

Au-delà de l'engagement : le rôle des débiteurs d'obligations dans la réalisation des droits et santé sexuels et reproductifs des adolescent·e·s et des jeunes dans le Couffo 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

Dans une approche fondée sur les droits humains, la réalisation des droits en santé sexuelle et reproductive (DSSR) des adolescent·e·s et jeunes dépend de l'engagement des débiteurs d'obligations. Cette étude qualitative descriptive et exploratoire analyse cet engagement dans le département du Couffo (Bénin). En 2026, 51 entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'un échantillon raisonné couvrant six catégories d'acteurs dans les six communes, puis soumis à une analyse thématique selon Braun et Clarke. L'engagement apparaît largement déclaré mais inégalement opérationnel : les droits génériques sont connus, mais les droits spécifiquement reproductifs et le cadre légal de l'avortement le sont peu. Cinq obstacles structurent les discours - tabous, résistances religieuses, menaces aux défenseur·e·s, déficit de dialogue parents-enfants, contraintes matérielles -, tandis que la chaîne de protection demeure fonctionnelle mais fragile. Transformer cet engagement en action suppose médiation culturelle,

plaidoyer budgétaire, rééquilibrage territorial et protection institutionnelle des défenseur·e·s.

Mots-clés : *droits en santé sexuelle et reproductive ; débiteurs d'obligations ; adolescent·e·s ; engagement communautaire ; recherche qualitative ; Bénin.*

Abstract

Within a human rights-based approach, the realization of adolescents' and young people's sexual and reproductive health rights (SRHR) depends on the engagement of duty bearers. This descriptive and exploratory qualitative study analyses that engagement in the Couffo department, Benin. In 2026, 51 semi-structured interviews were conducted with a purposive sample covering six categories of actors across the six municipalities, then thematically analysed following Braun and Clarke. Engagement is widely declared but unevenly operational: generic rights are well-known, whereas reproductive-specific rights and the legal framework on abortion are poorly understood. Five barriers structure the discourse - taboos, religious resistance, threats against defenders, parent-child dialogue deficit, and material constraints - while the protection chain remains functional yet fragile. Translating this engagement into action requires cultural mediation, budget advocacy, territorial rebalancing and institutional protection of SRHR defenders.

Keywords: *sexual and reproductive health rights; duty bearers; adolescents; community engagement; qualitative research; Benin.*

1. Introduction

Les droits en santé sexuelle et reproductive (DSSR) des adolescent·e·s et jeunes constituent un champ d'intervention prioritaire pour la santé publique mondiale. La Conférence internationale sur la population et le développement (Nations Unies, 1995) et les engagements qui en ont découlé reconnaissent à toute personne, y compris aux mineur·e·s, le

droit d'accéder à des informations et services lui permettant de décider librement de sa sexualité et de sa reproduction. La Convention relative aux droits de l'enfant (Assemblée générale des Nations Unies, 1989) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Assemblée générale des Nations Unies, 1979) consacrent une protection juridique étendue, dont l'effectivité repose néanmoins sur la mobilisation effective des acteurs nationaux et locaux.

En Afrique subsaharienne, les besoins non couverts en planification familiale, l'incidence élevée des grossesses non désirées, le recours à l'avortement clandestin et les violences basées sur le genre demeurent préoccupants chez les adolescent·e·s et jeunes (Bankole et al., 2009 ; Sawyer et al., 2018 ; Starrs et al., 2018). Au Bénin, l'enquête démographique et de santé documente des indicateurs encore défavorables sur la planification familiale, l'âge au premier rapport, l'accès à des services adaptés et l'autonomie reproductive des jeunes femmes (INSAE & ICF, 2019). Le pays s'est doté d'un cadre normatif progressiste, dont la loi élargissant les motifs de recours à l'avortement médicalisé (République du Bénin, 2021) et le dispositif de protection sociale réorganisé autour des Guichets Uniques de Protection Sociale (GUPS), qui se sont substitués aux Centres de Promotion Sociale dans le cadre de l'harmonisation des services sociaux (République du Bénin, 2022).

L'approche fondée sur les droits humains distingue les détenteur·rice·s de droits (rights holders) et les débiteur·rice·s d'obligations (duty bearers), ces dernier·e·s étant dépositaires d'une obligation de respecter, protéger et mettre en œuvre les droits des premier·e·s (HCDH, 2003 ; London, 2008). Dans le champ des DSSR des adolescent·e·s, les débiteurs d'obligations

forment une chaîne hétérogène : parents et tuteurs, autorités administratives et élues, professionnels de santé, acteurs éducatifs, animateurs des dispositifs de protection sociale, leaders religieux et traditionnels. Leur engagement effectif conditionne l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services offerts aux jeunes (Olivier de Sardan, 1995).

Si les déterminants des comportements de santé sexuelle des jeunes ont été largement étudiés en Afrique de l'Ouest (Adedini et al., 2018 ; Munea et al., 2020), la perspective des débiteurs d'obligations eux-mêmes – leurs connaissances, attitudes, pratiques, contraintes et propositions – demeure peu documentée à un niveau sous-régional. Or, les politiques publiques produites en haut tendent à se diluer ou à se reformuler à mesure qu'elles rencontrent les acteurs intermédiaires de leur mise en œuvre (Lipsky, 1980). Comprendre comment les débiteurs d'obligations se représentent leur rôle, à quelles tensions normatives ils sont confrontés et quelles ressources ils mobilisent constitue dès lors un préalable à toute stratégie d'intensification.

