

## « *Éloigne cette honte de moi!* »: une étude qualitative des normes sociales entourant les expériences d'avortement chez les adolescentes et jeunes femmes au Bénin

Déo-Gracias Vanessa Dossi Sekpon, Jonna Both, Ramatou Ouedraogo & Isabelle L. Lange

To cite this article: Déo-Gracias Vanessa Dossi Sekpon, Jonna Both, Ramatou Ouedraogo & Isabelle L. Lange (2023) « *Éloigne cette honte de moi!* »: une étude qualitative des normes sociales entourant les expériences d'avortement chez les adolescentes et jeunes femmes au Bénin, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31:5, 2294793, DOI: [10.1080/26410397.2023.2294793](https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2294793)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2294793>



© 2024 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group



[View supplementary material](#)



Published online: 10 May 2024.



[Submit your article to this journal](#)



Article views: 2330



[View related articles](#)



[View Crossmark data](#)

# « Éloigne cette honte de moi! »: une étude qualitative des normes sociales entourant les expériences d'avortement chez les adolescentes et jeunes femmes au Bénin

## “Take this shame away from me!”: a qualitative study of the social norms surrounding abortion experiences among adolescent girls and young women in Benin

Déo-Gracias Vanessa Dossi Sekpon,<sup>a</sup> Jonna Both,<sup>b</sup> Ramatou Ouedraogo,<sup>c</sup> Isabelle L. Lange<sup>d</sup>

a Assistante de recherche, African Population and Health Research Center (APHRC), Nairobi, Kenya; Assistante de recherche, Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Cotonou, Bénin. *Correspondence:* dossisekpon@gmail.com

b Chercheure Senior, Rutgers, Utrecht, The Netherlands

c Research Scientist, African Population and Health Research Center (APHRC), Nairobi, Kenya

d Assistant Professor, Center for Maternal, Adolescent, Reproductive and Child Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK; Senior Researcher, Center for Global Health, Department of Neurology, Klinikum Rechts der Isar, Technical University of Munich, Munich, Germany

**Résumé:** *En Afrique, les droits des adolescentes et des jeunes femmes en matière de santé sexuelle et reproductive sont fortement influencés par les normes sociales. Cet article se penche sur le rôle crucial que jouent ces normes dans les décisions et les parcours d'avortement des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans au Bénin. Une approche ethnographique a été adoptée pour la collecte des données auprès des jeunes femmes ayant eu recours à l'avortement, de leurs proches, ainsi que d'autres membres de la communauté.*

*Les résultats révèlent que ces jeunes femmes se retrouvent confrontées à une triple charge normative dans leur environnement social. Elles doivent jongler avec des normes contradictoires qui stigmatisent à la fois les grossesses précoces, entravent une éducation sexuelle adéquate, et condamnent fermement l'avortement. Ces pressions normatives sont souvent le moteur de leur recours à des avortements, généralement effectués dans des conditions précaires. L'étude met également en évidence le rôle majeur des parents dans les décisions et les démarches d'avortement des adolescentes de moins de 20 ans. Lorsque les hommes sont impliqués dans la recherche de soins pour l'avortement, les adolescentes et les jeunes femmes ont généralement accès à des procédures sécurisées. Cependant, leur accès aux soins de suivi et à la contraception après un avortement est entravé par les normes sociales des professionnels de la santé.*

*En plus de l'élargissement des conditions d'accès à l'avortement au Bénin en octobre 2021, il est impératif de mettre en œuvre des interventions axées sur la clarification des valeurs, la sensibilisation aux droits des adolescentes, la lutte contre les violences obstétricales et la stigmatisation sociale. Ces mesures sont essentielles pour alléger le poids des normes sociales qui pèsent sur ces jeunes femmes.*

**Mots clés:** grossesse non désirée, avortement, normes sociales, adolescentes et jeunes femmes, Bénin

Supplemental data for this article can be accessed online at  
<https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2294793>.

**Abstract:** *In Africa, the rights of adolescent girls and young women in terms of sexual and reproductive health are strongly influenced by social norms. This article delves into the pivotal role these norms play in the abortion decisions and experiences of young women aged 15–24 in Benin. An ethnographic approach was adopted for data collection among young women who have undergone abortion, their confidants, and other community members. The findings reveal that these young women face a threefold normative burden in their social environment. They juggle contradictory norms that simultaneously stigmatise early pregnancies, hinder proper sexual education, and strongly condemn abortion. These normative pressures often drive their resort to abortions, typically carried out under unsafe conditions. The study also highlights the significant role parents play in the abortion decisions and processes of teenagers under 20. When men are involved in seeking care for abortion, adolescents and young women usually access safer procedures. However, their access to aftercare and contraception following an abortion is hindered by the social norms of healthcare professionals. In addition to broadening the conditions of access to abortion in Benin in October 2021, it is imperative to implement interventions centred on value clarification, raising awareness of adolescents' rights, combating obstetric violence, and social stigmatisation. These measures are crucial to alleviate the weight of social norms bearing down on these young women. DOI: 10.1080/26410397.2023.2294793*

**Keywords:** unintended pregnancy, abortion, social norms, adolescent girls and young women, Benin

## Introduction

Les avortements pratiqués dans des conditions non sécurisées représentent un enjeu crucial de santé publique dans les pays en développement, notamment ceux aux législations restrictives en matière d'avortement.<sup>1,2</sup> Avant la révision en octobre 2021 de la loi relative à la santé sexuelle et reproductive élargissant les conditions d'accès à l'avortement, le Bénin ne permettait l'avortement que dans des situations très spécifiques, telles que des risques pour la vie ou la santé de la femme, en cas de viol, d'inceste ou de malformation fœtale.<sup>3</sup> Dans ce cadre, nombre d'adolescentes et de jeunes femmes se tournaient vers des interventions non sécurisées, source de complications graves, voire mortelles. Au Bénin, les complications liées à ces avortements non sécurisés figurent parmi les principales causes de mortalité maternelle (un ratio estimé à 394/100,000 naissances vivantes), comptant pour 13 à 15% des décès maternels soit environ 200 décès annuels dus à des avortements spontanés ou provoqués.<sup>4–6</sup>

En 2019, parmi les 1924 femmes ayant reçu des soins post-avortement dans le département de l'Atlantique, au sud du Bénin, plus de la moitié étaient âgées de 15 à 24 ans.<sup>4</sup> Toutefois, ces statistiques ne dévoilent que la partie émergée de l'iceberg des conséquences des avortements non sécurisés. Elles omettent les femmes n'ayant pas sollicité de soins pour des complications post-avortement, et celles ayant avorté sans encombre. Par ailleurs, elles ne reflètent pas les répercussions sociales et psychologiques profondes dans

une société marquée par la stigmatisation des grossesses hors mariage.

Des normes sociales profondément ancrées et généralement non-explicites, établissent ce qui est ou n'est pas acceptable au sein d'une communauté et influencent les comportements. En Afrique subsaharienne, des études montrent que certaines conditions doivent être remplies pour qu'une grossesse soit socialement acceptable.<sup>7,8</sup> Au Bénin, des normes sociales non écrites dictent ce qui est considéré comme "acceptable" pour une grossesse,<sup>9</sup> mais ces normes, souvent influencées par des croyances religieuses - notamment l'opposition à l'utilisation de la contraception par les jeunes, rendent également les adolescentes et les jeunes femmes plus susceptibles d'avoir des grossesses non désirées.<sup>10</sup>

Face à ces normes, divers acteurs tels que les parents, les pairs, la société et les professionnels de santé, tout en valorisant certaines grossesses, contribuent à la stigmatisation des grossesses hors mariage.<sup>11–13</sup> Cette stigmatisation peut engendrer isolement, stress et pensées suicidaires chez les jeunes.<sup>12</sup> La peur du jugement social devient alors un moteur majeur du recours à l'avortement, perçu comme un moindre mal par certaines adolescentes et jeunes femmes.<sup>11,14,15</sup> La littérature indique que les adolescentes et les jeunes femmes ont davantage tendance à recourir à des avortements non sécurisés et à retarder la recherche de soins médicaux que leurs aînées.<sup>16,17</sup> Elles ont également tendance à consulter des personnes non qualifiées, souvent non médicales, avec des risques accrus de complications.<sup>18</sup> Bien

que l'impact des normes sociales sur la décision d'avorter soit reconnu, leur rôle dans le choix du type d'avortement demeure peu étudié. Une lacune est également observée concernant le processus décisionnel des adolescentes et des jeunes femmes en matière d'avortement.<sup>19</sup>

De nombreuses études ont identifié les raisons poussant les femmes en âge de procréer et leurs proches à recourir à l'avortement soulignant l'impact des normes sociales dans cette décision.<sup>9,11,14</sup> Cependant, ces normes sont souvent mentionnées de façon générale sans être réellement détaillées.

À notre connaissance, peu d'études documentent les normes sociales et les considérations de genre inculquées aux adolescentes et jeunes femmes, puis leur influence sur la santé reproductive des jeunes, notamment dans le recours à l'avortement non sécurisé. Notre étude ambitionne d'examiner en détail l'impact de la manière dont les normes sociales interviennent dans la prise de décision et le parcours d'avortement des adolescentes et des jeunes femmes de 15 à 24 ans dans le département de l'Atlantique, avant la modification de la loi sur la santé sexuelle et reproductive d'octobre 2021.

