



APPEL A COMMUNICATIONS
8^{ème} Conférence sur la Population Africaine
KAMPALA –OUGANDA,
18 NOV. – 22 NOV. 2019

*S'appuyer Sur Le Potentiel De La Population Pour
Accélérer Le Développement Durable En Afrique : 25 Ans
Après Le Caire Et Au-Delà*

**Les sources d'inégalités d'accès des adolescentes aux
moyens de contraception au Bénin: Evolution des
modalités d'utilisation et défis**

***Achille TOKIN** (*doctorant LaReSPD, Université de Parakou, achilletokin@yahoo.fr*)

Mouftaou AMADOU SANNI (*Démographe LaReSPD, Université de Parakou,
mouftaouamadousanni@yahoo.fr*)

RESUME

Malgré les efforts divers des deux dernières décennies pour la promotion de la santé de la reproduction, des milliers d'adolescentes peinent encore à accéder aux services de planification familiale au Bénin. Cet article se propose d'examiner les possibilités qu'une adolescente a face à l'utilisation d'une méthode de planification familiale ainsi que les modalités d'utilisation. Au prisme des capacités, les inégalités d'accès à la contraception sont analysées à travers les tableaux de contingence à différentes dates des EDS. Il en ressort qu'au cours des vingt dernières années, la capacité de l'adolescente à accéder à la contraception s'est améliorée montrant un retournement de situation. Ce qui témoigne de l'affaiblissement des barrières constituant les facteurs de conversion. L'espace de liberté d'accès est moins large pour les non instruites, celles qui exercent une activité agricole, celles qui sont favorables à la violence, les pauvres et celles en union précoce.

Mots clés : planification familiale, fécondité ; approche des capacités ; contraception

ABSTRACT

Despite the various efforts of the past two decades to promote reproductive health, thousands of adolescent girls still struggle to access family planning services in Benin. This article aims to examine the possibilities a teenager has for the use of a family planning method and how to use it. With the prism of the capabilities, the inequalities of access to the contraception are analyzed through the tables of contingency at different dates of the DHS. It turns out that over the last twenty years, the adolescent's ability to access contraception has improved, showing a reversal of the situation. This shows the weakening of the barriers constituting the conversion factors. The space of freedom of access is less wide for the uneducated, those who exercise an agricultural activity, those who are favorable to the violence, the poor and those in early union.

Key words: family planning, fertility; capability approach; contraception

Introduction

L'accès au planning familial qui est un droit humain fondamental, demeure un défi majeur dans les pays à ressources limitées malgré le repositionnement dans les priorités de la politique nationale de développement sanitaire dans ces Etats. On estime encore à 222 millions, les femmes incapables d'exercer ce droit dans les pays en développement (UNFPA, 2012). Pourtant, la réalisation des droits à la santé et à l'éducation chez ces femmes est étroitement conditionnée par leur capacité à planifier le moment et la taille de leur famille. Elles ont d'énormes difficultés à accéder aux moyens de contraceptions, aux informations et aux services de qualité, même s'ils sont disponibles, à cause de certaines forces sociales et économiques qui constituent encore des barrières (UNFPA, 2012). En conséquence, le fait de ne pas exercer ce droit est un facteur aggravant pour la pauvreté, l'exclusion, la mauvaise santé et l'inégalité des sexes, selon les chercheurs. Les gouvernements ont pris conscience de l'enjeu en adoptant non seulement le plan d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement de 1994 mais aussi en se mobilisant pour l'amélioration de l'accès des populations aux services de santé sexuelle et reproductive tant en milieu rural qu'urbain.

En témoigne les statistiques de cette dernière décennie qui renseigne que l'utilisation de la planification familiale par les femmes mariées en Afrique de l'Ouest est passée du simple (6,3%) au double (13,9%). Cependant, l'Afrique de l'Ouest est demeurée en retard par rapport aux autres régions de l'Afrique (Toshito et al, 2008). Avec cette faible prévalence, 23 % de ces femmes ont pourtant indiqué qu'elles préféreraient éviter une grossesse, mais elles n'utilisent aucune méthode de planification familiale. Caldwell et al (2002) expliquent ce faible recours aux méthodes de planification familiale par l'importance des mariages précoces, de la pression sociale pour avoir beaucoup d'enfants et un accès limité à l'éducation. Pour d'autres chercheurs, l'accès à ces méthodes dépend en partie de l'endroit où elles vivent (milieu rural ou urbain), de leur niveau d'éducation et de richesse. Ce que confirme le rapport de l'UNFPA relative à l'état de la population mondiale en 2017 qui soutient la thèse selon laquelle les inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive sont liées aux inégalités économiques.

Ceci n'épargne aucunement la situation des jeunes et les adolescent-e-s dont l'accès à la contraception est influencé par les normes sociales, les tabous avec un pouvoir plus accentué sur les adolescentes. Les représentations sociales ont tendance à influencer le statut des adolescentes et ainsi que leur préférence en matière de fécondité. Selon l'organisation mondiale de la santé certains pays africains investissent dans les services de planification familiale ciblant les adolescentes et jeunes pour réduire les taux de fécondité, améliorer le développement économique et l'état de santé de leur population (OMS¹, 2017). L'accès à la contraception apparait de ce fait comme un enjeu majeur de santé publique dans les pays à ressources limitées, car les complications de la grossesse sont la principale cause de décès chez les adolescentes de 15-19 ans (OMS, 2016). Ce que renchérit Ganchimeg T, et al (2014) dans leurs travaux démontrant que les mères adolescentes de 10-19 ans courent un risque plus élevé d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans. Elles ont des besoins affectifs, psychologiques et sociaux plus importants

¹ Bull World Health Organ 2017;95:614–615| doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.020917>, <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/9/17-020917/fr/> consulté le 26/07/2019

(Darroch et al, 2016). Ces auteurs renseignent que dans certains contextes, la grossesse et l'accouchement chez les adolescentes, ne sont ni planifiés ni souhaités. Ils estiment à Vingt-trois millions de filles âgées de 15 à 19 ans, le nombre ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception moderne dans les régions en développement. La moitié des grossesses qui surviennent chez elles sont non désirées (Darroch et al, 2016).

Plusieurs hypothèses explicatives sont émises par divers chercheurs afin de comprendre la problématique d'accès aux moyens de contraception. Pour l'OMS, cette problématique s'explique d'une part, par les lois et les politiques restrictives concernant la fourniture de contraceptifs en fonction de l'âge, de l'état matrimonial, la motivation personnelle des adolescentes et le coût pour y accéder et d'autre part, par la partialité de l'agent de santé. Pour d'autres, même si l'adolescente se procure un contraceptif, l'utilisation cohérente et correcte suite à la pression liée à la fécondité, la stigmatisation entourant l'activité sexuelle non conjugale, la peur des effets secondaires; le manque de connaissances sur l'utilisation correcte influencent l'accès. Ce qui n'est pas le cas des experts en politique publique. Selon ces chercheurs, pour garantir une meilleure égalité d'accès des populations à la santé sur l'ensemble des territoires, il faut une répartition plus homogène de l'offre de soins et de services. Malheureusement, la problématique de l'accès à ses services (préventifs et curatifs) se pose différemment selon que l'on réside en territoire urbain ou rural.

