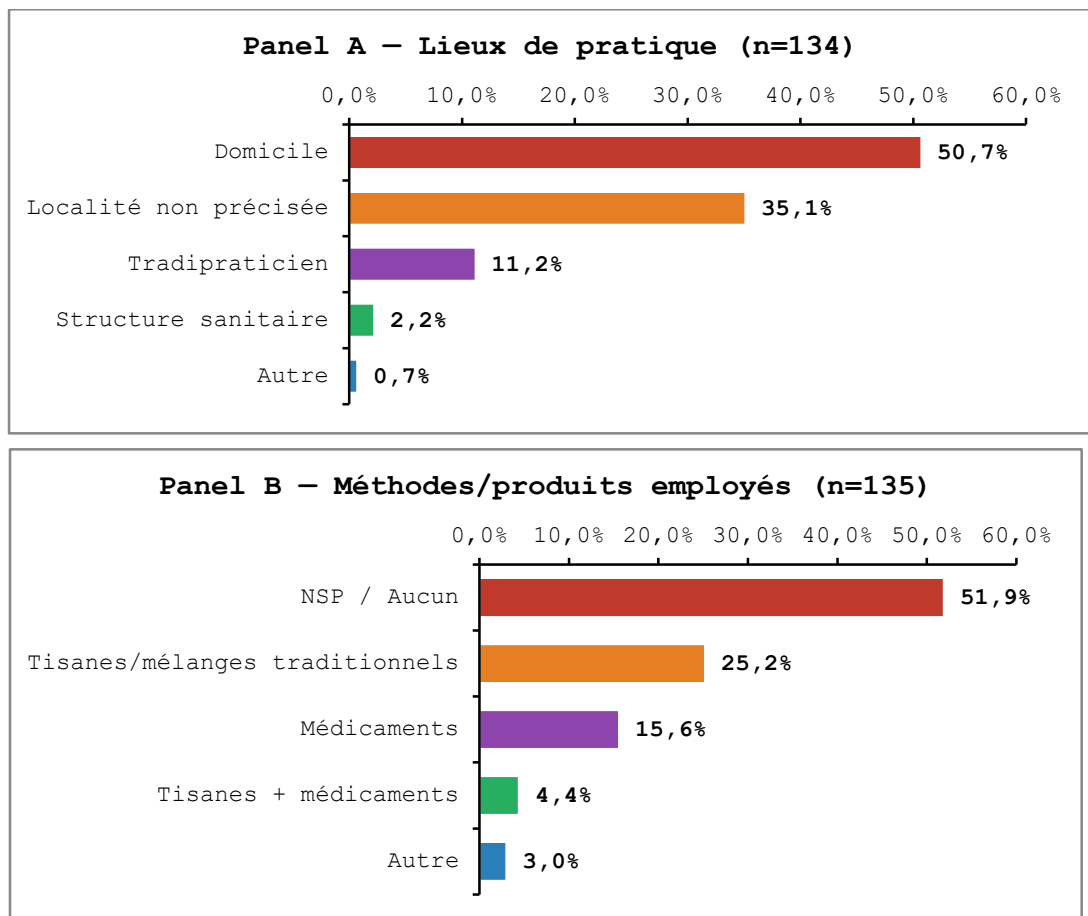


Figure 2. Lieux de pratique (panel A) et méthodes/produits employés (panel B) selon les jeunes ayant reconnu l'existence d'avortements clandestins. Source : Étude de base du Projet Miitchité, 2026.

3.7. La honte comme déterminant principal

Sur les 414 répondants ayant fourni au moins une raison expliquant le recours aux avortements clandestins, la honte et la peur du jugement social arrivent largement en tête : citées par 60,1 % des répondants, elles devancent nettement la peur ou la pression familiale (16,7 %), la conscience du risque vital (14,7 %), la grossesse sans paternité reconnue ou la multi paternité (12,3 %), la précarité économique (11,8 %), les contraintes liées aux études et à la carrière (9,9 %) et la grossesse précoce ou non désirée (8,7 %). Le viol et l'inceste, bien que cités par seulement 2,2 % des répondants, sont mentionnés comme circonstances aggravantes dans plusieurs verbatims (Figure 3).