### Éclaircissements conceptuels

Le champ de la santé sexuelle et reproductive est en perpétuelle mutation, avec des notions qui se transforment dynamiquement. Dès lors, il nous paraît primordial de préciser certains concepts clés qui seront abordés au fil de cet article. Voici notre approche:

#### *Normes sociales*

Elles se réfèrent aux croyances relatives aux comportements jugés adéquats au sein d'un groupe donné. Bien qu'étant généralement tacites et non codifiées, la majorité des personnes les assimilent, les valident et les respectent. Ces normes sont contextuelles et proviennent du milieu extérieur à l'individu, et sont typiquement partagées par les membres d'une même communauté ou d'une même société.<sup>20</sup> Dans notre étude, nous abordons de manière opérationnelle les normes sociales en santé sexuelle et reproductive comme les comportements socialement approuvés ou désapprouvés pour les adolescentes et les jeunes femmes du département de l'Atlantique. La désapprobation éclaire sur l'origine de ces normes dans la société, en particulier dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive. Nous intégrons aussi la prise en compte des

récompenses ou sanctions associées à la conformité ou non à ces normes, ainsi que le caractère binaire des choix possibles (par exemple, s'abstenir ou s'adonner à des relations sexuelles avant le mariage, poursuivre ou arrêter une grossesse, etc.). Dans cette perspective, nous abordons le concept de normes sociales dans une acception large, incluant d'autres facettes comme les normes de genre et celles influencées par des croyances religieuses et socioculturelles. Les normes de genre, centrées sur la dimension genrée des rapports humains, définissent les comportements jugés acceptables et appropriés pour les femmes et les hommes au sein d'un groupe ou d'une société donnée. Ancrées tant dans les institutions formelles qu'informelles, ces normes sont intériorisées, constamment façonnées et reproduites au travers des interactions sociales. Elles influencent l'accès (souvent inégal) des femmes et des hommes aux ressources et aux libertés, affectant de ce fait leur voix, leur pouvoir et leur perception de leur identité.<sup>21</sup> Dans le cadre de cet article, nous mobilisons le concept de normes de genre pour explorer, entre autres, la socialisation distincte des filles et des garçons, les attentes sociales selon les sexes, et les conséquences des déviances vis-à-vis des normes suivant les sexes.

#### *Adolescents et jeunes*

L'Organisation des Nations Unies (ONU) définit un jeune comme une personne âgée de 15 à 24 ans.<sup>22</sup> Dans notre étude, nous nous intéressons spécifiquement aux individus de cette tranche d'âge, que nous appelons « adolescentes et jeunes femmes ». Nous avons circonscrit notre attention à cette population car elle constitue un groupe distinct et particulièrement vulnérable. Leur personnalité est en plein épanouissement, façonnée par les normes sociales véhiculées par leurs familles et les institutions religieuses. Certaines de ces normes peuvent concourir à générer des problèmes de santé comme nous le détaillerons dans cet article.

#### *Avortements non sécurisés*

Un avortement est dit non sécurisé lorsqu'il est réalisé à l'aide d'une méthode non recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), non adaptée à l'âge gestationnel, et par une personne qui ne possède pas les compétences nécessaires.<sup>23</sup>

## Description du cadre conceptuel de l'étude

Nous nous sommes appuyés sur le cadre théorique de Cislaghi et Heise,<sup>24</sup> adapté par Pulerwitz et al.,<sup>25</sup> ainsi que sur la taxonomie,<sup>26\*</sup> relative aux normes sociales dans les pays du partenariat de Ouagadougou<sup>†</sup> (Afrique francophone). Ces références nous ont guidé pour identifier, analyser et discuter les normes sociales et celles liées au genre, prévalant dans le département de l'Atlantique, au sud du Bénin.

Cette taxonomie s'est avérée précieuse pour déceler les normes dans le discours de nos informateurs clés au moment de la lecture et de la codification de nos données. Bien que nos guides d'entretien n'interrogent pas directement et abondamment les normes sociales en matière de santé sexuelle et reproductive, bon nombre de réponses révélaient implicitement leur existence à l'échelle départementale. Notre connaissance de la structure de la taxonomie et des différentes catégories de normes qu'elle met en exergue nous a permis d'effectuer une analyse inductive des données et d'identifier plus facilement les normes sociales dans les différents entretiens.

Nous avons également utilisé le cadre conceptuel de Pulerwitz et al.<sup>25</sup> pour identifier les dynamiques de pouvoir, souvent omises lors de l'analyse des normes sociales. Ce cadre illustre l'interrelation entre les quatre niveaux du modèle socio-écologique, les normes sociales, et les rapports de pouvoir et de genre. Il nous a permis d'aborder des éléments spécifiques du parcours reproductif des adolescentes et jeunes femmes, comme l'éducation sexuelle, l'usage de la contraception "moderne"<sup>‡</sup> (terme émique employé par

les acteurs de la santé reproductive), ainsi que les réactions de la société à la grossesse prémaritale et à l'avortement afin d'étudier l'influence des normes sociales sur les expériences en santé reproductive des adolescentes et jeunes femmes.

L'une des forces de ce cadre est qu'il dépeint les multiples strates du modèle socio-écologique et qu'il soutient une interconnectivité ainsi que leurs influences mutuelles dans les expériences en santé reproductive des adolescents et jeunes (des deux sexes). Il reconnaît également le caractère dynamique des normes sociales et des relations de pouvoir, interagissant à travers les quatre niveaux du modèle socio-écologique du développement humain.

Notre analyse a donc cherché à retracer les éléments constitutifs de chaque niveau du cadre dans les expériences des adolescentes et jeunes femmes du département de l'Atlantique, tout en mettant en évidence l'interconnectivité. Par exemple, nous avons recouru à des vignettes pour détailler chaque niveau du cadre conceptuel, tout en relevant les influences extérieures qui ont influencé les décisions et les parcours d'avortement des adolescentes et jeunes femmes. En conséquence, les résultats de cette étude sont structurés selon ce cadre, tandis que la discussion met en relief l'interdépendance des différents niveaux pour comprendre les expériences d'avortement des jeunes dans le département de l'Atlantique (Figure 1).

## Méthodologie

### Site de l'étude

Le site de l'étude est le département de l'Atlantique (sud Bénin), le département le plus peuplé du pays avec 1.398.229 habitants.<sup>27</sup>

### Données démographiques et sanitaires

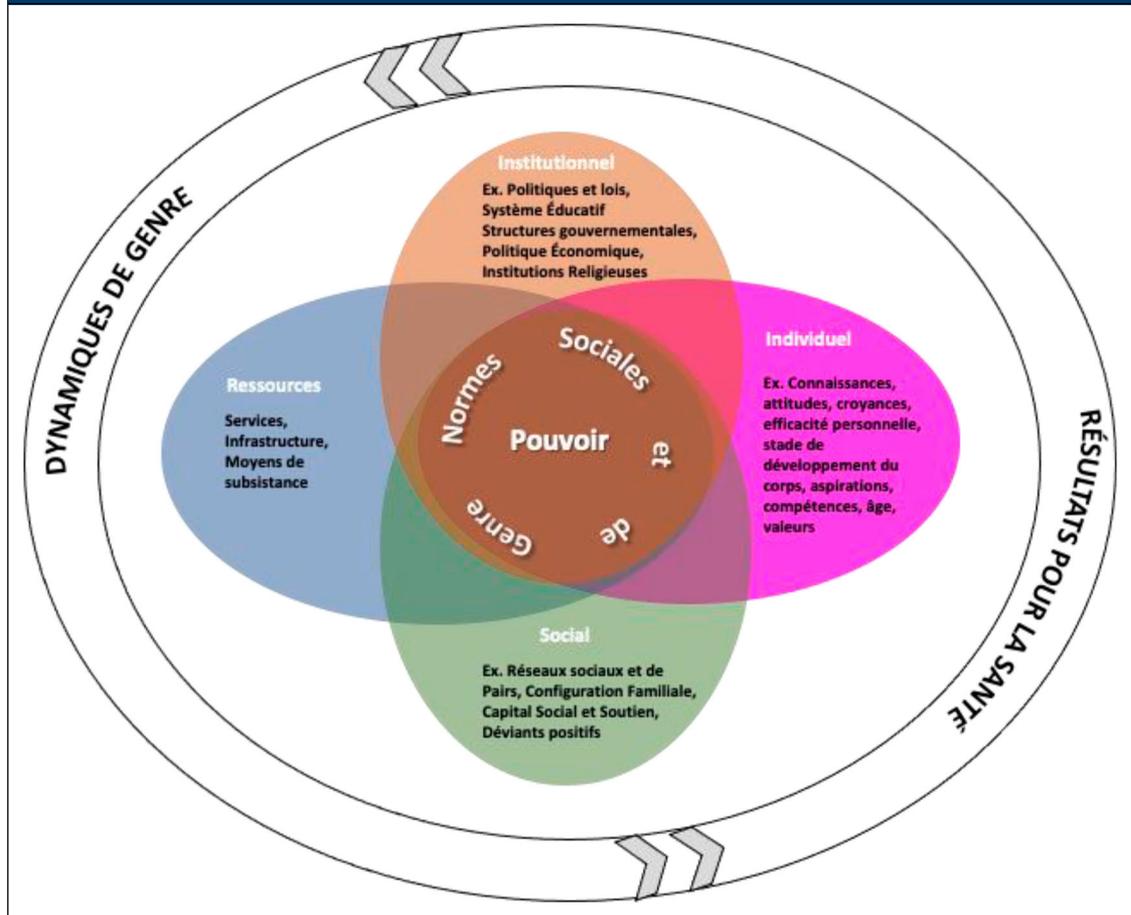
En 2018, la prévalence de la contraception "moderne" dans ce département était de 14% chez les femmes en âge de procréer, tandis que la prévalence de la contraception dite "traditionnelle" se situait à 3%. Chez les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, la prévalence de

\*Système de classification pour l'organisation et l'étiquetage des termes. Le partenariat de Ouagadougou a établi une taxonomie des normes sociales influençant la planification familiale en collaboration avec Breakthrough Action après une évaluation des interventions autour de la planification familiale et des normes sociales dans les pays du Partenariat de Ouagadougou.

<sup>†</sup>Organisation lancée lors de la Conférence Régionale sur la Population, le Développement et la Planification Familiale tenue à Ouagadougou, Burkina Faso par les neuf gouvernements des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest, en collaboration avec des partenaires financiers et techniques, dans le but d'accélérer les progrès de l'utilisation des services de planification familiale au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Mali, en Mauritanie, au Niger, au Sénégal et au Togo.

<sup>‡</sup>La stérilisation masculine et féminine, les injectables, le dispositif intra-utérin (DIU), les pilules contraceptives, les implants, le condom masculin et le condom féminin, la méthode des jours fixes (MJF), la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et la pilule du lendemain.