Par contre, c'est la définition de la notion d'accès qui ne facilite pas la mesure de l'égalité d'accès. Selon Bonnet (2002), l'accès est une réalité mesurable par la fréquentation (un usage de système de soins). Certains auteurs comme Le Pen (1996) font référence aux chercheurs Mooney et Le Grand qui le considèrent du point de vue économique comme l'offre d'un bien. Une définition qui fait aussi référence à l'accessibilité au bien du point de vue géographique et économique confondus. L'OMS s'inscrit dans cette logique faisant une différence entre le recours et l'accès dans le sens où elle estime que les inégalités d'accès sont plutôt des inégalités de couverture sociale (financement et ayant droit) et le recours la réalité finale de son usage (recours aux soins). Ces chercheurs le définissent comme la consommation effective. L'accès ou l'accessibilité dans ce cas est perçue comme la capacité d'interaction et de contact (physique ou non) avec des lieux d'importance socio-économique (Diechmann, 1997). On constate donc que ce concept oscille entre plusieurs disciplines scientifiques connexes allant de l'économie à la géographie en passant par sociologie, la psychologie etc. Selon la théorie de Comte et Durckheim (Litva et al, 1995) les facteurs structurels et fonctionnels des sociétés telles que les normes et valeurs expliquent les comportements des populations face à l'accessibilité qui elle-même comporte les dimensions d'accessibilité sociale, financière aux ressources sanitaires tout autant que géographique. Litva et ses collègues (1995) montrent à leur tour que l'usage des ressources sanitaires à travers les modèles d'utilisation complétant l'accessibilité et accès aux soins, fait référence au rôle fondamental des approches structuralistes (normes et valeurs) selon le modèle de recours de Andersen et Adey (1981). Ce dernier est plus utilisé dans les études portant sur l'accès aux services. Il appréhende le concept d'accès sous deux angles : l'accès potentiel, qui fait référence aux caractéristiques du système de santé et l'accès réalisé, qui englobe l'utilisation des services (Aday et Andersen, 1974; Aday et Andersen, 1981; OMS, 2000).

Dans les pays Africains, l'inégalité d'accès des populations aux prestations de services de santé est liée aux difficultés économiques et financières plus qu'à la dimension géographique de l'accessibilité (Castro-Leal et al, 2000). La question d'accessibilité ou d'accès s'inscrit dans un système global de pensée. Selon l'Institut de la Médecine des Etats-Unis (1993), l'accès se définit comme « *A shorthand term for a broad set of concerns that center on the degree to which individuals and groups are able to obtain needed services from the medical care system* ». Cette définition montre que parler de l'accès implique les besoins de services et la capacité de les obtenir. En conséquence, 43 % des grossesses ne sont pas planifiées du fait des inégalités dans les régions en développement (Guttmacher Institute, 2017). Ce que confirment à juste titre (Gonzales et al. 2015a) lorsqu'ils concluent que les grossesses d'adolescentes sont étroitement liées aux inégalités de revenus et aux taux de pauvreté. Ce qui pourrait être une erreur car, les différences de revenus ou de richesse sont souvent considérées uniquement comme étant les inégalités. Ce qui n'est pas l'avis de Osotimehin² (2017) qui exprime que l'on « *réduit souvent les inégalités aux différences de revenus ou de richesses, à la ligne séparant les riches des pauvres. Pourtant, dans les faits, les inégalités forment un tout, dont les disparités économiques ne sont qu'une facette. Beaucoup d'autres facteurs sociaux, ethniques, politiques et institutionnels entrent en ligne de compte et se renforcent mutuellement, annihilant ensemble tout espoir d'amélioration pour les personnes laissées en marge* ».

De ce fait, dans quelle mesure une adolescente qui souhaite utiliser une méthode de contraception moderne peut y accéder ? Quels sont les moyens qui permettent aux adolescentes d'élargir leurs possibilités d'action et de recourir aux méthodes contraceptives si elles le désirent.

1. Données et méthodes

Cette étude se concentre sur l'accès des adolescentes aux moyens de contraception moderne (MCM). Il s'agit de l'utilisation auto déclarée d'au moins une méthode de planification familiale. L'accès est réalisé ou effectif lorsqu'une adolescente sexuellement active qui désire avoir d'enfant dans deux ans ou plus se trouve dans une situation où elle est capable d'accéder à au moins une méthode de contraception. Cette définition est jugée selon l'utilisation des services de la planification disponible en opposition aux besoins non satisfaits qualifiés d'accès potentiel (Chen et Coll., 2002; Sanmartin et Coll., 2002).

1.1. Source de données et portée de l'étude

Les données utilisées dans cette étude sont celles des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées au Bénin entre 1996 et 2017. Il s'agit notamment des cinq EDSB de 1996, 2001, 2006, 2011 et 2017. Cette source de données est issue d'un grand programme d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), plus connues sous le sigle anglais DHS (Demographic and Health Surveys), conduites dans les pays en développement par un consortium basé aux Etats-Unis (ICF International). Les informations collectées au cours de

² **Feu Dr. Babatunde Osotimehin** (1949–2017) Secrétaire général adjoint de l'Organisation des Nations Unies et Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour la population

ces enquêtes sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des douze départements du pays.

1.2. Population cible

La population cible de l'étude est composée des femmes de 15 à 19 ans interrogées dans le cadre des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) au Bénin entre 1996 et 2017. En effet, cette population cible est définie selon la dimension démographique et sociologique de l'adolescence avec l'âge comme critère ultime.

EDS B	Adolescentes sexuellement actives		
	Urbain	Rural	Total
I	397	555	952
II	516	605	1121
III	1339	1461	2800
IV	1262	1387	2649
V	1396	1672	3068

L'adolescence est « *la tranche d'âge chronologique à l'intérieur de laquelle un individu n'est considéré ni comme un enfant, ni comme un adulte mature* » (Kuate-Defo, 1998). Ce dernier montre que c'est une période « *socialement définie selon un ensemble de normes culturelles et de pratiques qui encadrent la transition entre l'enfance et l'âge adulte* ».

1.3. Méthodes d'analyse

Pour approcher l'inégalité d'accès aux MCM nous procéderons d'une part, à la distribution de l'accès aux MCM sans référence à d'autres caractéristiques, on regardera comment la population se répartit entre les types de méthodes. D'autre part, nous comparons les caractéristiques sociales économiques et démographiques des adolescentes selon qu'elles aient accès à une méthode contraceptive (moderne, traditionnelle et néo-traditionnelle).

L'analyse des tableaux de contingence à des dates différentes, nous permet de nous prononcer sur les tendances de l'inégalité des chances d'accès aux moyens de la contraception à travers l'étude de la variation temporelle de l'association statistique entre les ressources personnelles, les conditions de vie des ménages, la position sociale et les caractéristiques socioculturelles et démographiques des adolescentes.

Le risque relatif (RR) encore peu utilisé en démographie (Khlat³, 1996) sera utilisé pour comparer les chances d'accès entre des groupes d'individus selon des critères identiques, mais qui ont connu des issues différentes concernant l'accès aux moyens de contraception chez les

³ Khlat M., 1996, Contribution de la méthode cas-témoin à l'évaluation des programmes de santé, in Khlat M., Dir., Evaluation démographique des programmes de santé, CICRED/FNUA/Coopération française, Actes du Séminaire Evaluation démographique des programmes de santé, 26-28 février 1996, Paris, p.381-398.

adolescentes. Dans cette recherche, les chances d'accès sont évaluées à travers le rapport entre les taux de prévalence selon les groupes considérés. Il mesure les différences de risque entre groupes en termes de rapport.

- Soit P, le nombre d'adolescentes ayant accédé aux moyens de contraception moderne (MCM) rapporté à l'ensemble des adolescentes de notre échantillon (population exposée à l'évènement).
- Le risque relatif d'accès désigné comme chance d'accès aux MCM entre deux groupes A et B est évalué par la formule: $RR = P_A/P_B$. On l'assimile aux chances d'accès dans le groupe A par rapport aux chances dans le groupe B.

La p-value du test du χ^2 effectué sur le tableau de contingence ou l'intervalle de confiance à 95% [IC95%] du risque relatif donne la précision de l'estimation du risque relatif nous permet de porter un jugement de signification statistique:

- $RR > 1$, $px^2 < 0.05$ ou [IC95%] excluant la valeur 1 : risque significativement accru indique qu'il existe une association positive entre la variable indépendante et la variable d'intérêt. L'opportunité d'accès est donc disponible pour les groupes considérés
- $RR < 1$, $px^2 < 0.05$ ou [IC95%] excluant la valeur 1 : risque significativement réduit indique qu'il existe une association négative, c-à-d un facteur de protection, les chances d'accès diminuent réduisant les opportunités d'accès entre groupe
- $px^2 > 0.05$ ou [IC95%] incluant la valeur 1 : on ne met pas en évidence de relation statistiquement significative entre la variable indépendante et la variable d'intérêt.