Cette étude vise à analyser, dans une perspective qualitative et panoramique, l'engagement des débiteurs d'obligations en faveur des DSSR des adolescent·e·s et jeunes dans le département du Couffo, au Bénin. Elle balaye huit dimensions complémentaires : profil et représentation du rôle ; connaissances des droits et services ; attitudes et perceptions ; pratiques d'engagement ; obstacles et contraintes ; santé menstruelle et prévention des violences ; affectation budgétaire ; perspectives et recommandations. L'objectif est de produire une lecture intégrée, utile aux décideurs et aux acteurs de terrain pour ajuster les stratégies de promotion des DSSR dans des contextes ruraux à forte structuration

normative. L'article s'organise en quatre temps : la méthode qualitative est d'abord exposée ; les résultats sont ensuite présentés selon les huit dimensions explorées ; la discussion les met en perspective autour de l'écart entre engagement déclaré et engagement opérationnel, des trois tensions structurantes et des implications pour les politiques ; la conclusion en dégage enfin les leviers d'action.

2. Méthodes

2.1. Devis et site d'étude

Une étude qualitative descriptive et exploratoire a été conduite en mars et avril 2026 dans le département du Couffo, situé au sud-ouest du Bénin et constitué de six communes : Aplahoué, Djakotomey, Dogbo, Klouékanmè, Lalo et Toviklin. Le Couffo présente des indicateurs socio-sanitaires défavorables et une couverture inégale en services adaptés aux adolescent·e·s, ce qui en fait un terrain pertinent pour étudier la chaîne d'engagement des débiteurs d'obligations. L'étude s'inscrit dans le cadre de l'étude de base d'un projet de promotion des DSSR mis en œuvre par un consortium de trois organisations non gouvernementales avec l'appui d'un partenaire technique et financier.

2.2. Population, échantillonnage et recrutement

La population d'étude était composée des débiteurs d'obligations des DSSR au niveau communal. Un échantillonnage raisonné par diversification des profils a été appliqué afin de couvrir l'éventail des positions concernées. Le recrutement a privilégié des personnes occupant une fonction effective dans la chaîne de protection ou dans le dispositif éducatif et sanitaire local, identifiées par des contacts

institutionnels et communautaires. Cinquante et une (51) personnes ont été incluses, réparties dans les six communes : Aplahoué (15), Klouékanmè (9), Dogbo (9), Toviklin (8), Lalo (6) et Djakotomey (4). Six grandes catégories d'acteurs étaient représentées : parents et tuteurs (≈25 %), professionnels de santé (≈18 %), acteurs éducatifs et de l'apprentissage (≈18 %), autorités administratives et élues (≈14 %), animateurs des GUPS et superviseurs locaux d'organisations non gouvernementales (≈14 %), leaders religieux, traditionnels et communautaires (≈11 %).

2.3. Recueil des données

Le recueil reposait sur un guide d'entretien semi-directif structuré en huit thématiques : (i) profil et rôle social ; (ii) connaissances des droits et services ; (iii) attitudes et perceptions ; (iv) pratiques et expériences d'engagement ; (v) obstacles et contraintes ; (vi) santé menstruelle et prévention des violences ; (vii) affectation budgétaire ; (viii) perspectives et recommandations. Les entretiens ont été conduits en face à face, en français ou en langue locale (fon, adja) avec traduction immédiate par l'enquêteur. Chaque entretien a duré entre 35 et 90 minutes. Les enquêteurs avaient été formés à la posture non directive, au repérage des relances et à la sensibilité éthique des thèmes abordés.

2.4. Analyse des données

Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique selon l'approche en six étapes proposée par Braun et Clarke (2006) : familiarisation, codage initial, recherche de thèmes, examen, définition et nommage des thèmes, rédaction. Le codage a combiné une logique inductive (thèmes émergeant du corpus) et une logique déductive (catégories issues du guide

d'entretien). Les énoncés saillants ont été triangulés entre catégories d'acteurs et entre communes pour identifier convergences et spécificités locales. La cohérence interne du codage a été vérifiée par relecture croisée. Concrètement, deux chercheurs ont d'abord codé indépendamment un sous-ensemble d'entretiens afin de construire une grille de codage commune, appliquée ensuite à l'ensemble du corpus ; le recrutement a été poursuivi jusqu'à saturation thématique, et chaque thème est illustré par des extraits identifiés selon un code locuteur (numéro d'entretien, commune, fonction) garantissant la traçabilité des données.

2.5. Considérations éthiques

L'étude a obtenu les autorisations administratives préalables des Directeurs Départementaux de la Santé et de l'Enseignement Secondaire du Couffo. Tous les participant·e·s ont reçu une information claire sur les objectifs, les risques et les bénéfices de l'étude et ont donné leur consentement éclairé, oral pour les personnes rencontrant des difficultés à signer. L'anonymat est garanti par l'usage de codes (E01 à E51) et par la suppression de tout marqueur identifiant dans la restitution des verbatims. Les données ont été conservées dans un environnement sécurisé.