Cette hiérarchie est éloquente : ce n'est pas l'absence de cadre légal ni l'inaccessibilité matérielle qui apparaissent prioritaires dans le discours des jeunes, mais une économie morale fondée sur le déshonneur. Plusieurs verbatims mettent en mots ce mécanisme : « Elle avait peur du jugement des parents et de son entourage » ; « La honte parentale et de soi-même dans son entourage et à l'école » ; « Elle ne voulait pas que la grossesse soit un blocage à ses études. Elle avait honte ». La honte agit ainsi comme une norme intériorisée qui rend non viable, pour beaucoup de jeunes femmes, le recours à un service médicalisé pourtant légal - la visibilité même du recours étant ressentie comme la honte.

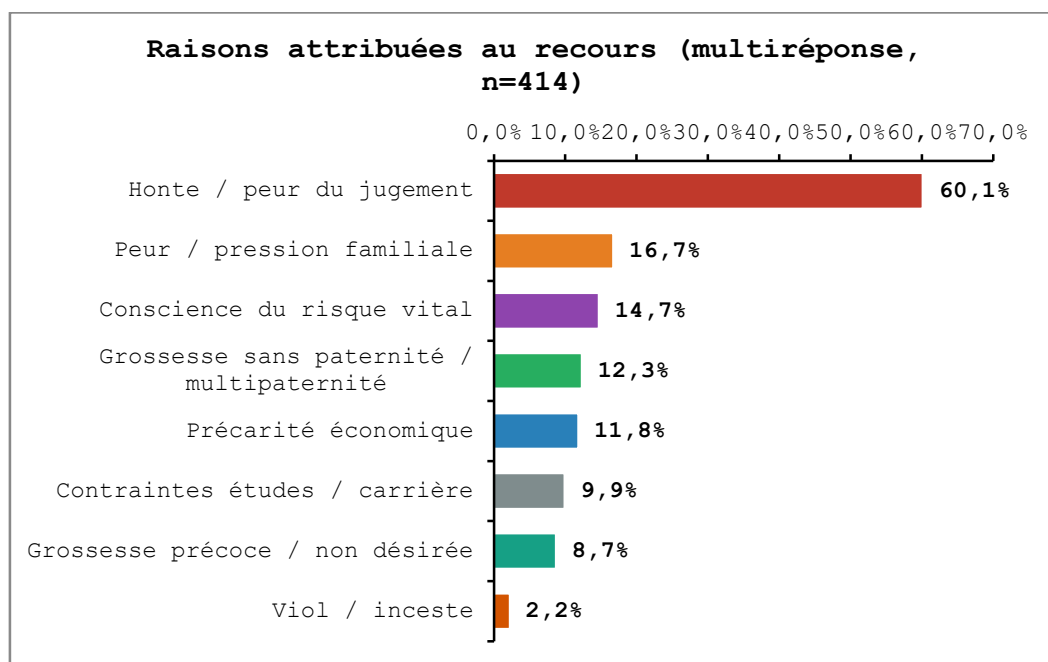


Figure 3. Raisons attribuées au recours aux avortements clandestins (analyse multi réponse, n=414). Source : Étude de base du Projet Miitchité, 2026.

3.8. L'écart avec les statistiques administratives

La confrontation des données déclaratives avec les sources administratives est saisissante. Le Tableau de bord social 2024 du MASM ne recense, pour le département du Couffo, que deux avortements clandestins déclarés sur l'année écoulée, dans une cohorte de 55 grossesses précoces enregistrées chez les filles de 10 à 17 ans (MASM, 2025). À l'échelle nationale, ce sont 19 cas seulement qui sont remontés au système d'information, pour une population béninoise de plusieurs millions de jeunes filles. Or, dans notre échantillon de 851 jeunes du Couffo, 137 (16,1 %) reconnaissent l'existence de la pratique dans leur localité, 75 (8,8 %) déclarent personnellement connaître une femme ayant subi des complications post-avortement clandestin, et 7 (0,8 %) déclarent en avoir personnellement eu connaissance dans les douze derniers mois.