Dans une perspective dynamique, l'estimation, à une date ultérieure, du RR inférieur à 1 s'interprétera comme le fait que les chances ont diminué dans la population considérée. Cela pourrait être le résultat de la réduction des opportunités d'accès dans le temps, de l'espace de liberté, et par ricochet de la capacité d'agir des adolescentes. Inversement, le RR supérieur à 1 correspondra à une augmentation, au cours du temps, des chances. Le processus d'accès s'est donc amélioré. L'écart entre les possibilités d'accès aux MCM offertes aux adolescentes se trouve donc réduit.

2. Résultats et discussions

2.1. Répartition des situations des adolescents vis-à-vis de l'accès aux méthodes de planification familiale au Bénin

Le tableau 1 et les figures 1 et 2 ci-dessous montrent que dans les vingt dernières années, la situation des adolescentes par rapport à l'accès aux méthodes de planification familiale a connu une amélioration bien que critique. La proportion des adolescentes ayant eu accès à au moins une méthode de planification familiale a connu une augmentation régulière entre 1996 et 2012 allant de 10% à 13%. Soit une amélioration de 3 points. Par contre entre 2012 et 2017 il est noté une régression de cet accès. Selon le type de méthode, on il est observé que la proportion des adolescentes qui ont accès uniquement aux méthodes traditionnelles s'est réduite dans le temps allant de 8,2% en 1996 à 1, 2% en 2017. A contrario, celles qui utilisent uniquement les méthodes modernes a progressé allant de 2% à 10% en 1996 et 2012 puis régressé de près de moitié (5,8%) en 2017.

Tableau 1: Utilisation actuelle de la contraception par type de méthode chez les adolescentes

	EDSB I	EDSB II	EDSB III	EDSB IV	EDSB V
Utilise aucune méthode	89,8 (855)	90,1 (1010)	88,7 (2484)	86,6 (2294)	93,0 (2854)
Utilise uniquement des méthodes traditionnelles	8,2 (78)	5,1 (57)	5,9 (166)	3,4 (91)	1,2 (36)
Utilise uniquement des méthodes modernes	2,0 (19)	4,8 (54)	5,4 (150)	10,0 (264)	5,8 (178)
Ensemble	100 (952)	100 (1121)	100 (2800)	100 (2649)	100 (3068)

Source: EDS Bénin, entre 1996 et 2017

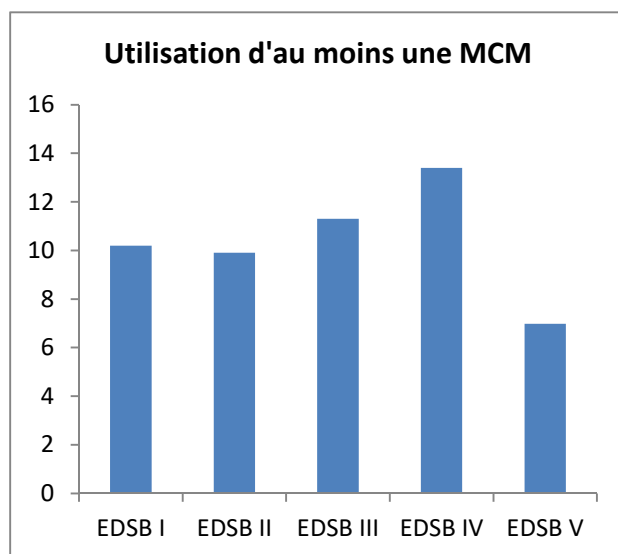


Figure 1 : Evolution de la proportion d'adolescentes ayant utilisée au moins une méthode de contraception moderne selon les EDS

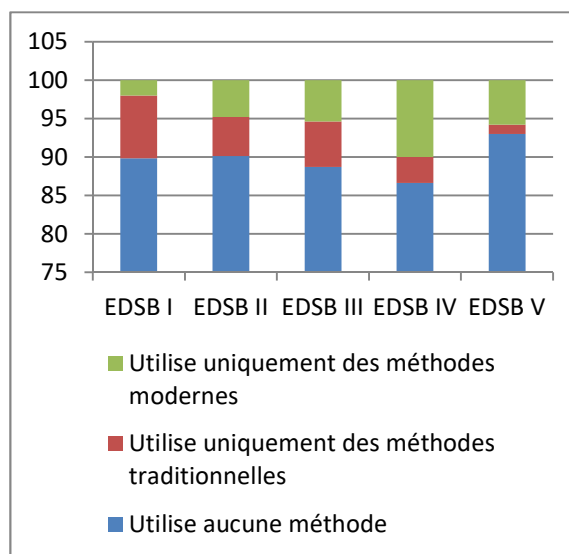


Figure 2 : Evolution de la proportion d'adolescentes ayant utilisé une méthode de contraception par type de méthode selon les EDS

2.2. Comparaison des chances d'accès à la Planification Familiale chez les adolescentes

La liberté de choisir la vie qu'une personne souhaite avoir est fonction des ressources⁴ (matérielles et non matérielles telle que le capital humain et social) auxquelles peut accéder cette personne, mais aussi de sa capacité à convertir ces ressources en bien-être réel (Sen, 1999). Cette capacité de conversion dépend aussi d'un ensemble de facteurs tels que les caractéristiques personnelles mais aussi le contexte (socioéconomique, culturel, politique et environnemental) dans lequel évolue cette personne (Sen, 1999 & Robeyns, 2005).

2.2.1. Différences dans les opportunités résultant des ressources contextuelles

La liberté réelle dont disposent les adolescentes pour accéder aux MCM est fonction des biens et services disponibles tant en milieu urbain que rural, dans les régions ou départements de résidence des adolescentes mais aussi de la disponibilité de l'information sur la planification familiale dans ces espaces de vie.

⁴ Dans l'esprit de Sen, ce terme de « ressources » recouvre l'ensemble des biens et services à la disposition d'une personne.

En effet, le tableau 2 ci-dessous décrit, par caractéristique du contexte de résidence des adolescentes les probabilités relatives d'accès à la contraception, d'une catégorie de la variable par rapport celle retenue comme référence. Il nous renseigne sur la différence en termes de facteurs de conversion liés aux ressources contextuelles collectives.

Quel que soit les dates, on note une différence importante en matière d'accès à la contraception chez les adolescentes en fonction de leur caractéristique résidentielle. Selon le milieu de résidence il ressort une augmentation significative des ratios de prévalence montrant que les chances d'accès ont significativement augmenté en 2001, 2006 et 2017 en faveur des adolescentes qui résident en milieu urbain comparativement à leur homologue du milieu rural. Par contre, selon la région de résidence, on note une diminution significativement importante au niveau de tous les départements de résidence des adolescentes et surtout au cours des périodes 1996, 2001 et 2006. L'accès est significativement réduit au cours de ces périodes indiquant une association négative, qui renseigne de l'existence d'une barrière. Les années 2012 et 2017 montrent par contre une augmentation sensiblement significative du risque dans les départements du Borgou/Alibori et du Zou/Collines (en 2012) et une diminution sensiblement significative mais peu importante en 2017 dans tous les départements sauf dans l'Ouémé/plateau (diminution importante) et l'Atacora/Donga (faible différence). Par ailleurs, les chances d'accès à la PF augmentent avec le degré d'exposition aux médias (TV, radio et journaux) quel que soit la période. En effet, le risque augmente de moitié (0,5 point) à chaque période sauf en 2001 et triple (3 fois la référence) lorsque les adolescentes sont exposées aux informations sur la PF par le biais respectivement d'une media et de deux au moins entre 1996 et 2017.