3. Résultats

3.1. Profil et représentation du rôle social

L'échantillon de 51 répondant·e·s reflète la diversité de la chaîne de responsabilité communale autour des DSSR. Les six catégories d'acteurs identifiées se distinguent par leurs fonctions, leurs registres d'action et leur proximité avec les jeunes. Les parents et tuteurs interviennent dans l'espace

domestique, les professionnels de santé dans les formations sanitaires, les acteurs éducatifs dans les CEG et ateliers d'apprentissage, les autorités dans la planification et la coordination, les animateurs GUPS dans la prise en charge sociale, les leaders religieux et traditionnels dans la production normative.

Les représentations du rôle social s'organisent autour de trois registres discursifs. Le registre parental-éducatif valorise la posture de guide et d'accompagnateur. Un pasteur d'Aplahoué se définit ainsi « d'abord comme un guide spirituel et un accompagnateur ». Le registre professionnel-technique met en avant l'offre de services, l'orientation vers la planification familiale, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et le référencement des cas de violences sexuelles. Le registre institutionnel-stratégique, porté par les autorités et directeurs départementaux, articule les DSSR aux politiques publiques. Un glissement minoritaire mais significatif s'observe chez certains parents :

« Je ne me vois plus seulement comme une autorité qui impose des interdits, mais plutôt comme un guide bienveillant et un interlocuteur de confiance » (E14 – Djakotomey, parent encadreur)

Cette évolution témoigne d'une transformation amorcée des normes de parentalité vers un modèle plus dialogique.

3.2. Connaissances des droits et services

Les répondant·e·s mobilisent un socle commun de droits – droit à l'information, à la santé, à l'éducation, à la protection, à la confidentialité – cités quasi universellement. En revanche, les droits spécifiquement reproductifs – libre choix du partenaire, droit de décider du nombre et de l'espacement des enfants,

accès à la contraception, consentement libre et éclairé – ne sont évoqués que par une minorité, principalement les professionnels de santé, les animateurs GUPS et certains leaders éclairés. Les répondant-e-s des communes les moins couvertes par les interventions, notamment Lalo, présentent les niveaux les plus faibles, plusieurs se limitant à des énumérations très générales sans articulation avec la SSR.

La connaissance du cadre légal de l'avortement sécurisé fait apparaître une asymétrie marquée. Trois positions coexistent. Une minorité – professionnels de santé, autorités sanitaires et certains acteurs administratifs – maîtrise le cadre. Le directeur départemental des affaires sociales cite ainsi les motifs légaux reconnus : grossesses portant atteinte à la santé de la mère, grossesses adultérines et grossesses pour raisons professionnelles. Une majorité sait que l'avortement est « autorisé sous conditions » sans pouvoir préciser ces conditions, formule récurrente qui traduit une connaissance fragmentaire. Une troisième position, portée par certains leaders religieux, oppose le cadre légal à un interdit de principe :

« En Islam, l'avortement est strictement interdit » (E33 – Dogbo, imam)

Sur les motifs du recours à l'avortement clandestin, le diagnostic des répondant-e-s converge en quatre points : la peur et la honte face à la réaction parentale et au regard social – argument cité dans la grande majorité des entretiens –, le manque de moyens financiers, le manque d'information sur les services et le cadre légal, et la crainte d'être jugé-e-s ou dénoncé-e-s par le personnel soignant. Ce dernier élément renvoie à un enjeu critique de qualité de l'accueil dans les structures sanitaires.

3.3. Attitudes et perceptions

La position dominante, traversant toutes les catégories d'acteurs, est favorable à l'accès des adolescent·e·s et jeunes non marié·e·s aux services SSR. L'argumentaire s'appuie sur trois piliers. L'argument préventif souligne que l'accès permet de réduire les grossesses non désirées, les IST et les avortements clandestins. L'argument informationnel rappelle que les jeunes, exposé·e·s à des sources non fiables – réseaux sociaux, pairs, contenus médiatiques non régulés – ont besoin d'informations validées. L'argument de droit affirme l'universalité de la santé :

« Le droit à la santé en général et aux services de santé sont universels, sans aucune discrimination liée à l'âge, au sexe ou au statut matrimonial » (E04 – Aplahoué, prestataire SSR)

Deux postures plus restrictives subsistent. Une posture d'opposition, portée notamment par certains leaders traditionnels et quelques répondant·e·s d'Aplahoué, considère que « les adolescent·e·s qui ne sont pas marié·e·s ne devraient pas accéder aux services », au nom de la chasteté et de la virginité avant le mariage. Une posture de conditionnalité morale, défendue notamment par des leaders religieux, accepte l'accès « dans un cadre éducatif qui valorise la responsabilité, l'abstinence et le respect des valeurs morales » (E26, Aplahoué, pasteur). Cette posture traduit une tentative de conciliation entre valeurs religieuses et impératifs de santé publique.