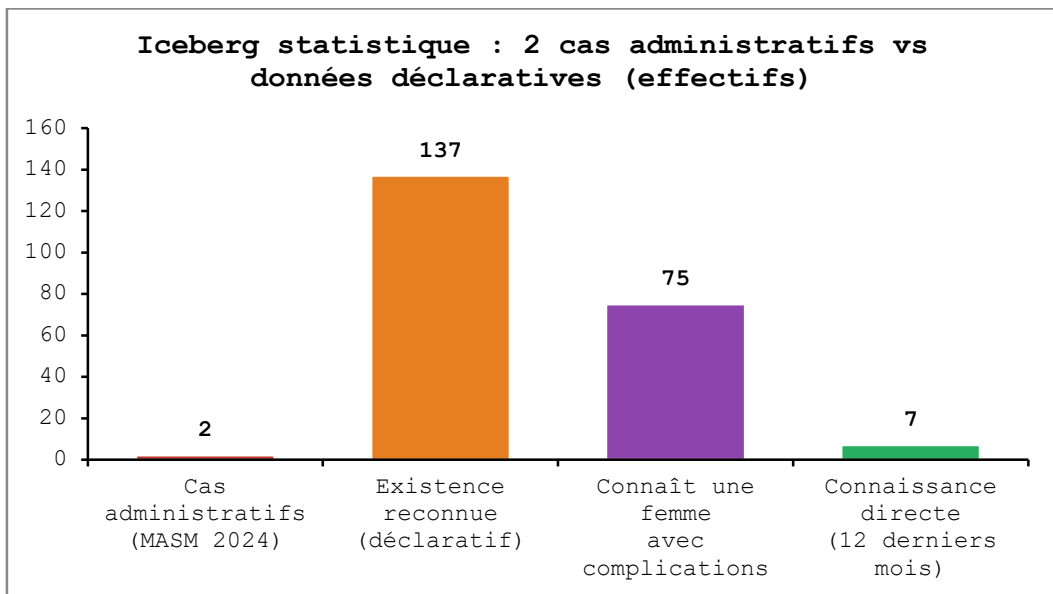


Figure 4. L'iceberg statistique de l'avortement clandestin dans le Couffo : confrontation des données administratives (MASM 2024) et des données déclaratives (Étude Miitchité 2026). Source : auteurs.

La projection brute de la prévalence déclarée de témoignages indirects sur la population jeune du département (estimée à plus de 170 000 filles 10-24 ans en 2025) fournit un ordre de grandeur sans commune mesure avec les deux cas officiellement remontés. La part émergée de l'iceberg statistique représente, selon une estimation prudente, un cas administrativement visible pour plusieurs centaines de cas plausibles dans la communauté.

3.9. Déterminants indépendants de la reconnaissance : analyse multivariée

Afin d'identifier les déterminants indépendants de la reconnaissance de l'existence d'avortements clandestins, une régression de Poisson à variance robuste a été réalisée en introduisant simultanément l'ensemble des variables sociodémographiques (Tableau II). Après ajustement mutuel, la résidence en milieu urbain demeure le déterminant le plus fortement associé à la reconnaissance de la pratique (RPa = 2,63 ; IC 95 % : 1,94-3,55 ; $p < 0,001$). Le statut en union conserve une association significative (RPa = 1,80 ; IC 95 % : 1,06-3,06 ; $p = 0,030$), de même que l'appartenance à une « autre religion » (RPa

= 1,83 ; IC 95 % : 1,15-2,91 ; p = 0,010) et l'exercice d'une profession non standard (RPa = 1,75 ; IC 95 % : 1,10-2,79 ; p = 0,017). À l'inverse, les jeunes de confession chrétienne évangélique reconnaissent moins fréquemment la pratique que les adeptes du Vodoun pris comme référence (RPa = 0,65 ; IC 95 % : 0,43-0,98 ; p = 0,042). L'effet du genre, déjà non significatif en analyse brute, le reste après ajustement (RPa = 1,07 ; p = 0,714). Ces résultats confirment que la reconnaissance déclarée de la clandestinité dépend davantage de la position sociale et de l'exposition relationnelle de l'enquêté que de son seul profil démographique.

Tableau II. Déterminants de la reconnaissance de l'existence d'avortements clandestins : régression de Poisson à variance robuste (RP bruts et ajustés)

Variable	Modalité	RP brut (IC 95 %)	RP ajusté (IC 95 %)	p
Groupe d'âge	18-19 ans (réf.)	1 (réf.)	1 (réf.)	-
	20-21 ans	1,53 (1,08-2,18)	1,41 (1,00-1,99)	0,048
	22-24 ans	1,43 (0,97-2,12)	1,06 (0,71-1,60)	0,776
Genre	Femme (réf.)	1 (réf.)	1 (réf.)	-
	Homme	1,16 (0,85-1,59)	1,07 (0,76-1,50)	0,714
Milieu	Rural (réf.)	1 (réf.)	1 (réf.)	-
	Urbain	2,43 (1,80-3,28)	2,63 (1,94-3,55)	<0,001
Statut matrimonial	Célibataire (réf.)	1 (réf.)	1 (réf.)	-
	En union	2,17 (1,33-3,55)	1,80 (1,06-3,06)	0,030
Religion	Religion du Vodoun (réf.)	1 (réf.)	1 (réf.)	-
	Musulmane	0,89 (0,41-1,95)	0,84 (0,39-1,80)	0,654
	Chrétienne évangélique	0,61 (0,40-0,94)	0,65 (0,43-0,98)	0,042
	Autre chrétienne	0,79 (0,53-1,18)	0,80 (0,54-1,20)	0,282
	Autre religion	1,74 (1,07-2,81)	1,83 (1,15-2,91)	0,010
Profession	Élèves/Étudiants (réf.)	1 (réf.)	1 (réf.)	-
	Vendeurs/Vendeuses	1,46 (0,98-2,16)	1,44 (0,94-2,19)	0,093
	Apprentis/Artisans	1,27 (0,80-2,01)	1,32 (0,83-2,10)	0,243
	Autre	2,17 (1,38-3,41)	1,75 (1,10-2,79)	0,017