Tableau 2: Risques relatifs des chances d'accès à la PF selon les caractéristiques du lieu de résidence des adolescentes

	1996	2001	2006	2012	2017
Milieu de résidence	ns	***	***	ns	**
Urbain	1,4	<u>2,2</u>	<u>2</u>	1	<u>1,3</u>
Rural	1	1	1	1	1
Région de résidence	***	***	***	***	*
Atacora/Donga	<u>0,3</u>	<u>0,5</u>	<u>0,4</u>	1,1	1,1
Atlantique/littoral	1	1	1	1	1
Borgou/Alibori	<u>0,1</u>	<u>0,4</u>	<u>0,4</u>	<u>1,7</u>	0,8
Mono/Couffo	<u>0,4</u>	<u>0,4</u>	<u>0,5</u>	1	0,8
Ouémé/Plateau	<u>0,5</u>	0,9	<u>0,4</u>	0,9	<u>0,5</u>
Zou/Collines	<u>0,3</u>	0,9	0,8	<u>1,6</u>	0,9
Exposition aux médias	***	***	***	***	***
Aucune exposition au média (Ref)	1	1	1	1	1
Faible exposition au média	<u>1,5</u>	<u>2,3</u>	<u>1,5</u>	<u>1,3</u>	<u>1,7</u>
Exposition au moins moyenne	<u>2,9</u>	<u>4</u>	<u>3,7</u>	<u>1,6</u>	<u>2,8</u>

Source: EDS Bénin, entre 1996 et 2017

2.2.2. Différences dans les opportunités résultant des ressources familiales et sociétales

Le tableau 3 ci-dessous montre que les chances d'accès à la PF varient significativement selon les différences liées aux ressources familiales et sociétales. Quel que soit la période, on note une différence importante d'accès aux méthodes de planification familiale en fonction des caractéristiques identitaires et normes sociales en matière de fécondité qui régissent l'environnement des adolescentes. En effet, selon la religion pratiquée par les adolescentes, les chances d'accès varie peu entre les adolescentes des religions traditionnelles et musulmanes en 1996 et 2006, mais double chez les chrétiennes au cours de la même période. Elles sont significativement importante en 2012 et 2017 quel que soit la religion pratiquée par les adolescentes. Les chances d'accès ont significativement augmenté à chaque période et beaucoup plus en faveur des chrétiennes que des musulmanes.

Selon l'ethnie d'origine des adolescentes en prenant les adja comme ethnie de référence, les chances d'accès sont significativement en augmentation uniquement chez les Fon en 1996, chez les Fons et Yoruba en 2001, 2006, 2012 mais en diminution chez les ethnies du Nord Bénin dans les années avant 2012 et en augmentation en 2012 et 2017. Par contre en 2017, on ne note pas une différence d'accès à la PF chez les adolescentes quel que soit l'ethnie sauf au Nord du Bénin.

En fonction de la situation matrimoniale des adolescentes, les chances d'accès à la PF diminue chez les adolescentes en situation d'union ou de cohabitation comparativement à leur homologue célibataire. Cela témoigne de la présence des barrières affectant les chances d'accès quel que soit la période. Le comportement sexuel des adolescentes renseigne qu'il n'y a presque pas de différences entre les chances d'accès à la PF en 2006, 2012 et 2017 selon l'âge auquel les adolescentes ont eu leur premier rapport sexuel. Cependant, elles augmentent en 1996 et se trouve en diminution en 2001 chez les adolescentes de 15-19 ans comparativement à celles de 10-14 ans. En fonction du nombre d'enfants nés vivants à 19 ans, plus la parité est élevé plus les chances d'accès à la PF augmentent en 1996, 2001 et 2017. Ce qui n'est pas le cas en 2006 et 2012 ou l'on observe même une diminution à un enfant.

Tableau 3: Risques relatifs des chances d'accès à la PF selon les caractéristiques socioculturelles et démographiques des adolescentes

	1996	2001	2006	2012	2017
Réligion	***	***	***	***	ns
Religion traditionnelle (Réf)	1	1	1	1	1
Musulman	0,9	<u>1,9</u>	1,1	<u>1,7</u>	<u>1,3</u>
Chrétienne	<u>2,3</u>	0,9	<u>1,8</u>	<u>1,4</u>	<u>1,4</u>
Ethnie	***	***	***	***	ns
Etranger	0,8	NA	NA	1,3	1,2
Adja et apparentés (Réf)	1	1	1	1	1
Fon et apparentés	<u>1,4</u>	<u>1,9</u>	<u>1,3</u>	<u>1,3</u>	1,1
Yoruba et apparentés	1,1	<u>2,2</u>	<u>2,3</u>	<u>2</u>	1,1
Ethnies du Nord	<u>0,3</u>	<u>0,8</u>	<u>0,7</u>	<u>1,4</u>	<u>1,3</u>
Statut matrimonial	ns	ns	**	***	ns
jamais en union (Ref)	1	1	1	1	1

	1996	2001	2006	2012	2017
En union ou a été en union	<u>0,7</u>	<u>0,7</u>	<u>0,5</u>	0,9	<u>0,7</u>
Age au 1^{er} rapport sexuel	***	***	***	***	***
Pas eu de rapport sexuel/NSP	NA	NA	NA	NA	NA
10-14 ans (Ref)	1	1	1	1	1
15-19 ans	<u>1,2</u>	<u>0,6</u>	0,9	0,9	1
Nombre d'enfant nés vivant	*	ns	ns	*	**
0 (Ref)	1	1	1	1	1
1	<u>1,5</u>	<u>1,3</u>	0,9	<u>0,6</u>	<u>1,4</u>
2	-	<u>1,7</u>	1,1	1,1	<u>1,9</u>

Source: EDS Bénin, entre 1996 et 2017

2.2.3. Différences dans les opportunités résultant des ressources familiales et individuelles

La différence en termes de facteurs de conversion liés aux ressources familiales et individuelles montre que les chances d'accès à la PF varient significativement selon la position sociale des adolescentes. Cette dernière est définie par le volume et la structure du capital global dont dispose l'individu (Bourdieu, 1978). Elle symbolise la situation d'une personne au sein de la société et qui reflète ses conditions par rapport à celles des autres membres de la communauté. Dans le cadre de cette étude, elle fait référence au statut social de l'individu. Ce dernier est aussi relié à un ensemble de droits et de normes sociales du groupe culturel auquel appartient l'individu. Bourdieu estime que « *la position sociale d'un individu est moins déterminée par son capital économique que par son capital culturel et social, et par la façon dont il les investit* ».

Au-delà de l'avantage urbain lié à la disponibilité des services de planification familiale, il apparaît que la position sociale de la femme joue un important rôle dans l'utilisation des services. En effet, la position sociale de la femme est un élément important des comportements démographiques, et ce peut être d'autant plus que les conditions économiques sont précaires. D'après le modèle de Basu⁵ (1992) en Inde, la position sociale peut être appréhendée à travers trois critères: *la scolarisation* qui donne une ouverture au monde extérieur, l'interaction avec le monde extérieur (exercice d'une *activité économique*, participation sociale) et le *niveau d'autonomie de la femme* (statut de la femme, âge de la femme, etc ;).

Le tableau 4 ci-dessous renseigne que les chances d'accès à la PF par les adolescentes selon leur position sociale varie significativement. En effet, elles ont significativement augmenté avec l'élévation du niveau de scolarisation des adolescentes quel que soit la période. En comparaison aux adolescentes non scolarisées, elles augmentent du simple au double entre 1996 et 2006 pour chacun des groupes d'adolescentes (non scolarisées; primaire et secondaire et plus). L'augmentation des chances d'accès est moins importante en 2012 (+0,5) et en 2017 (+0,7).

⁵ BASU A.M. 1992, *Culture, status of women and demographic behaviour*, Clarendon, Press, oxford, 181 p.

En fonction de la catégorie socioprofessionnelle des adolescentes, les chances d'accès à la PF ont significativement diminué chez les adolescentes exerçant les activités agricoles comparativement à leur homologue vendeuses/commerçantes et ménagères avant l'année 2012. Elles se sont améliorées en 2012 et 2017 avec un niveau comparable entre les groupes ménagères, vendeuses/commerçantes et agricoles en 2012 et une augmentation significative en 2017 chez les vendeuses/commerçantes (+0,7). Quel que soit le groupe, il ressort l'influence des facteurs défavorables à l'accès à la PF avant l'année 2012 de façon globale et beaucoup plus chez les adolescentes exerçant les activités agricoles sur toute la période d'observation. Les chances d'accès à la PF augmentent aussi significativement avec l'élévation de l'âge des adolescentes et de leur niveau de vie quel que soit la période d'observation.