Le rapport aux normes traditionnelles est traversé par une tension structurante. Pour une fraction des répondant·e·s, ces normes sont protectrices : elles préserveraient « la dignité familiale », encourageraient la virginité et canaliserait la

sexualité des jeunes. Pour une majorité, elles sont désignées comme un frein manifeste : elles institutionnalisent le tabou, empêchent le dialogue parents-enfants, alimentent les mariages forcés et précoces, et privent les jeunes d'informations fiables. Cette dualité traverse parfois le même acteur, qui valorise l'héritage normatif tout en reconnaissant ses effets délétères. Une telle ambivalence est un indicateur clé pour le plaidoyer : elle révèle une ouverture possible au changement à condition d'un accompagnement culturellement adapté.

3.4. Pratiques et expériences d'engagement

Une nette majorité des 51 répondant·e·s déclare s'engager activement dans des actions communautaires liées aux DSSR. Les formes recensées sont diversifiées : sensibilisations en ateliers d'apprentissage menées par les patrons artisans et responsables collectifs ; séances d'éducation dans les CEG par les professeurs, censeurs et surveillants ; consultations prénatales et orientations vers les services par les sages-femmes et prestataires ; prédications et conseils spirituels intégrant des éléments de SSR par les leaders religieux ; sensibilisations artistiques par théâtre et musique, comme celles d'un artiste-comédien à Dogbo ; intervention dans les cas de violences basées sur le genre (VBG), de mariages forcés et d'enlèvements via les GUPS, les commissariats et les services des affaires sociales. À l'opposé, un sous-ensemble – particulièrement concentré à Lalo – déclare ne pas être engagé. Les motifs invoqués sont instructifs et révélateurs d'une carence de couverture :

« Pour faute d'informations » (E37 – Lalo, superviseur)

« Je ne connais pas s'il y a des services SSR ici » (E40 – Lalo, superviseur)

« Mon éducation ne m'a pas permis d'être proche des actions communautaires en SSR » (E10 – Aplahoué, parent)

Plusieurs cas concrets attestent de l'opérationnalité du dispositif lorsqu'il fonctionne : grossesses précoces ayant nécessité un accompagnement pour la poursuite de la scolarité, viol d'une fille de 13 ans rapporté par un responsable de marché à Aplahoué, mariages forcés interrompus grâce à l'intervention conjointe du GUPS et du commissariat, enlèvements de filles résolus par alerte aux autorités, restitution d'une jeune fille à son partenaire après annulation d'un mariage forcé avec un homme âgé. Ces récits documentent l'existence d'une chaîne de référencement GUPS-commissariat-affaires sociales-ONG fonctionnelle, mais inégalement déployée.

3.5. Obstacles et contraintes à l'engagement

L'analyse des obstacles fait émerger cinq groupes thématiques que l'on peut hiérarchiser selon leur récurrence dans le corpus : tabous et normes socioculturelles ; résistances religieuses ; menaces et intimidations envers les défenseur·e·s ; déficit de dialogue parents-enfants ; contraintes matérielles et structurelles. Le tabou autour de la sexualité est l'obstacle le plus fréquemment cité. Il prend plusieurs formes : silence imposé dans les familles, pudeur normative entre générations, représentations religieuses diabolisant l'éducation sexuelle. Un répondant d'Aplahoué résume l'enjeu : l'éducation sexuelle est

perçue « comme une incitation à la débauche ». Le patriarcat et la soumission imposée aux femmes aggravent ces barrières :

« Une “ bonne femme ” ne peut prendre décision sans l’aval de son mari, y compris en matière de santé » (E04 – Aplahoué, prestataire SSR)

Les résistances religieuses sont signalées comme négatives par une majorité de répondant·e·s. Les religions chrétiennes, musulmanes et vodoun sont accusées de freiner l'accès à la contraception, d'interdire l'avortement de manière absolue et d'imposer une norme de chasteté jugée inopérante face aux réalités vécues. Une sage-femme de Dogbo souligne ainsi « l'interdiction de l'accès aux services de SSR par les leaders religieux ». Quelques répondant·e·s nuancent cette lecture en soulignant un rôle potentiellement positif des religions dans la promotion d'une abstinence responsable, ce qui ouvre un espace pour un engagement nuancé plutôt qu'oppositionnel. Un obstacle particulièrement préoccupant, fortement présent à Toviklin, concerne les représailles dont sont victimes les défenseur·e·s des DSSR : menaces de mort, recours à des pratiques occultes et envoûtements, moqueries et ostracisme communautaire, tentatives de corruption pour étouffer des dossiers de VBG ou de mariages forcés.

« On est confronté à des menaces, des intimidations, des envoûtements et des moqueries ; certains nous appellent pour nous interdire de poursuivre la défense des adolescent·e·s et jeunes » (E22 – Toviklin, professeur)

Cet environnement hostile appelle une réponse institutionnelle de protection des acteurs engagés.

Le déficit de dialogue parents-enfants sur la sexualité apparaît comme un obstacle transversal, cité par la quasi-totalité des répondant-e-s. Les causes identifiées sont multiples : poids du tabou, manque de compétences parentales, peur que l'information ne « pousse » les enfants à la sexualité, délégation implicite de l'éducation sexuelle à la société, à l'école ou aux pairs. Ce déficit laisse les jeunes aux mains de sources alternatives non fiables.