Source : Étude de base du Projet Miitchité, 2026. Régression de Poisson à variance robuste sous SPSS 27 (procédure GENLIN ; issue : reconnaissance de l'existence, Q75 = Oui) ; RP = rapport de prévalence brut ; RPa = rapport de prévalence ajusté ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 % ; réf. = catégorie de référence ; p = valeur de p ajustée.

4. Discussion

Cette étude met en lumière un paradoxe central : dans un département où le cadre légal de l'IVG est connu d'environ huit jeunes sur dix et où près de huit jeunes sur dix savent où obtenir un service légal, la pratique clandestine persiste, se concentre au domicile, mobilise des méthodes traditionnelles ou pharmacologiques non sécurisées et reste massivement invisible aux statistiques administratives. Quatre éléments de discussion en découlent.

4.1. Le paradoxe béninois : un cadre libéral, une pratique clandestine

La loi de 2021 a doté le Bénin d'un cadre légal qui, sur le papier, devrait rendre marginal le recours à l'avortement clandestin (République du Bénin, 2021, 2022). Pourtant, nos données indiquent que la connaissance du cadre n'a pas absorbé la pratique informelle. Ce constat rejoint celui fait dans d'autres contextes africains où des réformes légales ont été suivies d'une faible chute des avortements non sécurisés (Ouedraogo et al., 2023 ; Ganatra et al., 2017). Trois explications convergent. D'abord, la loi ne crée pas l'offre : les services autorisés à pratiquer l'IVG sont concentrés dans les structures de référence et dans les centres urbains, ce qui reproduit l'inégalité territoriale. Ensuite, l'objection de conscience des prestataires peut retarder ou refuser l'accès au service même légal. Enfin, la stigmatisation associée à l'acte rend non viable, pour beaucoup, sa visibilité dans une institution publique fréquentée par des connaissances ou des proches.

4.2. Une triple invisibilité : statistique, spatiale, pharmacologique

Le concept de « cartographie de l'invisibilité » que nous proposons articule trois dimensions. L'invisibilité statistique tient à l'écart

massif entre les deux cas administrativement déclarés et la prévalence des témoignages indirects recueillis dans la population. Le système d'information sanitaire ne capte que les cas hospitalisés pour complications, et exclut de fait l'essentiel des recours menés à terme dans la sphère privée. L'invisibilité spatiale se traduit par la concentration au domicile, qui place l'acte hors du regard institutionnel et hors de toute traçabilité possible. L'invisibilité pharmacologique tient à l'usage de préparations « maison », de tisanes et de médicaments non prescrits, qui n'apparaissent dans aucune nomenclature de produits de santé et dont la toxicité n'est ni dosée ni surveillée. Ces trois invisibilités se renforcent : l'absence de traçabilité spatiale empêche la collecte statistique, l'opacité des produits empêche l'identification médicale des complications, et l'absence de remontée empêche la décision publique. Le caractère structurellement insaisissable du phénomène alimente sa persistance.

4.3. La honte comme déterminant sociologique

Le résultat le plus éclairant est sans doute le poids écrasant de la honte (60,1 %) parmi les raisons attribuées au recours clandestin. Ce résultat oriente l'analyse vers la sociologie morale plutôt que vers la sociologie économique : ce ne sont pas en premier lieu les coûts ou la distance qui dissuadent les jeunes femmes du recours médicalisé, mais le poids du jugement communautaire et la peur du déshonneur. Cette dimension rejoint les travaux de Goffman sur la stigmatisation et de Cleeve et al. sur l'« abortion stigma » en contexte africain (Goffman, 1975 ; Cleeve et al., 2017 ; Hanschmidt et al., 2016). Le mécanisme est cumulatif : la grossesse hors mariage est elle-même stigmatisante, et le recours médicalisé ajoute la visibilité institutionnelle à la transgression sociale. Le repli au domicile permet d'éviter cette double exposition. Toute politique publique qui ne s'attaque pas à cette économie de la honte risque de manquer sa cible, même si elle améliore l'offre de services.