Par ailleurs, les chances d'accès à la PF varient aussi significativement avec l'attitude des adolescentes vis-à-vis de la violence conjugale. En effet, elles diminuent avec l'augmentation du degré de tolérance de la violence. Plus les adolescentes sont favorables pleinement à la violence plus les chances d'accès à la PF diminuent quel que soit la période.

Tableau 4: Risques relatifs des chances d'accès à la PF selon la position sociale des adolescentes

	1996	2001	2006	2012	2017
Scolarisation	***	***	***	***	***
Non scolarisé (Ref)	1	1	1	1	1
Primaire	<u>1,7</u>	<u>2</u>	<u>2,8</u>	1,3	1
Secondaire et plus	<u>3,6</u>	<u>4,9</u>	<u>6,5</u>	<u>1,5</u>	<u>1,7</u>
Activités économiques	ns	***	***	ns	***
Ménagère/Sans activité (Ref)	1	1	1	1	1
Vendeuse/commerçante	0,8	0,8	0,8	1	<u>1,7</u>
Activités agricoles	<u>0,6</u>	<u>0,2</u>	<u>0,3</u>	1	0,9
Age courant	***	***	***	**	***
15 (Ref)	1	1	1	1	1
16	<u>2,7</u>	<u>4,4</u>	<u>2,8</u>	0,9	<u>3</u>
17	<u>4,1</u>	<u>7,4</u>	<u>4,4</u>	1,2	<u>3,8</u>
18	<u>5</u>	<u>11,6</u>	<u>5,5</u>	1,2	<u>4,2</u>
19	<u>5,2</u>	<u>14,5</u>	<u>7,3</u>	1,4	<u>5,5</u>
Niveau de vie du ménage			***	ns	***
Pauvre (ref)			1	1	1
Moyen			1,3	0,9	1,7
Riche			2,6	0,9	1,8
Attitude envers la violence		*	**	ns	ns
Rejette la violence (Ref)		1	1	1	1
Accepte partiellement		1,1	1,1	0,9	<u>1,3</u>
Accepte pleinement		<u>0,6</u>	<u>0,7</u>	<u>0,8</u>	1,1

Source: EDS Bénin, entre 1996 et 2017

2.3. Facteurs de vulnérabilité d'accès à la PF chez les adolescentes

Les facteurs de vulnérabilité sont ceux qui font référence à l'incapacité d'accéder à la PF dans un environnement donné. Les moyens dont les adolescentes disposent, que ce soit en termes d'actifs, de biens immatériels comme l'éducation ou en termes d'intégration dans la société, sont autant de paramètres qui contribuent à la vulnérabilité de l'individu, du ménage ou encore du groupe auquel elles appartiennent (Borderon et Oliveau, 2016). En effet, Les résultats montrent que les inégalités d'accès à la PF se manifestent de plusieurs façons selon qu'elles sont influencées par les ressources contextuelles, familiales ou sociétales et individuelles.

2.3.1. Facteurs de vulnérabilité d'accès à la PF résultant des ressources contextuelles

Les opportunités d'accès à la PF se caractérisent par d'importantes différences entre les ressources contextuelles. Le tableau 5 ci-dessous renseigne que les opportunités d'accès se sont réduites dans le temps mais pas à la même vitesse entre les périodes. En milieu urbain, on observe une allure monotone allant de 1,2 en 2001 à 0,5 en 2017 soit une réduction de 0,7 comme écart en 15 ans. Même en milieu urbain, la facilité d'accès s'est détériorée dans le temps. Par contre en milieu rural, on observe une croissance des opportunités d'accès avec une augmentation de 1,2 en 10 ans (2001-2012) puis une décroissance avec une réduction de 1,5 entre 2012 et 2017. Ces tendances renseignent que les opportunités d'accès se trouvent plus réduites en milieu rural qu'en milieu urbain durant les cinq dernière années (2012-2017). Les conditions de l'offre des services et soins liés à la planification familiale affectent davantage le pouvoir d'agir des adolescentes aussi bien en milieu rural qu'urbain. Pendant qu'on observe une croissance en milieu rural, les opportunités diminuent aussi en milieu urbain.

Selon la région de résidence et l'exposition aux médias, la tendance observée se conserve avec quel que variation sur la période 2001 et 2012. Les départements de l'Atlantique/littoral (0,6 en 2001 et 0,7 en 2012), Mono/Couffo (0,5 en 2001) et l'Ouémé/plateau (0,6 en 2006) constituent les régions où les opportunités d'accès à la PF se trouvent réduites comparativement aux autres départements. Par contre, les opportunités d'accès à la PF selon degré d'exposition aux médias renseignent une tendance monotone (croissance) quel que soit la catégorie entre 2001 et 2012 avec une réduction (0,8) moins importante en 2012 pour la catégorie d'adolescentes ayant été exposée à au moins deux médias. Les ressources collectives telles que les conditions de l'offre des prestations de services et la disponibilité de l'information liées à la PF apparaissent comme une cause d'hétérogénéité chez les adolescentes quel que soit le milieu de résidence, beaucoup plus dans le Borgou/Alibori, l'Ouémé/plateau, dans le Zou/collines au cours des cinq dernières années.

Tableau 5: Evolution des risques relatifs d'accès à la PF selon les caractéristiques du lieu de résidence des adolescents d'une période à une autre

	1996	2001	2006	2012	2017
Milieu de résidence	ns	***	***	ns	**
Urbain	1	<u>1,2</u>	1,1	1	<u>0,5</u>
Rural	1	<u>0,7</u>	<u>1,2</u>	<u>1,9</u>	<u>0,4</u>
Région de résidence	***	***	***	***	*
Atacora/Donga	1	0,9	1,2	1,7	<u>0,7</u>
Atlantique/littoral	1	<u>0,6</u>	1,3	<u>0,7</u>	<u>0,6</u>
Borgou/Alibori	1	2,9	1,3	3,1	<u>0,3</u>
Mono/Couffo	1	<u>0,5</u>	1,8	1,3	<u>0,5</u>
Ouémé/Plateau	1	1,1	<u>0,6</u>	1,5	<u>0,3</u>
Zou/Collines	1	2	1,2	1,3	<u>0,4</u>

	1996	2001	2006	2012	2017
Exposition aux médias	***	***	***	***	***
Aucune exposition au média (Ref)	1	0,6	1,2	1,8	<u>0,4</u>
Faible exposition au média	1	1	0,8	1,6	<u>0,5</u>
Exposition au moins moyenne	1	0,9	1,1	0,8	<u>0,7</u>

Source: EDS Bénin, entre 1996 et 2017

2.3.2. Facteurs de vulnérabilité d'accès à la PF résultant des ressources familiales et sociétales d'une période à une autre

Les opportunités d'accès à la PF résultant des ressources familiales et sociétales se caractérisent par d'importantes différences entre groupes d'adolescentes. En effet, le tableau 6 ci-dessous montre que les caractéristiques socioculturelles et démographiques des adolescentes influencent les chances d'accès à la PF d'une période à une autre. L'évolution des chances d'accès à la PF montrent que les opportunités d'accès sont en augmentation continue chez les adolescentes qui pratiquent la religion traditionnelle sur les vingt dernières années. Ce qui n'est pas le cas chez les musulmanes et les chrétiennes ou les chances d'accès sont réduites respectivement en 2006 et en 2001. Selon les ethnies, les chances d'accès sont significativement accrues de façon générale au niveau de toutes les ethnies dans le temps jusqu'en 2012 avant de décroître. Ce qui est aussi le cas pour les adolescentes quel que soit leur état matrimonial, l'âge au premier rapport sexuel et la parité atteinte. Durant les cinq dernières années, les opportunités d'accès à la PF sont beaucoup plus influencées par les pratiques religieuses et l'origine ethnique des adolescentes. Ces deux facteurs apparaissent comme des causes d'hétérogénéité chez les adolescentes.