Figure 1. Cadre conceptuel soulignant la centralité des normes sociales, de genre, et de pouvoir, pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (29), reproduit et adapté aux données de terrain, Atlantique (Bénin) 2021



la contraception “moderne” descend à 8.5%.<sup>28</sup> Les besoins non satisfaits<sup>5</sup> en matière de planification familiale y sont également élevés: 37.5% chez les femmes en âge de procréer en union et 42.4% chez celles hors d’union. Plus spécifiquement chez les adolescentes et jeunes femmes, les besoins non satisfaits sont estimés à 33% chez celles en union âgées de 15 à 19 ans et à 37%

chez celles en union âgées de 20 à 24 ans. Chez les adolescentes et jeunes femmes hors d’union, les besoins non satisfaits sont estimés à 65.5% chez les 15 à 19 ans et à 41.7% chez celles de 20 à 24 ans. Le département enregistre également un taux préoccupant de violences basées sur le genre. 43% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont déclaré avoir subi ce type de violence au cours des douze derniers mois selon l’enquête démographique et de santé de 2017.<sup>5</sup> De plus, 10% des femmes de cette tranche d’âge ont rapporté avoir été victimes de violences sexuelles à un moment de leur vie,<sup>5</sup> des incidents pouvant entraîner des grossesses non désirées et des avortements.

<sup>5</sup>Le pourcentage des femmes qui ne souhaitent pas tomber enceinte mais qui n’utilisent pas actuellement la contraception. [https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin\\_EDSBV\\_Rapport\\_final.pdf](https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf)

### Composition ethnique et religieuse

Les groupes ethniques majoritairement représentés dans ce département sont les Fɔn, les Aja et apparentés, et les Ayizɔ dont les religions dominantes sont le catholicisme, suivi des religions dites endogènes telles que le Vodún,<sup>†</sup> et les évangélistes.

### Conception de l'étude et sources de données

Les données que nous utilisons proviennent d'une recherche plus large intitulée « Expériences de l'avortement au Bénin: déterminants sociaux et parcours de soin dans le département de l'Atlantique ». Cette recherche, basée sur une approche ethnographique (expliquée ci-dessous), a été conduite entre février et août 2021 dans le département de l'Atlantique, avant la modification de la loi relative à la santé sexuelle et reproductive qui a élargi les conditions d'accès à l'avortement. Les données ont été collectées auprès de femmes âgées de 15 à 40 ans ayant eu une expérience d'avortement provoqué ainsi que des acteurs impliqués dans le processus d'avortement (proches, partenaires, membres du milieu de vie) et informateurs clés: leaders religieux, responsables des affaires sociales, phytothérapeutes. Cet article se focalise uniquement sur les données concernant les adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans et celles de certains informateurs clés dans les zones de collecte de données ainsi que les parents et proches des adolescentes.

### Technique de collecte des données

L'approche ethnographique a été utilisée pour collecter les données durant six mois. Elles ont été recueillies à partir d'observations participantes<sup>\*\*</sup> dans les formations sanitaires publiques et privées et les milieux environnants, des entretiens informels, ainsi que des entretiens approfondis et répétés (voir plus loin) avec les femmes ayant eu une expérience d'avortement provoqué,

des entretiens individuels avec leurs parents, proches, leurs partenaires et informateurs clés ainsi que des focus groups avec les parents d'adolescents (des deux sexes) et des adolescentes et jeunes femmes de la localité. Cet article traite des données d'observations et des entretiens individuels approfondis avec 28 jeunes femmes, 18 parents et proches (mères, frères et sœurs, partenaires), et 20 informateurs clés. L'article prend également en compte les données de neuf focus groups effectués avec des relais communautaires, des adolescentes et jeunes femmes, et des parents d'adolescents des deux sexes. Ces focus groups ont permis d'écouter au total six relais communautaires, 12 adolescentes et jeunes femmes et 24 parents d'adolescents des deux sexes. Les focus groups ont été effectués afin de saisir la dynamique sociale et culturelle entourant la transition vers l'âge adulte, l'éducation sexuelle y compris la communication entre les parents et les adolescentes et jeunes femmes, la prévention des grossesses et la prise de décision en matière de reproduction et autres facteurs contextuels dans le département pouvant influencer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et jeunes femmes.

Dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, nous avons dirigé notre attention sur l'offre des services en matière de santé reproductive. Notre principal intérêt se portait sur les soins post-avortement et la planification familiale. Notre démarche s'est traduite par l'observation des consultations et interventions médicales, notamment en maternité et aux urgences, afin de documenter les interactions entre soignants et patients. Lors de ces observations, nous avons identifié des femmes sollicitant des soins complets<sup>††</sup> ou post-avortement, et les avons invitées à participer à notre étude. Dans certaines situations, le personnel de santé présentait lui-même les objectifs de notre recherche à la patiente ou facilitait notre prise de contact directe avec elle. Lors de ce premier contact, nous recueillions le consentement de la femme pour sa participation à l'étude. Une fois leur consentement obtenu, ces adolescentes et jeunes femmes ont été suivies dans leur milieu de vie.

<sup>†</sup>Vodún: graphie selon l'alphabet phonétique international, écrit grâce au clavier Fon. Il existe d'autres variantes influencées par les langues étrangères : Vodou, Vodun, Vodoun, etc. Il s'agit de la religion endogène du Bénin.

<sup>\*\*</sup>Aider les sages-femmes dans la consultation prénatale, chercher un dossier médical et le remplir, soutenir les femmes admises pour les soins après avortement, accompagner une femme pour l'échographie, tenir des lampes torches pour l'offre de soins après avortement lorsque nécessaire etc.

<sup>††</sup>Nous faisons référence aux cas où des femmes sollicitent une interruption volontaire de grossesse pour des motifs autres que ceux prévus par la loi SR de 2003.

Le suivi de ces femmes post-avortement s'est traduit par une immersion dans les localités ciblées. Nous avons initié des échanges informels dans des lieux de rassemblement communautaires tels que les points d'eau, les marchés, et les places publiques. Ces interactions nous ont permis de recueillir des informations précieuses sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur le contexte socio-culturel dans lequel évoluent les adolescentes et jeunes femmes de l'Atlantique, au Bénin. Par ailleurs, nous avons tissé des alliances locales<sup>‡‡</sup> facilitant l'identification d'autres femmes ayant eu un avortement en dehors du cadre médical, ainsi que certains informateurs clés au sein de la communauté.

Afin de surmonter les défis inhérents à la collecte de données sur un sujet aussi délicat que l'avortement, nous avons établi une relation de confiance avec les jeunes femmes concernées, suivant l'exemple de chercheurs comme Ouedraogo.<sup>29</sup>

Nous avons eu des contacts répétés<sup>§§</sup> avec les adolescentes et jeunes femmes enrôlées et échangé de manière informelle sur leur vie, l'évolution de leur état de santé après les soins et l'observation de leur environnement familial.

Pour ce qui est des entretiens approfondis, ils ont été menés dans un cadre préservant la confidentialité. Les participantes ont eu la latitude de choisir la langue de l'entretien, et les discussions ont été enregistrées sur dictaphone. En moyenne, chaque entretien s'étalait sur une heure. Dans certaines situations, nous avons procédé à plusieurs sessions d'entretiens – allant jusqu'à trois – avec une même participante, veillant à chaque fois à obtenir son consentement pour l'entretien suivant. Le [Tableau 1](#) détaille les principales thématiques abordées durant ces entretiens. Quant au [Tableau 2](#), il met en exergue les différents groupes cibles et le nombre d'entretiens qui ont été transcrits et analysés pour la rédaction de cet article.

### Analyse des données

Les enregistrements audio ont été soigneusement transcrits et, le cas échéant, traduits en français.

<sup>‡‡</sup>Relais communautaires, leaders, infirmière des collègues, prestataires d'avortement informel par l'utilisation de plante, enseignants, conducteur de taxi moto.

<sup>§§</sup>Rencontrer de commun accord une femme ayant eu une expérience d'avortement, chez elle, dans un lieu public (maquis, restaurant, plage, jardin, école) afin de mieux la connaître et de la rassurer sur notre statut de chercheur.

Ils ont ensuite été codés manuellement dans Word pour une analyse thématique des données. Nos observations ont été compilées en notes quotidiennes, puis codées et intégrées dans l'analyse. Nous avons adopté une approche d'abord inductive, puis déductive pour élaborer les codes, en nous basant sur les questions des différents guides d'entretien, la littérature pertinente et notre modèle théorique. La taxonomie des normes sociales et le modèle socio-écologique ont guidé l'identification et l'analyse de l'influence des différentes catégories de normes sociales en vigueur dans le département de l'Atlantique concernant la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et jeunes femmes. Les transcriptions ont été minutieusement relues plusieurs fois pour identifier les normes, et mettre en évidence les liens et les influences de ces normes dans les expériences des adolescentes et jeunes femmes en santé sexuelle et reproductive.

### Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'aval du comité d'éthique de recherche de l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées du Bénin (CER-ISBA) sous l'autorisation N°136 datée du 31/12/2020, ainsi que celui de l'African Population and Health Research Center (APHRC) avant de collecter les données sur le terrain. De surcroît, le Ministère de la Santé du Bénin et les autorités sanitaires locales ont également donné leur feu vert. Le consentement des participantes a été systématiquement recueilli, que ce soit à l'oral ou à l'écrit, avant tout entretien ou enregistrement. Les parents et proches n'ont été interviewés qu'avec l'assentiment de la participante elle-même. Dans les établissements de santé, nous nous sommes assurés d'obtenir le consentement des responsables, du personnel médical, et bien sûr, des adolescentes et jeunes femmes. Le comité d'éthique nous a accordé une dérogation pour l'inclusion des mineures dans notre étude sans obtenir un consentement parental, cela pour protéger leur vie privée et éviter toute stigmatisation. Pour les besoins de cet article, tous les noms ont été changés afin de préserver l'anonymat des participantes.