4.4. Limites du système d'information sanitaire

Les deux cas remontés au MASM en 2024 pour le département ne sauraient être interprétés comme une mesure fiable de la prévalence. Ils mesurent l'extrémité visible du phénomène : les cas signalés aux services sociaux, le plus souvent à la suite de

complications graves ayant conduit à une hospitalisation ou à un signalement judiciaire. La sous-déclaration tient à plusieurs facteurs : l'absence d'incitation à signaler, le souhait des familles de protéger l'honneur, la crainte des sanctions sociales et, parfois, la méconnaissance par les structures de premier niveau du circuit de remontée. Renforcer la capacité du système d'information à capter le phénomène - sans pour autant criminaliser les femmes - suppose une évolution des outils et une formation des acteurs de santé et des travailleurs sociaux.

4.5. Implications programmatiques

Trois axes d'intervention émergent de ces résultats. Premièrement, les stratégies de communication doivent cibler la honte comme un déterminant à part entière, à travers le déploiement de campagnes de déstigmatisation, de témoignages anonymes et de discussions facilitées dans les clubs de jeunes filles. Deuxièmement, la confidentialité des services médicalisés doit être renforcée et rendue crédible aux yeux des jeunes - par exemple via des plages horaires dédiées, des espaces séparés ou des conventions explicites de non-divulgaration. Troisièmement, le système d'information sanitaire doit être adapté pour capter les recours à l'avortement clandestin sans criminaliser les usagères : intégration de modules dans les CPN post-événement, formation des agents communautaires, et tableaux de bord départementaux mis à jour. Le travail avec les tradipraticiens, qui apparaissent dans 11 % des cas comme acteurs du recours, mérite également d'être considéré comme un levier de prévention des complications, dans une logique d'orientation vers les structures formelles plutôt que de stigmatisation.

4.6. Forces et limites

Cette étude bénéficie d'un échantillon de 851 jeunes couvrant exhaustivement les six communes du département, ce qui autorise une lecture territorialisée et une triangulation entre dimensions de connaissance, de pratique et de perception. La confrontation systématique avec les statistiques administratives constitue une originalité méthodologique. Plusieurs limites doivent toutefois être rappelées. Le caractère déclaratif des données et la sensibilité du sujet exposent à une sous-déclaration : nous mesurons la reconnaissance d'une pratique « dans la localité » plus que la

pratique elle-même, ce qui surestime l'invisibilité côté enquête. La nature transversale empêche toute inférence causale. Enfin, l'enquête porte sur les jeunes de 18-24 ans, alors que les statistiques administratives portent sur les 10-17 ans : la confrontation reste valide en ordre de grandeur mais doit être interprétée avec cette précaution.

5. Conclusion et recommandations

L'avortement clandestin dans le département du Couffo se présente comme un phénomène à la fois reconnu et nié, fréquent et invisible, légalement régulable et socialement clandestinisé. Trois jeunes sur dix « ne savent pas », un sur six confirme l'existence et plus de la moitié évoquent la honte comme déterminant principal - pendant que le système d'information sanitaire en enregistre deux cas par an. Cette « cartographie de l'invisibilité » désigne moins un déficit d'information juridique qu'un échec relatif à transformer un cadre légal libéral en exercice effectif d'un droit. Les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- déployer des campagnes de communication ciblées sur la honte et la stigmatisation, en mobilisant pairs, témoignages anonymes et leaders communautaires sensibilisés ;
- renforcer la confidentialité opérationnelle des services médicalisés (espaces dédiés, plages horaires, formation des prestataires à l'accueil non jugeant) ;
- réformer le système d'information sanitaire pour mieux capter les recours non médicalisés et leurs complications, sans criminaliser les usagères ni leurs familles ;
- former les tradipraticiens en orientation précoce vers les structures formelles, comme levier de réduction des complications graves ;
- investir spécifiquement dans les communes où le déni ou le silence dominant, par des activités d'éducation complète à la sexualité et de dialogue intergénérationnel ;
- intégrer dans les évaluations à mi-parcours et finales du Projet Miitchité un suivi d'indicateurs sur la reconnaissance de la pratique, la connaissance des recours et la perception de la honte.