Tableau 6: Evolution des risques relatifs d'accès à la PF selon les caractéristiques socioculturelles et démographiques des adolescents d'une période à une autre

	1996	2001	2006	2012	2017
Réligion	***	***	***	***	ns
Religion traditionnelle (Réf)	1	1,3	1	1,4	<u>0,5</u>
Musulman	1	2,6	<u>0,6</u>	2,1	<u>0,4</u>
Chrétienne	1	<u>0,5</u>	2,1	1,1	<u>0,5</u>
Ethnie	***	***	***	***	ns
Etranger	1	-	NA	NA	0,5
Adja et apparentés (Réf)	1	0,6	1,4	1,2	<u>0,5</u>
Fon et apparentés	1	0,8	1	1,1	<u>0,5</u>
Yoruba et apparentés	1	1,2	1,5	1	<u>0,3</u>
Ethnies du Nord	1	1,6	1,3	2,3	<u>0,5</u>
Statut matrimonial	ns	ns	**	***	ns
jamais en union (Ref)	1	1	1,1	1,3	0,4
En union ou a été en union	1	0,8	1,1	1	0,7
Age au 1er rapport sexuel	***	***	***	***	***
Pas eu de rapport sexuel/NSP	NA	NA	NA	13,2	0

	1996	2001	2006	2012	2017
10-14 ans (Ref)	1	0,5	1,8	0,9	0,7
15-19 ans	1	1,1	1,2	0,9	0,6
Nombre d'enfant nés vivant	*	ns	ns	*	**
0 (Ref)	1	1	1,2	1,2	0,5
1	1	0,8	0,9	0,8	1,1
2	NA	NA	0,8	1,2	0,8

Source: EDS Bénin, entre 1996 et 2017

2.3.3. Facteurs de vulnérabilité d'accès à la PF résultant des ressources familiales et individuelles d'une période à une autre

A l'instar des ressources familiales et sociétales, les caractéristiques individuelles ont influencé les opportunités d'accès à la PF à travers d'importantes différences entre groupes d'adolescentes.

Le tableau 7 ci-dessous montre une tendance monotone (croissance) des chances d'accès à la PF selon le niveau de la scolarisation, l'activité économique exercée, l'âge courant des adolescentes, leur niveau de vie et l'attitude vis à vis de la violence conjugale de 1996 à 2012 avec de différence de variation dans l'évolution des chances d'accès. Ainsi, les chances d'accès ont augmenté plus de 3 fois dans le temps chez les adolescentes non scolarisées, 2 fois chez celles du niveau primaire et une faible variation dans le temps chez les adolescentes du secondaire et plus. Par rapport à leur statut économique, il n'y a presque pas de variation de chances d'accès chez les adolescentes ménagère ou sans activité économique. Par contre, chez les adolescentes exerçant des activités agricoles, les chances d'accès ont presque quadruplé durant les périodes 1996 et 2012.

Par ailleurs, on observe une relation négative entre l'évolution des chances d'accès à la PF et l'âge courant des adolescentes après 2001. En effet, plus l'âge des adolescentes augmente moins sont les chances d'accès dans le temps. Les chances d'accès les plus élevées sont obtenues chez les adolescentes de 15 ans entre 2006 et 2012. Elles ont peu varié dans le temps quel que soit le degré de tolérance vis à vis des violences conjugales. Cependant, les chances d'accès ont aussi augmenté chez les adolescentes en situation de précarité (pauvre et moyennement pauvre) entre 2006 et 2012. Il en est de même chez les adolescentes qui acceptent pleinement les comportements de violences dans les ménages.

Les inégalités d'accès des adolescentes aux MCM se sont renforcées dans le temps au niveau de tous les sous-groupes résultant des ressources familiales et individuelles dans les cinq dernières années. Quel que soit leur niveau de scolarité, l'activité économique exercée, l'âge courant et le niveau de vie de ménage, les opportunités d'accès ont diminué comparativement aux années antérieures.

Tableau 7: Evolution des risques relatifs d'accès à la PF selon la position sociale des adolescentes d'une période à une autre

	1996	2001	2006	2012	2017
Scolarisation	***	***	***	***	***
Non scolarisé (Ref)	1	0,7	0,7	3,5	0,5
Primaire	1	0,8	1	1,6	0,4
Secondaire et plus	1	0,9	0,9	0,8	0,5
Activités économiques	ns	***	***	ns	***

	1996	2001	2006	2012	2017
Ménagère/Sans activité (ref)	1	1	1,1	1	0,4
Vendeuse/commerçante	1	1	1,1	1,3	0,6
Activités agricoles	1	0,4	1,3	3,7	0,3
Age courant	***	***	***	**	***
15 (Ref)	1	0,5	2,2	4,8	0,2
16	1	0,8	1,4	1,5	0,5
17	1	0,8	1,3	1,2	0,5
18	1	1,1	1	1	0,5
19	1	1,3	1,1	0,9	0,6
Niveau de vie du ménage			***	ns	***
Pauvre (ref)	nd	nd	1	2,6	0,3
Moyen	nd	nd	1	1,9	0,5
Riche	nd	nd	1	0,9	0,6
Attitude envers la violence		*	**	ns	ns
Rejette la violence (Ref)	nd	1	1,1	1,2	0,5
Accepte partiellement	nd	1	1,1	0,9	0,8
Accepte pleinement	nd	1	1,3	1,3	0,7

Source: EDS Bénin, entre 1996 et 2017 ; nd: non disponible

3. Discussion des résultats

D'une façon générale les résultats issus de cette étude renseignent une différence importante entre les groupes d'adolescentes en matière d'accès à la contraception en fonction des différentes ressources : contextuelles, sociétales, familiales et individuelles leur caractéristique résidentielle quel que soit les dates.

Globalement les opportunités d'accès à la PF se sont réduites dans le temps mais pas à la même vitesse entre les périodes. L'accès à la PF a été plus favorable pour les adolescentes des milieux urbains comparativement à leur homologue des milieux ruraux au cours des années 2001 ; 2006 et 2017. Ces dernières années, la capacité d'accès des adolescentes à la contraception se trouvent plus réduites en milieu rural qu'en milieu urbain bien qu'étant affaibli quel que soit le milieu de résidence. Ce qui semble normal car dans les pays en développement les femmes qui résident en milieu rural et celles sous-scolarisées ont peu accès aux services de PF (Populations Reports, 1996). Plusieurs raisons sont évoquées comme facteur limitant de l'accès à la PF en milieu rural. Il s'agit de l'effet pervers des normes sociales, le coût des consommables (*coton, tampon, alcoolisé, le coût de la décontamination des plateaux utilisés ; le coût de l'achat de la bétadine pour l'asepsie, le coût du carnet de soins, du seringue, de l'anesthésie, gants stériles*) que supportent les femmes demandeuses des produits de la contraception dans les milieux ruraux pourront être des barrières. Même en milieu urbain, la facilité d'accès s'est détériorée dans le temps. Par contre entre 2001 et 2012, on observe des allures inversées selon le milieu de résidence. Pendant qu'on observe une croissance des chances d'accès à la PF en milieu rural, elles sont décroissantes en milieu urbain. Ce qui témoigne d'un retournement de situation avec l'augmentation des facteurs d'affaiblissement de l'accès à la PF en milieux urbains. Tsui et Ochoa (1992) estiment que, si les faits jusqu'à présent tendent à confirmer la pertinence de la proximité géographique aux services de la planification familiale comme un déterminant important de l'utilisation de contraceptif, par contre, la relation entre la proximité et l'utilisation de la contraception testée

par les études empiriques ne s'est pas révélée aussi forte qu'on pouvait le penser. Car, l'accès aux services de la PF n'est pas une simple question d'accès physique mais qu'il regroupe également d'autres dimensions (Chyovan et al, 1984). Outre la disponibilité, l'accessibilité économique, l'accessibilité administrative, l'accessibilité cognitive sont des causes d'hétérogénéité dans les groupes. La baisse généralisée observée dans tous les départements et surtout au cours des périodes 1996, 2001 et 2006 en témoigne de l'influence d'autres facteurs autres que la proximité et la disponibilité des produits. Les différences de variation observées entre les régions de résidence montrent non seulement l'effet des efforts d'améliorations des pratiques au niveau politique mais aussi au niveau des ménages. En conséquence, on note l'augmentation sensiblement significative des opportunités d'accès dans les départements reconnus pour leur forte fécondité (Borgou/Alibori et Zou/Collines). Les barrières affectant les chances d'accès font objet désormais de plus d'attention pour être contrôlées ces dernières années au niveau des départements.