Enfin, des obstacles matériels et structurels émergent : manque d'outils de sensibilisation (boîtes à images, supports pédagogiques), calendriers chargés des professionnels de santé, accès limité des jeunes déscolarisé-e-s hors des circuits institutionnels, absence ou faiblesse des centres conviviaux dans certaines zones – Lalo en particulier –, pauvreté et analphabétisme des familles, exposition à des contenus numériques non régulés.

3.6. Santé menstruelle et prévention des violences

L'analyse des discours sur la menstruation révèle une transition normative en cours, dont le rythme et la profondeur varient fortement selon les contextes. Trois configurations coexistent. Dans plusieurs communautés, notamment en milieu adja, la menstruation reste un sujet « sacré », « interdit » ou « de honte ». Une femme en menstruation peut être interdite d'aller à la cuisine ou dans les couvents, comme le rapporte un répondant de Djakotomey. Les filles cachent leurs premières règles à leurs parents et les pères n'abordent jamais le sujet. Dans une seconde configuration, une ouverture partielle s'opère par le canal maternel : le sujet est abordé exclusivement entre mère et fille à partir des premières règles, et l'information porte principalement sur l'hygiène et les risques de grossesse, rarement sur les aspects symboliques ou émotionnels. Une

troisième configuration témoigne d'une normalisation en cours :

« La perception des menstruations est en train de changer ; avant c'était un truc de honte » (E19 – Klouékanmè, animateur GUPS)

Les sensibilisations portées par les ONG et les GUPS, ainsi que des campagnes désignées localement sous le nom d'« agbazatché », contribuent à cette transformation. Des initiatives spécifiques autour des serviettes hygiéniques réutilisables, portées par des organisations comme CUSO et GRASID, sont saluées. Concernant la prévention des violences sexuelles et des mariages forcés, le dispositif est globalement perçu comme fonctionnel. Il s'articule autour du cadre législatif national contre les VBG et les mariages forcés, des GUPS cités massivement comme point d'ancrage opérationnel, des commissariats et de la police, des relais communautaires et agents communautaires qualifiés, et des ONG intervenantes. Plusieurs répondant·e·s nuancent toutefois son efficacité :

« Les violences continuent, mais ce n'est plus aussi fréquent qu'avant » (E25 – Toviklin, sage-femme)

« Les violences sexuelles ne sont pas dénoncées, et cela affecte les jeunes » (E20 – Klouékanmè, animateur GUPS)

Ces formulations attestent d'une réalité persistante, partiellement invisibilisée par la sous-dénonciation.

3.7. Affectation budgétaire à la SSR : un angle mort

L'analyse des réponses sur la dimension budgétaire révèle l'une des failles les plus critiques du dispositif. La grande majorité des répondant·e·s – y compris des acteurs centraux – déclarent ne disposer d'aucune information sur les budgets affectés à la SSR

par leurs institutions. Les formulations « je n'ai pas d'information à cet effet », « aucune idée », « je ne saurais le dire », « je n'en sais rien » sont récurrentes et traversent la quasi-totalité des parents et patrons d'ateliers, la plupart des superviseurs et animateurs locaux, certains professionnels de santé qui ignorent les budgets de leur propre secteur, et plusieurs élus et responsables administratifs.

Quelques répondant·e·s informé·e·s fournissent néanmoins des chiffres. La mairie de Klouékanmè aurait alloué environ 500 000 FCFA pour la sensibilisation. La zone sanitaire d'Aplahoué aurait affecté 2 116 000 FCFA aux interventions SSR pour les adolescent·e·s et jeunes selon le directeur départemental de la santé. La direction départementale des affaires sociales mentionne des financements estimés à environ 10 millions FCFA via les appuis ENABEL et Plan Bénin. Les appuis externes récurrents incluent MSF pour la prise en charge des VBG, l'ABPF, CARE et le projet lui-même. Ce panorama révèle une dépendance préoccupante aux partenaires techniques et financiers internationaux. Plusieurs répondant·e·s formulent explicitement cette fragilité :

« C'est grâce au financement de MSF que nous arrivons à prendre en charge les cas de VBG ; mais le jour où MSF serait parti, on n'aurait plus de financement pour la continuité » (E24 – Toviklin, sage-femme)

Le très faible niveau de connaissance des budgets SSR, même chez des débiteurs d'obligations directement concernés, constitue en soi un indicateur critique. Il suggère soit l'absence effective de lignes budgétaires dédiées dans la majorité des communes, soit une opacité informationnelle autour de ces lignes lorsqu'elles existent. Dans les deux cas, ce résultat

appelle un plaidoyer budgétaire structuré en direction des collectivités locales.

3.8. Perspectives et recommandations issues du corpus

Les répondant·e·s formulent un ensemble de propositions qui convergent vers une stratégie multi-niveaux et multi-acteurs, organisée autour de six axes.

Premièrement, intensifier et territorialiser la sensibilisation, avec une augmentation de la fréquence des séances en direction des parents, une descente dans les villages et quartiers les plus reculés, l'implication des chefs de village et de quartier comme relais et la multiplication des relais communautaires.