Au-delà de ces recommandations, cette étude présente une double portée. Sur le plan scientifique, elle propose le concept opératoire de « cartographie de l'invisibilité », qui articule les invisibilités statistique, spatiale et pharmacologique de l'avortement clandestin, et fournit un protocole reproductible de confrontation entre données déclaratives et données administratives pour estimer la part immergée du phénomène. Sur le plan social et utilitaire, en objectivant que la honte - et non la méconnaissance du droit ou la seule contrainte matérielle - constitue le principal frein au recours médicalisé, elle met à la disposition du Projet Miitchité, des décideurs et des acteurs de terrain un diagnostic directement actionnable pour réorienter les politiques vers la déstigmatisation, la confidentialité des services et l'amélioration du système d'information sanitaire, au bénéfice des adolescent·e·s et jeunes des zones rurales les plus exposées.

References bibliographiques

BANKOLE Akinrinola, REMEZ Lisa, OWOLABI Onikepe, PHILBIN Jesse & **WILLIAMS Patrice**, 2020. *From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress*, Guttmacher Institute, New York

BEARAK Jonathan, **POPINCHALK Anna**, **GANATRA Bela**, **MOLLER Ann-Beth**, **TUNÇALP Özge**, **BEAVIN Cynthia**, **KWOK Lorraine** & **ALKEMA Leontine**, 2020, « Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019 », in *The Lancet Global Health*, Vol. 8, N°9, pp. e1152-e1161

CHAE Sophia, **DESAI Sheila**, **CROWELL Marjorie** & **SEDGH Gilda**, 2017, « Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries », in *Contraception*, Vol. 96, N°4, pp. 233-241

CLEEVE Amanda, **FAXELID Elisabeth**, **NALWADDA Gorette** & **KLINGBERG-ALLVIN Marie**, 2017, « Abortion as agentic action: reproductive agency among young women seeking post-abortion care in Uganda », in *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 19, N°11, pp. 1286-1300

GANATRA Bela, **GERDTS Caitlin**, **ROSSIER Clémentine**, **JOHNSON Brooke Ronald Jr**, **TUNÇALP Özge**, **ASSIFI Anisa et al.**, 2017, « Global, regional, and subregional classification of

abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model », in *The Lancet*, Vol. 390, N°10110, pp. 2372-2381

GOFFMAN Erving, 1975. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, traduit par Alain Kihm, Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun », Paris

HANSCHMIDT Franz, LINDE Katja, HILBERT Anja, RIEDEL-HELLER Steffi G. & KERSTING Anette, 2016, « Abortion stigma: a systematic review », in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 48, N°4, pp. 169-177

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE) & ICF, 2019. *Enquête démographique et de santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018*, INSAE & ICF, Cotonou & Rockville

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA MICROFINANCE (MASM), 2025. *Tableau de bord social 2024*, MASM, Cotonou

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU), 2015. *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, résolution A/RES/70/1, ONU, New York

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2013. *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2e éd., OMS, Genève

ORGANISATION POUR LE SERVICE ET LA VIE (OSV), 2024. *Étude de cartographie et de fixation des indicateurs du Projet Miitchité dans le département du Couffo*, OSV, Cotonou

OUEDRAOGO Ramatou, KIMEMIA Grace, IGONYA Emmy Kageha, ATHERO Sherine, WANJIRU Shelmith, BANGHA Martin & JUMA Kenneth, 2023, « "They talked to me rudely". Women perspectives on quality of post-abortion care in public health facilities in Kenya », in *Reproductive Health*, Vol. 20, N°1, art. 35

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, 2003. *Loi n° 2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction*, Journal Officiel, Cotonou

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, 2021. *Loi n° 2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant et complétant la loi n° 2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction*, Journal Officiel, Cotonou

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, 2022. *Décret n° 2022-390 du 6 juillet 2022 fixant les conditions et modalités de mise en œuvre de l'interruption volontaire de grossesse*, Journal Officiel, Cotonou

SCHWARTZ Daniel, 1996. *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*, 4e éd., Flammarion Médecine-Sciences, Paris

SULLY Elizabeth A., BIDDLECOM Ann, DARROCH Jacqueline E., RILEY Taylor, ASHFORD Lori S., LINCÉ-DEROCHE Naomi et al., 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*, Guttmacher Institute, New York

UNION AFRICAINE, 2003. *Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo)*, Union africaine, Maputo