Par ailleurs, si la connaissance de la planification familiale à travers ces trois sources (en particulier la télévision) a augmenté au fil du temps, les résultats ont montré qu'il faut être informé à travers au moins deux canaux pour espérer améliorer significativement l'accès à la planification familiale chez les adolescentes. Cela peut s'expliquer par le fait que le manque d'information est l'une des raisons généralement évoquée par les femmes surtout en Afrique au sud du Sahara, comme cause de la demande insatisfaite de contraception. Ngom (2000), souligne dans le contexte du Sénégal que la majorité des femmes reçoivent l'information sur la planification familiale via les réseaux informels. Cet auteur estime que si ces réseaux constituent un système d'aide efficace à la décision, ils présentent l'inconvénient de générer des résistances à l'adoption de certains comportements préventifs à travers notamment les fausses rumeurs qu'ils colportent.

Les résultats ont aussi révélé des différences importantes d'accès aux méthodes de planification familiale en fonction des caractéristiques identitaires et normes sociales en matière de fécondité qui régissent l'environnement social des adolescentes. On observe une faible variation des chances d'accès entre les adolescentes des religions traditionnelles et musulmanes entre 1996 et 2006, mais ces chances sont double entre les traditionnelles et les chrétiennes. La religion pratiquée apparaît donc comme sources d'inégalités d'accès à la PF.

Au cours de la même période, il ressort que les adolescentes pratiquantes des religions endogènes ont moins de chances que les musulmanes qui ont aussi moins de chances que les chrétiennes d'accéder à la PF. Cependant, les résultats ont révélés un affaiblissement des barrières à l'accès quel que soit la période et surtout les cinq dernières années mais avec beaucoup plus en faveur des chrétiennes comparativement à leur homologue musulmanes ou traditionnelles. Ce qui a été démontré par plusieurs autres études. Comme l'indiquent Dackam Ngatchou, Mfoulou et Sala-Diakanda (1990): « *l'utilisation des services de planning familial dépend évidemment des croyances et des traditions, du niveau d'instruction, etc. (...)*. Mieux, les travaux réalisés au Botswana par Caldwell (1988) montrent que les femmes affiliées aux religions traditionnelles africaines arrêtent dans une proportion plus grande les méthodes de régulation des naissances modernes que celles qui sont adeptes des autres religions (protestantisme, catholicisme, et celle n'ayant aucune religion). Selon l'auteur, ces différences sont dues au fait qu'être affilié à une religion africaine signifie être moins exposé aux idées provenant du monde occidental. Quant aux contextes complètement catholiques, comme c'est le cas des femmes Béti au Cameroun, l'abstinence est perçu comme une vertu et comme un contrôle exalté de soi-même (Wayack et Noumbissi, 1991). L'évolution des chances d'accès à la PF montrent une augmentation continue chez les adolescentes qui pratiquent la religion traditionnelle sur les vingt dernières années. Ce qui n'est pas le cas chez les musulmanes et les chrétiennes ou les chances d'accès sont réduites respectivement en 2006 et en 2001.

Les caractéristiques identitaires montrent une croissance généralisée des chances d'accès au niveau de toutes les ethnies. Ce qui est aussi le cas pour les adolescentes quel que soit leur état matrimonial, l'âge au premier rapport sexuel et la parité atteinte. Une situation qui peut s'expliquer par le fait que l'ethnie confère aux individus des cadres de pensée et de pratiques qui créent un *habitus*⁶, c'est-à-dire un comportement acquis, caractéristique de chaque ethnie (notamment en matière de fécondité), et transmissible au point de sembler inné. Rwengé (1999) explique ces variations de comportements selon les ethnies par le fait que certaines ethnies sont plus enclines à l'individualisme que d'autres. De même, dans une étude sur les facteurs de l'attitude et de la connaissance de la contraception masculine, Dembélé (1995) a observé au Niger que les hommes de l'ethnie Haoussa ont une attitude hostile à la contraception. Ce qui pourrait expliquer la tendance observée chez les adolescentes des ethnies du Nord bénin dont les chances d'accès se trouvent réduites jusqu'en 2012. L'augmentation des chances les cinq dernières années chez toutes les ethnies y compris celles qui ont une réputation de forte fécondité (adja et ethnies du Nord) témoigne de l'affaiblissement des barrières d'accès à la PF dans toutes les ethnies. Les normes sociales ont donc moins d'emprises sur le pouvoir d'agir des adolescentes et augmentent leur degré de liberté de choix avec l'élargissement des gammes des produits contraceptifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les ressources individuelles innées comme acquises par les adolescentes révèlent peu de changement les vingt dernières années même si on observe une certaine mobilité sociale au niveau des groupes et des catégories socioprofessionnelles. En effet les chances d'accès à la PF se sont nettement améliorées avec l'élévation de la scolarisation, de l'âge des adolescentes et de leur niveau de vie quel que soit la période d'observation. En effet, les tendances des résultats révèlent une réduction des chances dans le temps quel que soit le groupe considéré après l'année 2012. On note également que plus l'adolescente est instruite plus ses chances d'accès à la PF sont importantes. Aussi, les adolescentes exerçant les activités agricoles ont plus de difficultés d'accès à la PF. Ces résultats peuvent être expliqués par les transformations socioéconomiques actuelles. Ce qui fût constaté par Talcott Parsons, (1937) lorsqu'il démontrait que l'amélioration du statut social de la femme à travers la scolarisation, l'accès au marché du travail expliquent la baisse de la fécondité des femmes. Mieux, les incapacités d'accès peuvent s'expliquer par les difficultés économiques des adolescentes exerçant dans les entreprises agricoles. Elles sont souvent rémunérées en nature et parfois en nature et en argent. Elles sont aussi des enfants placés ou en état de confiage ne disposant pas de pouvoir de décision sur leur propre choix. Il n'est pas rare de constater que la sexualité chez ses filles s'inscrit dans un but précis d'ordre économique ou social. Elles sont plus aptes à satisfaire leurs pulsions sexuelles en échange de cadeaux, d'habits, de sommes d'argent ou d'un travail rémunéré. Toutes choses qui constituent pour les filles des stratégies de survie. Ce que confirme Calvès (1996) par le fait qu'elle fait savoir « *qu'avoir un enfant avant le mariage est souvent une stratégie filles pour créer des liens émotionnels et économiques avec un homme* ». Plus elles sont aptes à subir la violence, moins elles ont de chances d'accès à la PF. L'amélioration des chances d'accès dans le temps entre 1996 et 2017 témoigne de l'amélioration de l'autonomie de la femme et de la fille ces cinq dernières années. La sphère familiale et sociale exerce dorénavant moins d'influence sur le pouvoir d'agir des adolescentes. Les transformations au niveau des familles, écoles et communautés garantissent un environnement de plus en plus favorable à l'autonomisation des filles et l'exercice de leurs droits.

⁶ Ce terme est associé aux publications de P. BOURDIEU, même s'il remonte à ARISTOTE. Il désigne le système de dispositions durables acquis par l'individu au cours du processus de socialisation et se présente à la fois comme le produit agissant de conditions passées et comme le principe générateur des pratiques et des représentations permettant à l'individu de construire des stratégies anticipatrices (Ferreol G. et al, 2004).

Conclusion

L'accès étant souvent mesuré sur la base des points de vue géographique et économique, cette étude s'est intéressé à l'accès à la planification familiale par l'utilisation d'au moins une méthode de contraception. Il ressort qu'il existe une différence importante de variation dans l'accès à la planification familiale selon les caractéristiques propres des adolescentes, les ressources du contexte de résidence et la position sociale des adolescentes.