### Résultats

#### Caractéristiques des participants

Le [Tableau 3](#) détaille les caractéristiques socio-démographiques et le type d'avortement réalisé

<b>Tableau 1. Groupes cibles interviewés, types d'entretiens et thématiques clés abordées</b>		
<b>Groupes cibles interviewés</b>	<b>Type d'entretiens</b>	<b>Quelques thématiques abordées</b>
Femmes ayant eu un avortement provoqué	Entretiens informels et individuels approfondis en série	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de relation avec partenaire/homme</li> <li>- Découverte et partage de l'information sur la grossesse</li> <li>- Connaissances et pratiques contraceptives</li> <li>- Processus de prise de décision et personnes impliquées</li> <li>- Recherche de soin et facteurs associés</li> <li>- Type d'avortement effectué et raisons du choix</li> <li>- Complications liées à l'avortement et mécanisme de gestion</li> <li>- Relations sociales (partenaire, parents ...) après avortement et émotions</li> <li>- Prévention de grossesse après un avortement</li> </ul>
Proches (partenaire, mari, mère, tante ...)	Entretiens informels et individuels approfondis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances sur les moyens de prévention des grossesses et ceux utilisés par la femme ayant eu un avortement provoqué</li> <li>- Découverte de la grossesse et rôle dans la prise de décision</li> <li>- Recherche de soin et facteurs associés</li> <li>- Type d'avortement effectué et raisons du choix</li> <li>- Complications liées à l'avortement et mécanisme de gestion</li> <li>- Perceptions de la grossesse prémaritale et de l'avortement</li> <li>- Relations sociales après l'avortement.</li> </ul>
Parents d'adolescent.es et adolescent.es de la localité	Focus groups	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transition vers l'âge adulte</li> <li>- Normes et pratiques pour les adolescentes et jeunes femmes en matière de prévention des grossesses non désirées</li> <li>- Gestion des menstrues, défis et conseils reçus par les adolescentes et jeunes femmes</li> <li>- Normes et gestion des grossesses prémaritales par les adolescentes et jeunes femmes et par la société</li> <li>- Normes sociales autour des grossesses prémaritales et le recours à l'avortement</li> <li>- Réaction des hommes au recours à l'avortement par une femme</li> <li>- Rapport de genre dans la localité</li> </ul>
Informateurs clés des institutions	Entretiens individuels approfondis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accessibilité des services de santé de la reproduction y compris l'avortement pour les adolescentes et jeunes femmes</li> <li>- Obstacles à l'accès à l'avortement pour les adolescentes et jeunes femmes</li> <li>- Réaction de la société à l'avortement</li> <li>- Diffusions de l'information et croyances culturelles qui affectent la santé reproductive y compris les avortements</li> </ul>

**Tableau 2. Répartition des autres groupes cibles participant à l'étude et du nombre d'entretiens recodés par catégorie**

Groupes cibles	Effectifs
Parents des adolescentes et jeunes femmes (père ou tuteur et mère)	7
Partenaires et ex-partenaires	5
Proches des adolescentes et jeunes femmes (cousins, connaissances, ami.e.s)	6
Informateurs clés des institutions (sages-femmes, pairs éducateurs, animateurs, responsables communaux/ales)	4
Leaders communautaires et religieux	14

par les adolescentes et jeunes femmes participantes.

Dans notre échantillon composé de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, plus d'un tiers étaient dans la tranche d'âge de 15 à 18 ans. Environ 75% avaient atteint un niveau d'étude secondaire, majoritairement au niveau du premier cycle secondaire. La grande majorité étaient célibataires et presque toutes étaient de confession chrétienne, avec une prédominance d'évangélistes. Plus de la moitié résidaient en milieu rural et 40% des participantes avaient été recrutées via un centre de santé, tandis que 60% provenaient directement des quartiers des zones visées par notre étude.

Concernant le type d'avortement pratiqué, en fonction du statut matrimonial, sur les 25 jeunes femmes célibataires, sept ont bénéficié d'un avortement sécurisé clandestin, tandis que 12 ont effectué un avortement non sécurisé, et six ont recouru à des soins post-avortement suite à un avortement non sécurisé. Les deux femmes en couple ou mariées ont, pour leur part, réalisé des avortements non sécurisés, nécessitant ultérieurement des soins post-avortement.

Dans la première partie de cet article, nous explorons les normes sociales associées à la santé reproductive dans le département de l'Atlantique, telles que perçues par nos informateurs clés, les jeunes femmes, et leurs parents des deux sexes. L'importance et le rôle de ces normes pour la société ont été précisés par ces différentes catégories d'acteurs.

La seconde partie examine comment ces normes sociales s'articulent et influencent, à différents niveaux du modèle socio-écologique, les

décisions et parcours d'avortement des adolescentes et jeunes femmes. L'analyse des entretiens et nos observations ont permis de comprendre comment ces normes sociales guident leurs décisions concernant l'interruption de grossesse, le choix de services d'avortement, et le type d'avortement pratiqué.

### Les normes sociales en santé sexuelle et reproductive dans le département de l'Atlantique et leur importance pour la société

Les données recueillies nous ont permis de documenter quatre grandes catégories de normes sociales relatives à la santé sexuelle et reproductive transmises aux adolescentes et jeunes femmes du département de l'Atlantique. Ces normes concernent l'éducation sexuelle, l'âge considéré approprié pour commencer la parentalité (avoir des relations sexuelles), le moment jugé "idéal" pour la conception, l'adoption des méthodes de contraception "modernes", ainsi que le rôle prescrit aux femmes en matière de reproduction.

*"Notre éducation, nous on ne nous parle pas de sexe": le tabou autour de la sexualité dans la socialisation des jeunes*

Selon les participants des focus groups, la survenue des règles chez la fille lui confère le statut de « femme » et l'aptitude à concevoir. Cette étape constitue un moment clé que les parents et d'autres acteurs (dans les écoles, les institutions religieuses, la société) saisissent pour l'éducation à la sexualité des adolescentes et jeunes femmes. Selon les parents d'adolescent.e.s, les normes et

**Tableau 3. Répartition des participantes en fonction des caractéristiques socio-démographiques, géographiques et du type d'avortement effectué ( $n = 28$ )**

Caractéristique	Effectif
<b>Age</b>	
15–18 ans	10
19–24 ans	18
<b>Niveau d'instruction</b>	
Universitaire	5
Secondaire 2nd Cycle	7
Secondaire 1er Cycle	9
Primaire	4
Non scolarisé/ Non précisé	3
<b>Occupation</b>	
Etudiante	4
Elève	12
En formation professionnelle	7
Serveuses/Revendeuses	5
<b>Etat civil</b>	
Célibataire	25
En couple/mariée	3
<b>Religion</b>	
Chrétienne catholique	9
Chrétienne évangélique	12
Autres chrétiens	2
Musulmanes	3
Vodún	1
Abandon de la religion	1
<b>Milieu de résidence</b>	
Rural	15
Urbain	13

<b>Lieu de recrutement</b>	
Centre de Santé privé	3
Centre de Santé public	8
Quartiers ou milieu de vie	17
<b>Type de soins d'avortement</b>	
Soins complets d'avortement sécurisé et ou non sécurisé (SCA)	12
Soins après avortement (SAA)	7
Avortement auto induit sans soins après avortement (SAA)	9

pratiques sociales “acceptables” et “inacceptables” pour la vie en général et la sexualité en particulier sont inculquées aux jeunes à ce moment-là. L'analyse des réponses des parents révèle que ces normes sont transmises de façon explicite ou implicite en fonction du domaine ou de l'aspect concerné (comment une bonne fille doit se comporter, l'hygiène menstruelle, les risques de maladies sexuellement transmissibles, les grossesses, les avortements, avoir des rapports sexuels avant d'être marié, etc.), suivant des codes et langages sociaux établis dans la société. Les acteurs de cette transmission sont les parents, les gens du quartier ou village, l'école et les institutions religieuses.

Nos données soulignent le tabou persistant autour de la sexualité, manifesté par une réticence intergénérationnelle des parents à discuter ouvertement de ce sujet avec les jeunes. Typiquement, l'initiation à l'éducation à la sexualité au sein de la famille pour les adolescentes et jeunes femmes survient après leurs premières menstruations. Elle se focalise sur des conseils d'hygiène menstruelle et corporelle, la sensibilisation aux dangers de la sexualité, comme les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles, ainsi que les conséquences des avortements. Cette éducation est faite d'injonctions codées qui sont censées préserver les adolescentes et jeunes femmes d'une grossesse prémaritale. Comme l'ont partagé les jeunes femmes lors des groupes de discussion (et confirmé par les parents), ces conseils se résument fréquemment à des injonctions comme “*Il faut éviter la compagnie des garçons*” ou “*si on tombe enceinte avant le*

*mariage, on n'a plus de valeur*". D'après les participants, il incomberait principalement aux mères d'assumer cette éducation, la considérant presque comme un "devoir social". Un parent interviewé a fourni des éclaircissements sur cette dynamique:

*« Les personnes qui s'occupent réellement de l'éducation de l'enfant, qui en souffrent vraiment, ce sont les femmes. Ce sont les mères qui endossent toutes les souffrances, qui s'échinent, qui conseillent. Le papa lorsqu'il adviendrait que tu lui signales quelque chose à propos de l'enfant, il te répond c'est ton enfant, tu peux l'éduquer comme tu veux, cela ne me concerne pas et il s'en va déjà sur ces propos. Donc c'est la mère qui paie le prix. »* (Femme, 45 ans, Agricultrice)

Les propos de cette mère sont confirmés par un des pères ayant participé au groupe de discussion, qui a aussi expliqué les raisons pour lesquelles l'éducation à la sexualité repose sur les mères.

*« Tu peux parler de ça avec un garçon mais pour la fille pour aller à cet extrême comment on s'approche de l'homme, ça sera un peu difficile pour un papa de parler de ça avec sa fille, ça sera à la maman de parler de ça avec une fille »* (Homme, 44 ans, Instituteur)

Compte tenu du caractère féminin du sujet, les mères seraient donc les mieux indiquées pour aborder le sujet de la sexualité avec les filles.

Par ailleurs, le contenu de l'éducation à la sexualité est similaire en milieu rural comme en milieu urbain. Les données montrent également que les pratiques actuelles des parents en matière d'éducation à la sexualité sont influencées par les normes qui leur ont été transmises dans leur jeunesse. En effet, les normes sociales sur le moment et la personne "idéale" avec laquelle parler de sexualité (par exemple les tantes et oncles dans certaines sociétés) influencent les pratiques éducatives à la sexualité des parents et autres acteurs responsables de l'éducation des adolescentes et jeunes femmes. Ces normes font naître la honte chez les parents qui ont du mal à parler de la sexualité avec leurs enfants.