Deuxièmement, promouvoir systématiquement le dialogue parents-enfants par l'institutionnalisation des « écoles de parents » sur le modèle expérimenté par la direction départementale des affaires sociales, et par des visites à domicile.

Troisièmement, engager les leaders religieux et traditionnels en obtenant leur adhésion explicite, notamment sur la lutte contre les VBG, et en les associant à la correction des normes traditionnelles délétères.

Quatrièmement, intégrer et pérenniser le financement par l'inscription de lignes spécifiques DSSR dans les budgets communaux et la mobilisation de ressources nationales.

Cinquièmement, renforcer l'offre de services adaptés par la création de centres conviviaux dans chaque arrondissement,

l'aménagement d'espaces sûrs dans les formations sanitaires, la dotation des CEG en sanitaires adaptés à la gestion de l'hygiène menstruelle, la disponibilité des contraceptifs et produits d'hygiène à coût bas, et l'intégration de modules DSSR dans les programmes scolaires.

Sixièmement, garantir la protection juridique et l'accompagnement économique par une stricte application des textes contre les mariages forcés et les VBG, le renforcement de la scolarisation des filles, l'autonomisation économique des femmes et la mise en place d'un comité départemental parents-autorités.

3.9. Synthèse panoramique des huit dimensions

Le tableau I récapitule les principaux résultats issus du balayage des huit dimensions explorées.

Tableau I. Synthèse panoramique des huit dimensions explorées

Dimension	Constats principaux	Communes les plus marquantes
Profil et rôle social	Six catégories d'acteurs ; trois registres discursifs (parental-éducatif, professionnel-technique, institutionnel-stratégique) ; glissement minoritaire vers une parentalité dialogique.	Toutes communes
Connaissances	Socle commun de droits génériques ; déficit sur les droits reproductifs spécifiques et sur le cadre légal de l'avortement sécurisé.	Lalo (déficit le plus marqué)
Attitudes et perceptions	Acceptation majoritaire de l'accès des jeunes non marié-e-s ; postures minoritaires d'opposition ou	Aplahoué (oppositions ; ambivalence forte)

	de conditionnalité morale ; ambivalence vis-à-vis des normes traditionnelles.	
Pratiques d'engagement	Engagement effectif majoritaire et diversifié ; non-engagement d'un sous-ensemble lié au déficit d'information ; cas concrets de référencement opérationnel documentés.	Lalo (non-engagement) ; Aplahoué, Toviklin (cas documentés)
Obstacles	Cinq groupes hiérarchisés : tabous, résistances religieuses, menaces aux défenseur-e-s, déficit de dialogue parents-enfants, contraintes matérielles.	Toviklin (menaces) ; Aplahoué, Dogbo (résistances religieuses)
Santé menstruelle et VBG	Transition normative à trois configurations (persistance du tabou, ouverture maternelle, normalisation) ; dispositif anti-VBG fonctionnel mais sous-dénonciation persistante.	Djakotomey (tabou en milieu adja) ; Klouékanmè (normalisation)
Affectation budgétaire	Méconnaissance généralisée des budgets ; quelques chiffres ponctuels (Klouékanmè ≈ 500 000 FCFA ; ZS Aplahoué 2 116 000 FCFA ; DDASM ≈ 10 millions FCFA) ; dépendance aux financements externes.	Toutes communes (méconnaissance) ; Klouékanmè, Aplahoué (chiffres)
Recommandations	Stratégie en six axes : sensibilisation territorialisée, dialogue parents-enfants, engagement des leaders, intégration budgétaire, offre de services adaptés, protection juridique et économique.	Toutes communes

4. Discussion

4.1. Engagement déclaré et engagement opérationnel : un écart à réduire

L'analyse fait apparaître un paradoxe central : la quasi-totalité des débiteurs d'obligations interrogé·e·s reconnaissent une responsabilité en matière de DSSR et se déclarent engagé·e·s, mais la traduction opérationnelle de cet engagement reste inégale. Les acteurs en contact direct avec les jeunes – patrons d'ateliers, professeurs, sages-femmes – et celles et ceux insérés dans des dispositifs structurés tels que les GUPS ou les projets ONG présentent un engagement effectif. À l'inverse, certains acteurs institutionnels stratégiques demeurent à la lisière du dispositif, faute d'information, de formation ou de coordination. Cette dissociation entre intention et action a été documentée dans d'autres contextes africains pour les politiques publiques de santé reproductive (Agadjanian, 2013 ; Maxwell & Aggleton, 2010). Elle invite à dépasser une stratégie centrée sur les seules connaissances pour investir les compétences, les ressources et les espaces collectifs d'action.

4.2. Trois tensions structurantes

Le corpus fait émerger trois tensions structurantes qui conditionnent l'efficacité des interventions futures.

La première est la tension tradition-modernité : les normes traditionnelles sont à la fois valorisées comme protectrices et critiquées comme délétères, parfois par le même acteur. Cette ambivalence n'est pas une incohérence ; elle est l'expression d'une socialisation située dans des champs normatifs en concurrence (Johnson-Hanks, 2006). Elle constitue un point d'appui pour la médiation culturelle, à condition d'être travaillée plutôt que niée.