Globalement, l'opportunité d'accès à la planification familiale s'est améliorée au cours des vingt dernières années chez les adolescentes. Les résultats ont montré que l'amélioration pourrait se justifier par le fait que la proportion d'adolescentes ayant accès uniquement aux méthodes traditionnelles s'est réduite au détriment de celles utilisant uniquement les méthodes modernes. Même si les adolescentes des milieux urbains ont eu plus d'opportunités d'accéder aux méthodes de planification familiale, ces chances se trouvent réduites ces dernières années chez les adolescentes. Entre les régions de résidences, les inégalités d'accès qui étaient plus grandes avant 2012 se sont davantage rétrécies en faveur des autres régions comparativement à l'Atlantique/littoral. Il ressort que la capacité inégale d'accès aux moyens de contraception découle non seulement de la disponibilité et la facilité d'accès aux ressources mais aussi de la motivation personnelle des adolescentes ; cela se traduit par le fait que le manque d'instruction, l'exercice d'une activité économique agricole, l'attitude favorable à la violence, la pauvreté, la précocité de l'âge au 1^{er} rapport sexuel, le fait de résider dans le Nord bénin ou dans le Mono/Couffo et l'union précoce des adolescentes constituent des facteurs ou sources d'inégalités d'accès à la planification familiale. Les chances d'accès à la PF sont réduites avec l'augmentation du degré de tolérance de la violence. Plus les adolescentes sont favorables pleinement à la violence moins elles ont accès à la PF quel que soit la période. De ce fait, la liberté d'accès des adolescentes à la contraception est inégalement répartie selon l'appartenance culturelle, les ressources individuelles et les caractéristiques propres selon les contextes de résidence.

Références bibliographiques

Donna Clifton, Toshiko Kaneda et Lori Ashford, La planification familiale dans le monde 2008

John Caldwell et Pat Caldwell « Fertility Transition in Sub-Saharan Africa » (exposé présenté lors de la Conférence sur la fécondité et les problèmes actuels de pauvreté, du VIH-sida et de la jeunesse en Afrique du Sud, organisée à Pretoria, Afrique du Sud, le 24 octobre 2002).

UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. "State of World Population 2017: Worlds Apart." New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2012. "The State of the World's Midwifery 2012: New York: UNFPA.

Bull World Health Organ 2017;95:614–615| doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.020917>, <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/9/17-020917/fr/> consulté le 26/07/2019

OMS. Estimations de la santé dans le monde, 2015: décès par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2000-2015. Genève: OMS; 2016

Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Additionnement: Coûts et avantages de répondre aux besoins des adolescentes en matière de contraception. New York: Institut Guttmacher; 2016

Ganchimeg T, et al. Résultats de la grossesse et de l'accouchement chez les mères adolescentes: étude multinationale de l'Organisation mondiale de la santé. *Bjog*. 2014; 121 (S Suppl 1): 40-8.

Guttmacher Institute (2017). "Adding it up." Available from <https://www.guttmacher.org/tags/adding-it>

Gonzales, Christian, and others (2015b). Fair play: more equal laws boost female labor force participation. International Monetary Fund Staff Discussion Note, No. 15/2. Washington, D.C.: International Monetary Fund.

MAEDI, 2016, *Rapport de stratégie Population et DSSR, « Les enjeux de planification familiale en Afrique de l'Ouest, Pourquoi le soutien de la France est indispensable », 24 p*

Pascal BONNET (2002). Le concept d'accessibilité dans le système de santé. dossier DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3

Le Pen C. *Efficacité et Equité en Economie de la Santé. Quelques remarques introductives*. in *Journées des Economistes Français de la Santé. Economie de la Santé et équité* . 1996. Dijon: LATEC Groupe de Recherche en Economie de la santé et de la Protection sociale. Université de Bourgogne. Faculté des Sciences Economiques de Dijon.

Diechmann U., *Accessibility indicators in GIS* . 1997, United Nations Department for Economics and Social Information and Policy Analysis. Statistics Division: New York.

OMS. Estimations mondiales et régionales sur la violence à l'égard des femmes: Prévalence et effets sur la santé de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle hors partenaire. Genève: OMS; 2013.

Litva A. and Eyles J., *Coming out: exposing social theory in medical geography*. Health and Place, 1995. 1 (1): p. 5-14.

Eden J. *Measuring access to care through population based surveys in a managed care environment:*

Where are we now? in Measuring access to care through population based surveys in a managed care

environment . 1998: Bindman A.B., Gold M.R.,.

Castro-Leal, F., *et al.* , *Public spending on health care in Africa: do the poor benefit?*. Bulletin of the World Health Organization, 2000. 78 (1): p. 66.

Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Services Research 1974; 9(3): 208-220.

Aday LA, Andersen R. Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. Medical Care 1981; 19(12): 4-27.

Institute of Medicine in M. Millman (ed). Access to Health Care in America. Washington, DC, National Academy of Sciences, 1993.

Kasper JD. Asking about access: Challenges for surveys in a changing health care environment. Health Services Research 1998; 33:715-739.

Chen J, Hou F, Soins de santé : Besoins non satisfaits, Rapports sur la santé 13-n°82-003 au catalogue [2], 27-40. Statistique Canada, 2002.

Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot JM, Besoins non satisfaits de soins de santé : Evolution, Rapports sur la santé 2002 ; 13(3) :17-24

Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Medical Research Methodology 2006; 6:35.

Rosenstock IM. Why people use health services. Milbank Memorial Fund Quarterly: Health Society 1966; 44(3):94-124.

Kasper JD. Health-care utilization and barriers to health care. In: Albrecht G, Fitzpatrick R,

Scrimshaw S, editors. *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London, England: Sage Publications Ltd., 2000; 323-338.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2012. Article, « L'accès à la contraception est une clé du développement, selon l'ONU », conférence de presse donné par Yves Bergevin, publié le 15 novembre 2012 à 16h16 par PARIS (AFP)

Marion Borderon et Sébastien Oliveau, « Vulnérabilités sociales et changement d'échelle », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2016/3 | 2017, mis en ligne le 31 janvier 2017, consulté le 01 octobre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/eps/7012> ; DOI : 10.4000/eps.7012

POPULATION REPORTS, (1996), « Besoins non satisfaits : nouvelles stratégies pour y répondre », Programme de planification familiale, Septembre 1996, Série J., n°43, 35p.

TSUI, A;O. ET L.H. OCHOA. (1992), « service proximity as Determinant of Contraceptive Behavior : evidence from cross-national studies of Survey Data » In JF Philips et J. A. Ross (eds) *Family planning programs and Fertility*. Londres: Clarendon Press –Oxford ,134-189p.

NGOM, P (2000), « Réseaux informels de communication et santé de la reproduction au Sénégal » In Pilon, M. et Guillaume, A. *Maîtrise de la fécondité et Planification Familiale au Sud*, Paris, éd. IRD, Col. Colloques et Séminaires, p 193-206.

DACKAM N., MFOULOU (1990), *population et santé familial en Afrique centrale*, in fédération Internationale pour la planification familiale 138p.

NOUMBISSI, A., WAYAK-PAMBE, M. (2000), « La femme camerounaise face aux méthodes contraceptives modernes: Rejet ou inaccessibilité » In Pilon, M. et Guillaume, A., (éd.), *Maîtrise de la fécondité et planification au sud*, Paris, éd. IRD, Col. Colloques et Séminaires, p 177-191.

RWENGE M. (1999), *Changement social, structures familiales et fécondité en Afrique subsaharienne : Le cas du Cameroun*, Les Cahiers de l'IFORD, n°26, Yaoundé. 269p.

DEMBELE B. (1995), *Facteurs explicatifs de l'attitude et de la connaissance de la contraception masculine parmi les hommes au Niger*, Mémoire DED, IFORD, Yaoundé, 71 p.

PARSONS T. (1937), «The Structure of Social Action», New York, Free Press 23p.