*« Notre éducation, nous on ne nous parle pas de sexe »* (Femme, 39 ans, relais communautaire).

Les normes sociales en vigueur en matière d'éducation à la sexualité limitent ainsi l'accès des adolescentes et jeunes aux informations sur les moyens de prévention des grossesses. Il existe aussi un âge

"acceptable" et des conditions socialement "approuvées" pour entrer en sexualité.

#### *Normes sociales concernant l'âge acceptable pour entrer en sexualité et pour tomber enceinte*

L'un des résultats clés de notre étude est que la société ne dissocie pas les rapports sexuels de l'entrée en parentalité. Les parents ont mentionné le mariage et la volonté de faire des enfants comme conditions d'accès à la sexualité. Pour eux, il faut avoir un certain âge, du travail et être mariée (soit culturellement, religieusement ou légalement) avant d'avoir des rapports sexuels. L'âge "acceptable" varie d'un acteur à un autre. Certains participants des focus groups ont mentionné 18 ans comme la limite minimale acceptable, et ce en conformité avec l'âge de la majorité selon la loi au Bénin. Pour d'autres, l'âge minimum serait de 20 ans, 22 ans voire 25 ans, des âges qui selon eux accroissent les chances pour les adolescentes et jeunes femmes d'accomplir des étapes clés de leur transition, comme se marier. En effet, l'âge en lui seul ne saurait être un critère suffisant pour accéder à la sexualité. Il doit impérativement s'associer à d'autres conditions pour que les jeunes aient accès à une sexualité socialement approuvée:

*« Nous ne considérons pas l'âge hein [Sic]. Si tu es élève, tu dois finir tes études d'abord. Si tu n'es pas élève ou que tu as abandonné les classes, que tu es en apprentissage après 17 ans, nous ne pouvons pas dire que tu as 18 ans, que tu tombes enceinte! C'est à la fin de ta formation, quand tu auras ton attestation en main que tu peux faire ce que tu veux faire »* (Femme, 45 ans, Agricultrice).

Ainsi une grossesse n'est susceptible d'être socialement acceptée chez une fille majeure que si elle a fini sa formation académique ou professionnelle et/ou a un travail, et/ou est mariée. Néanmoins, la grossesse reste fortement encadrée et conditionnée. Les entretiens ont montré que pour la société, la grossesse ne doit survenir que dans le cadre du mariage approuvé par les parents et tout au moins célébré culturellement. Les institutions religieuses insistent sur l'abstinence sexuelle et la virginité avant le mariage. C'est un idéal que la maman inculque à sa fille. De ce fait, certaines mères surveillent et font vérifier la virginité de leur fille chez des agents de santé. La fille est récompensée

quand elle est vierge pour l'encourager à la maintenir jusqu'au mariage.

Toutes les religions enseignent cette norme par la valorisation et la gratification des personnes qui les respectent en se mariant avant d'entrer en sexualité.

*« C'est pourquoi nous donnons plus de valeur à la célébration des mariages pour aider la classe juvénile à leur emboîter le pas, voyez-vous? »* (Homme, 50 ans, Pasteur)

L'éducation des adolescentes et jeunes femmes à la maison met aussi l'accent sur la nécessité de se marier vierge, ce qui donnerait de la « valeur » aux adolescentes et jeunes femmes. Une adolescente ou jeune femme qui se marie dans ces conditions est valorisée pour avoir honoré sa « communauté » religieuse et ses parents. La société considère sa mère dans ce cas comme ayant réussi son rôle d'éducatrice et de préservatrice de la dignité et de la valeur de sa fille et celle de la famille.

*« Si on lui fait ça et qu'après, elle ne trouve pas d'enfant? »: Normes autour de l'utilisation de la contraception « moderne »*

Nos données montrent que les normes sociales au Bénin rendent acceptable la dispensation d'informations sur la prévention des grossesses selon les modalités définies par la société. Ces modalités préconisent essentiellement l'abstinence jusqu'à ce que les conditions de la procréation soient réunies (notamment le mariage). Ce n'est qu'à ce moment que les femmes peuvent utiliser des méthodes contraceptives pour espacer leurs naissances (et non pour la réduction des naissances). De ce fait, la dispensation d'informations sur la prévention des grossesses est seulement acceptable si elle suit ce schéma. Ainsi, la promotion de l'éducation à la sexualité et des méthodes contraceptives « modernes » pour toutes les femmes en âge de procréer par les organisations non gouvernementales (ONG) et l'État se heurte aux normes sociales dans l'atteinte de leurs cibles.

Par exemple, les normes sociales définissent l'éligibilité des femmes à l'utilisation des méthodes contraceptives « modernes » selon leur typologie, mode d'emploi et en fonction des perceptions des membres de la société sur leurs effets. Pour les participants de cette recherche, les méthodes contraceptives sont adaptées pour espacer les naissances et ne sauraient avoir pour but la

prévention de la grossesse (en l'occurrence pour les adolescentes et jeunes femmes qui ne sont pas censées avoir des rapports sexuels avant le mariage) et/ou la réduction des naissances. Par exemple, le « capital enfant »<sup>11</sup> d'une femme peut être espacé au mieux par l'utilisation des méthodes contraceptives, mais ces méthodes ne doivent pas le réduire.

Le contenu des messages de sensibilisation véhiculés par l'État ou les ONG semble alimenter les perceptions liées au rôle et aux effets des méthodes contraceptives « modernes » sur la capacité reproductive des femmes. Cette réaction des hommes dans une séance de sensibilisation rapportée par notre informatrice en dit long:

*« Une sage-femme avait quitté Agondo (nom fictif) pour venir me voir ici. Et disait que pour les naissances, qu'il faudra les réduire et tout. Ce jour-là, ça n'a pas été facile. Les hommes se sont levés pour dire pourquoi elle va dire ça, pourquoi elle dit qu'on ne va pas faire d'enfant [tchrum] (Sic) et ça a été une dispute. Et nous avons dit non, que quand elle est en train de dire sa chose, elle n'était pas venue vers eux, qu'elle disait sa chose en public »* (Femme, 60 ans, relais communautaire)

Selon certains informateurs clés, les hommes (parents, partenaires, leaders religieux et communautaires) n'apprécient pas que des agents de sensibilisation abordent les questions d'utilisation de la contraception « moderne » avec les femmes mariées et encore moins avec les adolescentes et jeunes femmes. Les hommes et les femmes des quartiers ciblés par l'étude l'ont également confirmé. Certains hommes pensent que l'État et/ou les occidentaux veulent les empêcher de faire des enfants, alors que la finalité de cet encadrement normatif sur l'utilisation de la contraception est de permettre aux adolescentes et jeunes femmes de pouvoir avoir des enfants une fois mariées. En effet, les hommes, mais aussi les femmes interviewées, craignent qu'en utilisant la contraception, les adolescentes et jeunes femmes aient des relations sexuelles sans risque de grossesse et aient du mal à concevoir une fois mariées. L'utilisation de la contraception « moderne » est ainsi vue comme un moyen qui stimulerait le « désordre », l'infidélité

<sup>11</sup> Nombre d'enfant donné par Dieu à une femme selon la conception populaire sur la fécondité des femmes.

et la transgression des normes et attentes sexuées à l'égard des femmes.

Cependant, certains parents pensent que tous les jeunes utilisent le préservatif et semblent être tolérants vis-à-vis de cela. Toutefois, cette tolérance concerne plus les garçons que les filles. Les adolescentes et jeunes femmes non mariées qui les utilisent sont stigmatisées:

« *Les gens disent non qu'ils ne veulent pas d'elle. Même si mon fils est derrière elle [la fille qui utilise la contraception], je vais dire non je ne la veux pas car son parcours est très grand. Si tu suis celle-là, tu seras contaminé* » (Femme, 45 ans, Revendeuse)

Par ailleurs, les oui-dire ou rumeurs autour des « mauvaises expériences<sup>\*\*\*</sup> » de certaines utilisatrices de la contraception « moderne », influencent négativement la motivation d'autres femmes, y compris les adolescentes et jeunes femmes, à les utiliser.

*« Qu'elle accouche! »: manque de pouvoir de décision de la femme en santé reproductive*

Au nombre des normes sociales dénombrées dans le département de l'Atlantique en matière de santé reproductive, figurent des normes qui mettent en exergue le rapport de pouvoir en santé reproductive entre les hommes et les femmes. Ainsi, il existe des normes sur le rôle des femmes, la prise de décisions et l'issue de la grossesse.

Elles s'énoncent comme suit: « *le rôle des femmes est de faire des enfants* », « *une femme ne peut pas décider d'utiliser une méthode contraceptive ou d'avorter sans le consentement de son mari* », « *quand on tombe enceinte, on accouche* ». Ces trois dimensions des normes sociales et des rapports de pouvoir, ont une forte incidence sur la survenue et l'issue des grossesses prémaritales chez les adolescentes et jeunes femmes. D'autre part, l'avortement n'est pas reconnu comme une option en santé reproductive dans le département de l'Atlantique selon les informateurs clés. Une mère d'adolescente affirme:

« *... Si on tombe enceinte, qu'on accouche tout simplement et qu'on laisse le planning. Si c'est la grossesse, c'est Dieu qui a voulu que l'enfant vienne au monde. L'avortement n'est pas du tout bon. Donc, je vois que ce n'est pas*

<sup>\*\*\*</sup>Migration d'implant, prise de poids, perte de poids, acnés sur le visage, problèmes de santé en continue, tomber enceinte malgré la présence de la contraception, etc.

*recommandable. Même si c'est une grossesse rapprochée, garde et accouche. Même si c'est une jeune fille [Qu'elle accouche]. »*

Les rapports de pouvoir socialement établis ne reconnaissent pas d'autonomie de décision aux adolescentes et jeunes femmes concernant la santé sexuelle et reproductive et donc le droit à l'autonomie corporelle.