La deuxième est la tension religion-santé publique. Les positions religieuses sur l'abstinence, la contraception et l'avortement entrent en contradiction avec le cadre légal et les impératifs de santé publique (Adedini et al., 2018). Les voix religieuses alliées documentées dans le corpus – pasteur d'Aplahoué admettant la conditionnalité morale plutôt que l'opposition frontale, imam de Dogbo accueillant les sensibilisations communautaires – démontrent qu'un dialogue structuré et nuancé est non seulement possible, mais déjà à l'œuvre. Cette piste mérite d'être consolidée par un travail d'engagement plutôt que d'opposition.

La troisième tension renvoie à la couverture territoriale différenciée. Une lecture rapide opposerait centre et périphérie, mais le corpus complique cette grille. Aplahoué, supposée commune centrale et chef-lieu, concentre des résistances socioculturelles fortes et abrite des positions d'opposition ouvertes. Toviklin, supposée périphérique, est le théâtre de pressions hostiles aux défenseur·e·s mais présente aussi un dispositif local actif. Lalo, en revanche, concentre les déficits d'information, de service et d'engagement déclaré. La structuration territoriale du Couffo n'est donc pas réductible à un gradient centre-périphérie : elle est façonnée par l'historique des interventions, la densité des acteurs intermédiaires et l'ancrage différencié des normes locales. Tout effort de rééquilibrage gagne à s'appuyer sur cette cartographie nuancée plutôt que sur une opposition simpliste.

4.3. Une chaîne de protection fonctionnelle mais fragile

Le dispositif de protection articulant GUPS, commissariats, services des affaires sociales et ONG partenaires fonctionne et produit des résultats documentés : interruption de mariages

forcés, prise en charge de cas de VBG, accompagnement de la scolarité des filles enceintes. Sa fragilité tient cependant à trois facteurs convergents. La dépendance aux financements externes, formulée explicitement par les acteurs eux-mêmes, expose la chaîne à des ruptures de service en cas de retrait des partenaires. Les inégalités territoriales, particulièrement marquées à Lalo, produisent un déficit cumulatif. La persistance de résistances socioculturelles, qui alimentent la sous-dénonciation, prive la chaîne de la matière première dont elle a besoin pour agir.

Les pressions sur les défenseur·e·s – menaces, envoûtements, tentatives de corruption – documentées principalement à Toviklin, constituent un signal fort. Elles suggèrent que l'engagement effectif a déjà commencé à déplacer les équilibres locaux et qu'il rencontre, en réaction, des stratégies de contention. Une réponse institutionnelle de protection des acteurs engagés – soutien juridique, dispositifs de signalement confidentiel, valorisation publique – devient indispensable pour ne pas démobiliser celles et ceux qui assument des positions exposées.

4.4. L'opacité budgétaire comme levier de plaidoyer

L'angle mort budgétaire constitue probablement le résultat le plus opérationnel de l'étude. Lorsque des élus et responsables administratifs ignorent les ressources consacrées à la SSR par leurs propres institutions, cela traduit moins un défaut individuel qu'une faiblesse structurelle d'information et, possiblement, d'allocation. Les rares chiffres recueillis suggèrent une intervention budgétaire publique modeste, articulée à des appuis externes plus substantiels. Incrire des lignes DSSR identifiées et publiquement documentées dans les budgets communaux, mobiliser des ressources nationales pour

réduire la dépendance aux bailleurs et outiller les conseils communaux pour le suivi de ces lignes constituent des leviers immédiats d'action. Un tel plaidoyer s'inscrit dans une perspective de pérennisation et d'appropriation nationale des actions DSSR.

4.5. Implications pour les politiques et programmes

Quatre orientations opérationnelles découlent de l'analyse. Elles consistent à investir massivement dans le dialogue parents-enfants, identifié unanimement comme le verrou principal ; à conduire un plaidoyer budgétaire ciblé auprès des communes pour l'inscription de lignes DSSR pérennes ; à renforcer la couverture territoriale avec une attention particulière aux communes sous-dotées, au premier rang desquelles Lalo ; à protéger et valoriser institutionnellement les acteurs engagés, notamment celles et ceux exposé·e·s à des menaces et intimidations. Ces axes sont compatibles avec les recommandations issues directement du corpus, ce qui renforce leur appropriation prévisible par les acteurs locaux.

4.6. Forces et limites

Cette étude présente plusieurs forces. La diversification de l'échantillon – six catégories d'acteurs, six communes – permet une lecture intégrée de la chaîne de responsabilité. Le balayage panoramique des huit dimensions du guide articule connaissances, attitudes, pratiques et déterminants matériels, là où les études thématiques tendent à isoler une dimension. La triangulation entre catégories d'acteurs et entre communes assure la robustesse interne. L'étude présente toutefois des limites. Le caractère déclaratif des entretiens expose à un biais de désirabilité sociale, particulièrement sensible sur les pratiques d'engagement et sur l'adhésion aux normes promues

par les ONG. La sous-représentation de certaines communes (Djakotomey, n=4) limite les comparaisons inter-communales fines. Enfin, l'absence d'observation directe des pratiques empêche de croiser le déclaré et le fait. Une articulation avec le volet quantitatif de l'étude de base, conduit auprès de 851 jeunes, et avec des observations ethnographiques ciblées, permettrait de consolider les constats.