« *Supposons qu'on est en amitié, elle n'est pas ma femme et elle me dit que comme on n'a pas d'argent pour l'hôpital ou bien comme je suis en chômage c'est pourquoi elle a pris cette option d'avorter et après je pourrais l'enceinter une autre fois et elle va garder, ça se sent mal à l'oreille, ça ne sonne pas bien! C'est moi qui suis l'homme, c'est pourquoi on a dit que quand l'homme prend une décision, la femme l'accepte à deux mains.* » (Homme, 33 ans, Technicien Agricole)

Les parents, les tuteurs et tutrices, les frères et sœurs, les partenaires et les membres des « communautés » religieuses sont des acteurs qui prennent des décisions pour les adolescentes et jeunes femmes concernant l'utilisation de la contraception et/ou la gestion d'une grossesse. L'influence de ces acteurs sur les décisions en santé reproductive des adolescentes et jeunes femmes joue surtout en cas de dépendance financière. Par ailleurs, il est admis qu'une femme ne peut refuser un rapport sexuel à son mari. Elles ont l'obligation de soumission aux décisions de leur partenaire comme l'explique cet homme:

« *Même si toi la femme tu ne veux pas d'enfants, tu vas te soumettre à la décision du mari* » (Homme, 44 ans, Instituteur)

Enfin, les entretiens ont révélé des rapports sexuels abusifs et contraints dans les relations de certaines adolescentes et jeunes femmes qui n'étaient pas en mesure de les refuser et les ont subis.

**L'interconnectivité des normes sociales à différents niveaux du modèle socio-écologique et leurs influences sur la décision et le recours à l'avortement par les adolescentes et jeunes femmes**

*Niveau individuel: l'influence des normes sociales et facteurs individuels dans la décision d'avortement*

Le niveau individuel du modèle socio-écologique met en exergue l'influence des connaissances, de

l'âge et des aspirations professionnelles et de vie dans la décision d'avortement chez les adolescentes et jeunes femmes. Selon les adolescentes et jeunes femmes rencontrées, les objectifs de vie, une formation académique ou universitaire ou encore professionnelle en cours et les attentes normatives (décrites précédemment) motivent le recours à l'avortement en cas de grossesse prémaritale. Cela apparaît clairement dans l'étude de cas ci-dessous.

Alicia (15 ans) est élève en classe de 3<sup>ème</sup>. Elle a eu un rapport sexuel non planifié avec son petit ami de 17 ans sans utiliser de méthode de contraception; elle dit avoir été contrainte à "coup de carresses". Elle a remarqué plus tard l'absence de ses règles et en parla à son copain qui lui remit de l'argent pour la réalisation d'un test de grossesse dans un centre de santé. Le test s'est révélé positif et les deux partenaires ont décidé qu'elle devrait avorter en milieu hospitalier. Après avoir essayé un refus dans une première clinique, Alicia s'est résolue à en informer sa mère pour trouver de l'aide. Bien qu'elle eût peur de la réaction de sa mère, elle préférerait l'affronter et obtenir son aide que de subir la honte de la grossesse prémaritale en raison de son âge et la stigmatisation qu'elle subirait.

**Alicia:** *Moi je suis, moi j'ai dit ça à maman que si elle ne réglait pas tous ces problèmes-là moi je vais mourir, c'est ce que je lui ai dit*

**Interviewer:** *C'est ce que tu as dit à Maman, oui c'est la menace. Mais est-ce que tu pensais vraiment le faire?*

**Alicia:** *Donc, "N jân hōn sîn fīnε" [je vais fuir de là]*

**Interviewer:** *Tu vas fuir c'est ça? Tu vas fuir pour aller où?*

**Alicia:** *Bon, pour mourir que je veux [Elle préfère mourir que de poursuivre la grossesse prémaritale]*

**Interviewer:** *Tu voulais la mort, c'est ça?*

**Alicia:** *S'il le fallait.*

**Interviewer:** *Et qu'est-ce qui serait mieux dedans entre la mort et euh le fait de garder la grossesse? Qu'est-ce que tu trouves de mieux dedans? Garder la grossesse allait te faire quoi?*

**Alicia:** *Bon, ça me fait un peu honte parce que je n'ai pas l'âge.*

(15 ans, Élève, soins complets d'avortement non sécurisé)

Tout comme Alicia, plusieurs autres adolescentes et jeunes femmes ont eu recours à l'avortement en raison de leur âge, de leur formation

académique ou professionnelle en cours et de leurs objectifs de vie.

*Niveau social: quand le genre de la personne impliquée dans la recherche de soin détermine le type d'avortement qu'obtiennent les adolescentes et jeunes femmes*

La stigmatisation sociale et religieuse de la grossesse prémaritale est un mécanisme qui permet la régulation de celle-ci selon la société. Elle peut également motiver dans certains cas le recours à l'avortement chez les adolescentes et jeunes femmes. La grossesse prémaritale fait alors l'objet d'une gestion individuelle et sociale quant à son issue et implique dans certains cas plusieurs acteurs (parents, partenaire, frères et sœurs) dans la prise de décision d'avorter et la recherche de soins.

Nous avons noté une implication plus importante des parents dans la décision d'avorter et la recherche de soins chez les adolescentes et jeunes femmes de moins de 20 ans contrairement à celles qui ont plus de 20 ans. Sur les quatorze adolescentes de moins de 20 ans, les mères étaient impliquées chez six d'entre elles, le père, et l'oncle pour deux, et le copain ou ami pour les six autres. Les autres adolescentes et jeunes femmes âgées de plus de 20 ans ont géré leur avortement seules, en secret, avec parfois l'aide de leurs ami.e.s, des voisines, des phytothérapeutes et des vendeuses informelles de médicaments.

Nos données montrent que les partenaires sont impliqués de manière différenciée dans la prise de décision comme le parcours de recherche de soins d'avortement. Lorsque la décision d'avorter est prise par les deux partenaires, elle est soit consensuelle, soit conflictuelle. Dans le premier cas, l'adolescente ou la jeune femme bénéficie du soutien financier et de l'implication de son partenaire dans la recherche de soins. Dans le second, l'adolescente est souvent seule à trouver les moyens pour recourir à l'avortement.

*« Le gars a dit que ce n'est pas lui qui m'a enceinté, d'aller chercher celui qui m'a mise enceinte ailleurs [...] J'ai été voir l'autre dame et elle m'a fait une infusion, je ne connais pas l'infusion, et elle m'a fait ça; quand j'ai bu, j'ai commencé par saigner pendant trois jours. Et dans l'autre mois, j'ai eu mes règles » (Adolescente, 18 ans, avortement contraint)*

Certaines adolescentes et jeunes femmes subissent aussi parfois un avortement contraint par leur partenaire. C'est le cas de Corinne, une adolescente de 17 ans qui a subi un avortement à son insu. Avant la survenue de la grossesse, elle avait pourtant discuté avec son petit-ami à propos de la gestion d'une éventuelle grossesse et ce dernier avait promis qu'elle la garderait. Peu de temps après, Corinne remarque l'absence de ses règles. Avec l'aide d'une amie, elle fit un test de grossesse qui s'est révélé positif. Elle informa aussitôt son petit-ami tout en mentionnant sa volonté et son aptitude à garder la grossesse. Ce dernier s'opposa à cette option sur le champ. Les deux partenaires restèrent silencieux sur le sujet de l'avortement jusqu'à ce que Corinne tombe malade. Son petit-ami, qui lui avait promis des médicaments pour la soigner, glissa des abortifs dans un lot de comprimés qu'il remit à Corinne qui les avala. Ceci occasionna des douleurs abdominales et des saignements qui motivèrent le recours à un centre de santé après que sa sœur en ait informé leur mère. Avec l'aide financière de la maman, Corinne bénéficia d'un traitement pour le paludisme (diagnostiqué par l'agent de santé qui ignorait qu'elle était enceinte) après quoi elle eut des saignements qu'elle endura dans le silence pendant deux jours. Le troisième jour, le produit de la conception fut expulsé de son vagin. C'est alors que Corinne réalisa qu'elle avait subi un avortement.

*« Donc c'était le mercredi que je voulais aller me laver et je suis sortie pour aller uriner et j'ai senti quelque chose entre mes jambes donc, je me suis penchée pour regarder ça et j'ai vu que c'était un avortement [...] ça m'a fait mal et j'ai gardé ça en mains et j'ai commencé à pleurer »* (17 ans, élève, avortement non sécurisé coercitif)

Dans d'autres cas, certains partenaires font usage de pression pour imposer le recours à l'avortement comme cela a été vécu par Lucie, âgée de 21 ans et mère d'une fille de trois ans. Elle vit dans la maison familiale paternelle après l'échec de son mariage avec le père de son enfant. Seule, face aux dépenses de sa fille, elle cumule deux jobs précaires et vit dans un environnement familial conflictuel où elle est stigmatisée en raison de son statut de mère célibataire. Quand elle découvrit sa grossesse, elle pensa pouvoir emménager avec son auteur. Mais ce dernier lui suggéra de rester chez ses parents pour accoucher. Au vu de son profil de

“Tányinō”<sup>+++</sup> comme ses frères l'ont surnommée, Lucie décida qu'elle ne pouvait plus garder sa grossesse et accoucher de surcroît dans la maison familiale. Elle risquait le rejet et de se retrouver sans abri, ce qui aggraverait sa précarité économique. Son partenaire lui recommanda alors d'avorter si elle ne pouvait pas rester chez ses parents pour accoucher. C'est ainsi que Lucie a été amenée à interrompre sa grossesse, contrainte par les normes sociales sur les conditions acceptables pour tomber enceinte, alors qu'elle est déjà mère célibataire, et sans le soutien de son partenaire.

Pour ce qui est des parents, nos données montrent que dans les cas où les deux parents sont impliqués dans la gestion d'une grossesse prémaritale, c'est le père qui détient le pouvoir de décision. Il peut décider de donner sa fille en mariage (ce qui constitue l'alternative à l'avortement) ou de s'impliquer dans la recherche d'une méthode d'avortement.

Pour éviter un mariage forcé ou la stigmatisation de leur fille, il arrive aussi que les mères décident l'avortement sans en informer le père, surtout dans les familles polygames. La forte présence des mères dans la prise de décision et le parcours d'avortement est liée aux normes de genre sur leur rôle en matière d'éducation à la sexualité et de prévention des grossesses chez les adolescentes et jeunes femmes. Elles s'impliquent pour échapper à la honte et à la stigmatisation sociale qui pèse sur la fille et sur elles-mêmes. Dans le cas d'Alicia cité ci-dessus, sa mère a été troublée par l'annonce de la grossesse de sa fille. Elle ne s'attendait pas à ce qu'elle tombe enceinte car, selon elle, Alicia respectait les normes qui lui ont été inculquées. Elle a décidé d'aider Alicia à avorter en secret pour, selon elle, préserver son foyer (la découverte de la grossesse par son mari pourrait créer des problèmes dans le couple) et aussi sa réputation de mère. Un secret que les deux femmes partagent avec le prestataire de l'avortement.

Concernant le type d'avortement obtenu par les adolescentes et jeunes femmes, nos données montrent des différences en fonction du genre des personnes impliquées dans la recherche de soin. Quand il s'agit d'un homme (père, partenaire, ami) les adolescentes et les jeunes femmes

<sup>+++</sup>En langue Fon, littéralement, la tante qui a eu un mariage raté et qui revient vivre au domicile familial.

accèdent le plus souvent à un avortement sécurisé. Cela peut s'expliquer par la qualité du réseau de connaissances et la capacité financière de ces derniers, mais aussi du fait que les hommes ont plus de facilité à demander des informations sur les services d'avortement. Ils portent moins que les femmes les stigmas de la grossesse et de son interruption éventuelle.

Par contre, lorsque la recherche de soins a été effectuée par l'adolescente et/ou sa mère, les adolescentes et jeunes femmes accèdent le plus souvent à un avortement non sécurisé en utilisant des méthodes "néo-traditionnelles"<sup>\*\*\*</sup>, notamment en milieu rural. Cela s'expliquerait par la nécessité de discrétion autour de l'avortement, leur niveau de connaissance sur les options existantes pour interrompre une grossesse de manière sécurisée et la qualité de leur réseau d'amis. Les normes de genre et les rapports de pouvoir influencent donc aussi le type d'avortement auquel les adolescentes et jeunes femmes accèdent selon la personne qui les accompagne dans leur parcours de recherche de services. A titre d'exemple, Marvine a eu deux expériences d'avortement clandestins sécurisés grâce à l'aide de son partenaire devenu ex-petit ami lors de son deuxième avortement. En effet, son partenaire l'a mise en contact avec des soignants offrant des soins complets d'avortement sécurisé et lui a aussi apporté son soutien financier en couvrant tous les frais lors du premier avortement. Contrairement à Marvine, Alicia a eu un avortement non sécurisé avec l'aide de sa mère, et cette dernière n'a pu se procurer que des services d'un prestataire non qualifié car elle n'avait que cette option qui lui avait été offerte par une voisine du marché où elle est vendeuse. Tout comme Alicia, d'autres participantes ont expérimenté un avortement non sécurisé en ayant recours à des phytothérapeutes comme dame Énanyó (voir plus loin), des vendeurs de médicaments ou des agents non qualifiés, parce qu'elles n'avaient les moyens que pour ce type de services et parce qu'elles étaient seules dans leur parcours d'avortement.

Malgré les normes sociales et les messages véhiculés dans la société qui contribuent à une forte condamnation de l'avortement, nous avons documenté des pratiques contraires à ces normes: l'offre de

service d'avortement à base de plantes dans un village. Dame Énanyó, la cinquantaine, propose des méthodes contraceptives "traditionnelles" et des recettes abortives à base de plantes aux adolescentes et jeunes femmes de son village, ses clientes fidèles. Pour elle, une adolescente ou jeune femme qui prend la décision de trouver un moyen d'éviter les grossesses ou d'en interrompre une pendant qu'elle est en formation, cherche à s'accomplir et doit être soutenue. C'est pour cette raison qu'elle apporte son "aide" aux adolescentes et jeunes femmes, pour leur permettre de finir leur formation. Sa motivation est que les adolescentes et jeunes femmes de son village puissent terminer leurs études ou formations professionnelles et "devenir quelqu'un" (réussir), tout comme leurs sœurs urbaines, et pourront honorer leurs mères:

*« La raison est que dans les grandes villes, ils atteignent la maturité. Elles n'ont pas ce souci-là [grossesse chez l'adolescente] et c'est toujours nous, les villageois, qui allons toujours nous rabaisser et serons toujours chétifs. C'est pour cette raison que, comme je suis habituée aux grandes villes, c'est ce qui m'amène à dire qu'elles doivent aussi être importantes, elles doivent aussi évoluer parce qu'elles le désirent mais les hommes les étrangent. Donc, si elle fait ça là, elles vont aussi essayer d'être forcément importantes. C'est pour cette raison que je leur fais ça [la tisane abortive] [...] Avant de leur faire ça, je dis, "tu as vu ta camarade qui a pris son diplôme la fois passée, tu as vu le nombre de personnes qui étaient là? Si toi-même, tu patientes et prends ton diplôme, tu vas honorer ta mère parce que c'est nous, les mères, qui endurons toute la souffrance" ». (Femme, la cinquantaine, praticienne d'avortement non sécurisé)*

Pour ces raisons, dame Énanyó fournit ses services gratuitement et secrètement aux adolescentes et jeunes femmes de son village. Elle s'arrange par exemple pour leur donner des rendez-vous à des heures et des endroits différents. Elle pense qu'il n'est pas nécessaire de faire payer le service aux adolescentes et jeunes femmes car elles manquent de moyens financiers et aussi parce qu'elle-même n'achète pas les plantes servant à ses recettes. Toutefois, la patiente doit financer l'achat du test de grossesse. Il faut noter par ailleurs que plusieurs adolescentes et jeunes femmes n'ont pas eu recours aux formations sanitaires en raison d'un manque de moyens financiers, que ce soit pour demander des soins complets d'avortement ou des soins après avortement en cas de

<sup>\*\*\*</sup>Surdosage de médicament anti paludéen, consommation de tisanes ou de concoctions.

complication. En effet, les frais associés à ces soins sont à la charge des demandeuses de ces services.

*Niveau ressources: quand les valeurs des agents de santé entravent l'accès aux soins d'avortement pour les adolescentes et jeunes femmes*

Les offres de services d'avortement sont multiples dans le département de l'Atlantique. Quatre types d'offre existent: l'offre de soins d'avortement sécurisé clandestin dans les centres de santé privés, l'offre de soins complets d'avortement entrant dans le cadre de la loi,<sup>§§§</sup> l'offre de soins post-avortement dans tous les centres de santé<sup>¶¶¶</sup> (selon les normes et politiques de santé) et l'offre informelle de service d'avortement non sécurisé (par des agents non-médicaux et agents de santé, et des promoteurs de méthodes néo-traditionnelles). Pour pouvoir classer les avortements selon ces catégories, nous avons utilisé les données collectées sur le profil des prestataires et la méthode utilisée dans les expériences d'avortement des adolescentes et jeunes femmes (disponibles dans la plupart des cas). Ainsi, tout service d'avortement obtenu dans le secteur privé pour lequel nous n'avions pas eu les éléments nécessaires pour le classer comme sécurisé a été classé comme avortement non sécurisé. Nous utilisons le terme "clandestin" pour faire référence ici au fait que la loi relative à la santé sexuelle et reproductive du Bénin n'autorisait pas l'avortement à la demande de la femme au moment de la collecte des données. Or, dans ce contexte, certaines femmes parvenaient à obtenir des services d'avortement sécurisé effectués par des prestataires formés et utilisant des méthodes recommandées. Nous pensons que cette précision sur la clandestinité est importante en raison du fait qu'il existait des "fenêtres" pour l'accès à l'avortement effectué par un prestataire formé et qualifié mais toutes les femmes qui en ont besoin n'arrivaient pas à y accéder.

<sup>§§§</sup>Au moment de la collecte des données, la loi n'autorisait que l'avortement médicalisé en cas de viol, d'inceste ou de malformation ou bien quand la grossesse met en danger la santé de la femme.

<sup>¶¶¶</sup>Les soins après avortement devraient être disponibles dans toutes les formations sanitaires pour toutes les femmes présentant un avortement incomplet ou des complications d'avortement.

Malgré la disponibilité des services de santé reproductive dans les formations sanitaires, leur accessibilité et leur utilisation par les adolescentes et jeunes sont fortement influencées par les normes sociales et valeurs personnelles des agents de santé. Par exemple, en ce qui concerne l'avortement, certains d'entre eux vont jusqu'à proposer aux femmes de garder la grossesse et de prendre en charge les frais des consultations prénatales, un argument pour les convaincre de ne pas recourir à l'avortement. D'autres préfèrent référer les femmes vers des agents ou centres de santé qui offrent le service dans le secteur privé.

L'influence des valeurs personnelles et religieuses s'observe même dans l'offre de soins après avortement, un service qui selon la loi doit être offert aux femmes dans toutes les formations sanitaires publiques comme privées, que l'avortement soit provoqué ou spontané. Dans les faits, les soins après avortement deviennent des lieux de tensions et de conflit de valeurs qui transparaissent dans les interactions entre soignants et soignés.

Le manque d'empathie, la violence physique et verbale ainsi que des échanges entachés de jugements sont fréquents, selon nos observations dans les formations sanitaires, et sont relatés par les adolescentes et jeunes femmes ayant utilisé ces services, comme illustré dans le cas suivant:

Corinne (17 ans) qui a subi un avortement provoqué à son insu (histoire évoquée plus haut) a beaucoup saigné après l'expulsion du produit de conception, motivant le recours à un centre de santé d'où elle a été référée à l'hôpital de zone (un hôpital de premier niveau de référence dans la pyramide sanitaire du Bénin) pour bénéficier d'une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU). Selon elle, elle aurait accédé à ces services sur fond de violences physiques. L'équipe voulait lui faire un curetage digital auquel Corinne s'est opposée. Elle ne voulait pas qu'on lui "*mette la main en dessous*". Une sage-femme l'a alors giflée et a appuyé sur sa bouche pour l'empêcher de crier pendant que d'autres membres de l'équipe tenaient ses pieds et mains pour l'immobiliser.

L'offre des services d'avortement, notamment des soins après avortement, devient alors le terrain de violences obstétricales, au-delà des douleurs engendrées par les complications de l'avortement et l'AMIU, souvent réalisée sans anesthésie. C'est donc dans un climat d'humiliation, ou d'abus de pouvoir, de violences physiques et verbales ainsi que d'obligation de soumission à

l'équipe de soins que les adolescentes et jeunes femmes reçoivent les soins liés à l'avortement.