5. Conclusion

Le balayage panoramique des huit dimensions de l'enquête qualitative auprès des 51 débiteurs d'obligations du Couffo révèle un engagement largement déclaré, inégalement opérationnel, structuré par trois tensions – tradition-modernité, religion-santé publique, couverture territoriale différenciée – et soutenu par une chaîne de protection fonctionnelle mais fragile. Les connaissances couvrent un socle commun de droits génériques mais s'amenuisent sur les droits spécifiquement reproductifs. Les obstacles s'organisent autour des tabous, des résistances religieuses, des menaces aux défenseur·e·s, du déficit de dialogue parents-enfants et des contraintes matérielles. Le dispositif anti-VBG est globalement perçu comme fonctionnel, malgré une sous-dénonciation persistante. L'opacité budgétaire constitue un angle mort critique.

Transformer l'engagement déclaré en engagement opérationnel suppose une stratégie intégrée combinant médiation culturelle, dialogue avec les autorités religieuses, investissement prioritaire dans le dialogue parents-enfants, plaidoyer budgétaire ciblé auprès des collectivités, rééquilibrage territorial et protection institutionnelle des défenseur·e·s. Le projet de promotion des DSSR concerné offre

une fenêtre d'opportunité pour articuler ces leviers et pour produire, sur la durée, une chaîne de responsabilité plus dense, mieux outillée et davantage appropriée par les acteurs locaux. Au-delà de ses résultats, cette étude présente une double contribution. Sur le plan scientifique, elle propose une lecture panoramique et intégrée de l'engagement des débiteurs d'obligations — rarement saisi dans sa globalité — et met au jour l'écart entre engagement déclaré et engagement opérationnel comme clé d'analyse des chaînes de responsabilité en DSSR. Sur le plan social, en restituant la parole des acteurs de terrain et en identifiant des leviers concrets — médiation culturelle, plaidoyer budgétaire, protection des défenseur·e·s —, elle met à la disposition des décideurs locaux et des porteurs de projets un diagnostic directement actionnable, au service de l'effectivité des droits des adolescent·e·s et jeunes des zones rurales les plus exposées.

Références bibliographiques

ADEDINI Sunday A. et al., 2018, « Role of religious leaders in promoting contraceptive use in Nigeria », in *Global Health: Science and Practice*, Vol. 6, N°3, pp. 500-514

AGADJANIAN Victor, 2013, « Religious denomination, religious involvement, and modern contraceptive use in southern Mozambique », in *Studies in Family Planning*, Vol. 44, N°2, pp. 259-274

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES, 1979. *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)*, Résolution 34/180, Nations Unies, New York

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES, 1989. *Convention relative aux droits de l'enfant*, Résolution 44/25, Nations Unies, New York

BANKOLE Akinrinola et al., 2009. *Barriers to Safe Motherhood in Nigeria*, Guttmacher Institute, New York

BRAUN Virginia & CLARKE Victoria, 2006, « Using thematic analysis in psychology », in *Qualitative Research in Psychology*, Vol. 3, N°2, pp. 77-101

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME (HCDH), 2003. *L'approche fondée sur les droits humains de la coopération pour le développement : vers une compréhension commune entre les agences des Nations Unies*, HCDH, New York & Genève

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

JOHNSON-HANKS Jennifer, 2006. *Uncertain Honor: Modern Motherhood in an African Crisis*, University of Chicago Press, Chicago

LIPSKY Michael, 1980. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russell Sage Foundation, New York

LONDON Leslie, 2008, « What is a human rights based approach to health and does it matter? », in *Health and Human Rights*, Vol. 10, N°1, pp. 65-80

MAXWELL Claire & AGGLETON Peter, 2010, « Agency in action – young women and their sexual relationships in a private school », in *Gender and Education*, Vol. 22, N°3, pp. 327-343

MUNEA Alemtsehay Mekonnen, ALENE Getu Degu & DEBELEW Gurmesa Tura, 2020, « Quality of youth-friendly sexual and reproductive health services in West Gojjam zone, North West Ethiopia », in *BMC Health Services Research*, Vol. 20, art. 245

NATIONS UNIES, 1995. *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*, Nations Unies, New York

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », in *Enquête*, N°1, pp. 71-109

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

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN (Ministère des Affaires sociales et de la Microfinance), 2022. *Dispositif national des Guichets Uniques de Protection Sociale (GUPS)*, Cotonou

SAWYER Susan M., AZZOPARDI Peter S., WICKREMARATHNE Dakshitha & PATTON George C., 2018, « The age of adolescence », in *The Lancet Child & Adolescent Health*, Vol. 2, N°3, pp. 223-228

STARRS Ann M., EZEH Alex C., BARKER Gary et al., 2018, « Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission », in *The Lancet*, Vol. 391, N°10140, pp. 2642-2692