Marvine, par exemple, a contracté une grossesse non désirée quand elle avait 19 ans et a pu bénéficier, grâce au soutien de l'auteur de la grossesse, d'un service d'avortement (clandestin) sécurisé médicalement. Elle a expérimenté la violence verbale et l'humiliation lors de sa demande et de la réalisation des soins complets d'avortement dans une clinique spécialisée en service de santé reproductive pour jeunes. Elle a subi un interrogatoire psychosocial qu'elle qualifie de "déplacé".

*« Elle m'a trop, elle m'a vraiment embêtée quoi, je ne pouvais pas pleurer [...] Je ne pouvais même pas pleurer et j'ai dû garder le silence, je ne pouvais pas pleurer »* (23 ans, étudiante, avortement clandestin sécurisé)

Marvine nous a confié qu'elle s'est sentie humiliée et offensée par la sage-femme et a dû garder le calme pour bénéficier du service. Deux ans après, les souvenirs de ce moment sont encore gravés dans sa mémoire. Elle a été particulièrement gênée par les questions de la sage-femme sur "pourquoi elle ne veut pas garder la grossesse" et sur son auteur. Elle a évoqué ces deux éléments dans le cadre d'une conversation sur l'interaction qu'elle a eue avec l'équipe de soins de la clinique où nous l'avons enrôlée dans l'étude pendant qu'elle attendait un soin d'AMIU pour un deuxième avortement. Elle a apprécié le fait que le gynécologue dans ce cas présent n'avait pas posé ces questions lors de sa prise en charge.

La réception de service d'avortement ou des soins après avortement en milieu hospitalier est un moment délicat et chargé d'affect pour les femmes. Elles font face à des conflits de valeurs et se confrontent à leurs propres normes sociales intériorisées et à celles des agents de santé, ce qui influence leur comportement qui se traduit par des interactions moralisantes et des jugements. Certains finissent par offrir les soins après avortement tandis que d'autres les refusent. Ces comportements des prestataires sont liés à leurs perceptions de la transgression des normes sociales et des attributs de genre par les adolescentes et jeunes femmes demandeuses de soins post-avortement ou d'avortement sécurisé, ou encore de méthode de contraception "moderne". Aussi, certains agents de santé craignent d'enfreindre la loi sur l'avortement (interdit au moment de la collecte des données).

Par ailleurs, malgré sa présence quasi systématique, le conseil (counseling) après avortement (qui consiste à proposer les méthodes contraceptives aux femmes ayant eu un avortement pour qu'elles en adoptent une), normalement obligatoire de la part des soignants après la prise en charge d'une femme ayant eu un avortement, était hétérogène dans son contenu. L'âge et le statut marital influencent les informations que fournissent les agents de santé aux femmes. Quelques mamans, par exemple, ont voulu mettre leur fille sous contraception suite aux soins après avortement mais ont été dissuadées de le faire par les agents de santé. La mère d'une participante a ainsi expliqué comment les agents de santé lui ont déconseillé de faire adopter une méthode contraceptive à sa fille de 16 ans (normalement éligible à l'adoption d'une méthode contraceptive selon la loi sur la santé sexuelle et la reproduction au Bénin).

*« Un autre agent de santé m'a dit que le planning n'est pas bon. C'est pour celles qui ont déjà accouché. Pour une fille qui n'a encore jamais eu d'enfant, le planning n'est pas une bonne chose, si on lui fait ça et qu'après, elle ne trouve pas d'enfant? Et j'ai demandé en ce qui concerne la pilule et il m'a également dit qu'il ne me conseillerait pas les comprimés, et que c'est des conseils seulement je serai en train de leur donner ».* (Mère d'adolescente, revendeuse)

Cela a ainsi créé des occasions manquées d'adoption de méthodes contraceptives "modernes" par des adolescentes et jeunes femmes sexuellement actives et donc vulnérables aux grossesses non désirées et à des avortements multiples.

Par ailleurs, l'offre de services de contraception "moderne" aux adolescentes et jeunes femmes par les professionnels de santé est influencée par les normes sociales quant au profil de femmes qui peuvent utiliser les méthodes contraceptives "modernes", l'âge pour entrer en sexualité (en parentalité), leur perception des effets secondaires des méthodes contraceptives et leurs normes religieuses.

*Niveau institutionnel: l'influence des normes religieuses dans le recours à l'avortement à risque par les adolescentes et jeunes femmes*

Les normes institutionnelles (lois, politiques, structure gouvernementale, institutions) influencent tous les niveaux du modèle d'analyse socio-écologique et les expériences des adolescentes et jeunes femmes en matière de santé reproductive,

de l'accès à l'information (connaissance, niveau individuel) à l'utilisation des méthodes contraceptives "modernes", en passant par la décision du recours à l'avortement (niveau social) et à la disponibilité et l'accessibilité des soins d'avortement (niveau ressources).

Concernant les normes religieuses, la peur de la stigmatisation liée à la grossesse prémaritale dans la "communauté" religieuse a incité certaines adolescentes et jeunes femmes à recourir à un avortement, dans la plupart des cas à risque. Par exemple, Ruth est une étudiante âgée de 24 ans, et mère d'une fille de 7 ans qu'elle a eue après une tentative d'avortement par un agent de santé (selon ses propos), abandonnée suite aux menaces de son père de faire emprisonner toutes les personnes impliquées si l'avortement avait lieu. Fiancée à un jeune homme de son église et tous les deux membres de la chorale, elle était consciente de la stigmatisation qu'elle risquait en cas de non-respect des normes religieuses sur le mariage et la grossesse. Son enfant étant né avant sa reconversion et ayant eu précédemment une expérience d'avortement qu'elle avait publiquement confessée lors de son baptême, elle se devait de montrer à sa "communauté" religieuse que sa vie avait changé avec le "Christ". Au bout d'un an et demi de relation, elle a été confrontée à une grossesse "inacceptable". Elle décida de l'arrêter pour échapper à la honte et la stigmatisation dont elle avait été témoin au sujet d'autres femmes dans sa communauté religieuse.

*« Il était prêt à assumer et je lui ai dit non que je ne peux pas. On est à l'église [...]. Le pasteur serait vraiment déçu et tout ce qui va avec. Il m'a dit mais qu'il a déjà un boulot! Qu'il a un job qu'il peut assumer ça. J'ai dit ça ce n'est pas le problème. Je n'en disconviens pas mais je ne peux pas. Cette honte-là, pardon éloigne euh éloigne ça de moi. Parce qu'il y avait une sœur qui était tombée enceinte dans l'église et c'était vraiment la honte. On l'a vraiment lavée, tout ça c'était pas vraiment facile. C'était compliqué des rumeurs par-ci, les moqueries dans les coins, chacun dans son coin en train de dire. J'ai pensé à tout ça j'ai dit que je ne peux pas. [...] Parce que la honte serait sur moi là, surtout que c'est la femme qui est beaucoup plus blâmée à l'église. C'est la femme qui est beaucoup plus blâmée à l'église. »* (24 ans, étudiante, avortement non sécurisé)

Ruth précise qu'en cas de grossesse prémaritale, la femme est plus stigmatisée que l'homme. Ainsi, le fait que son partenaire soit « prêt » et qu'elle

décide néanmoins d'interrompre la grossesse pour éviter la honte et la stigmatisation témoigne du fait que les sanctions liées à la transgression des normes sociales dans le cas d'une grossesse religieusement inacceptable influencent de manière disproportionnée les femmes et les hommes.

Ce fut aussi le cas de Marvine, fille d'une dirigeante d'église. Elle nous a confié que sa mère lui avait toujours rappelé qu'elle devait tout faire pour se marier avec honneur à l'église et ne pas répéter son histoire. En effet, sa mère s'était mariée en raison de la grossesse, et son mariage n'avait tenu que 10 mois après la naissance de Marvine. Sa mère vivait donc avec des regrets, elle dit avoir raté des opportunités en donnant naissance à sa fille et l'invite constamment à réussir (finir ses études et avoir du travail, se marier avec honneur) et lui « essayer les larmes » (offrir de meilleures conditions de vie).

Quand Marvine se rendit compte qu'elle était enceinte, sa prise de décision fût automatique, elle devait avorter, elle ne pouvait pas informer son copain car ce dernier se disait être prêt à avoir un enfant. Sa décision était essentiellement liée à la position de sa mère dans la communauté religieuse.

*« Elle [mère] est un peu religieuse. Donc, pour nous, c'est que se marier à l'église, prendre la dot tout ça, c'est un honneur pour la famille, c'est un honneur pour tes parents, c'est un honneur pour l'église et tout. Donc, tu ne dois pas te permettre un certain nombre de choses, tu ne dois pas te permettre de mettre la honte à tes parents et tout ».*

Selon elle, les normes religieuses seraient le facteur qui a le plus pesé dans sa décision de recourir à l'avortement:

*« Ça a beaucoup, ça a beaucoup joué sur la décision, disons à 70%. Les 30% restants, je peux dire qu'aujourd'hui quelle que soit la relation que tu entretiens, on n'est jamais assez sûr de la personne avec qui on est... [...]. Donc, je voulais quand même être sûre de mon choix, ne pas pouvoir dire à mon enfant après, c'est parce que je suis tombée enceinte de toi que j'ai épousé ton père. Sinon je n'allais jamais épouser ton père, je ne voulais pas ce genre de vie pour moi en fait ».*

Le cas de Marvine est illustratif de l'ensemble des facteurs qui interagissent pour motiver le recours à l'avortement chez les adolescentes et jeunes femmes, notamment le type de relation, l'environnement familial, les aspirations professionnelles et sociales et les normes religieuses. Aussi,

elle dit vouloir faire un enfant par choix pour ne pas se retrouver contrainte d'épouser un homme en raison d'une grossesse.

La Figure 2 présente l'ensemble des normes sociales influençant la santé reproductive et les expériences d'avortement des adolescentes et jeunes femmes dans le département de l'Atlantique selon nos données.

### Discussion

Grâce à cette recherche, nous avons pu enrichir les connaissances sur l'impact des normes sociales sur la santé reproductive, notamment sur la décision et le processus d'avortement parmi les adolescentes et les jeunes en Afrique de l'Ouest, et au Bénin en particulier.

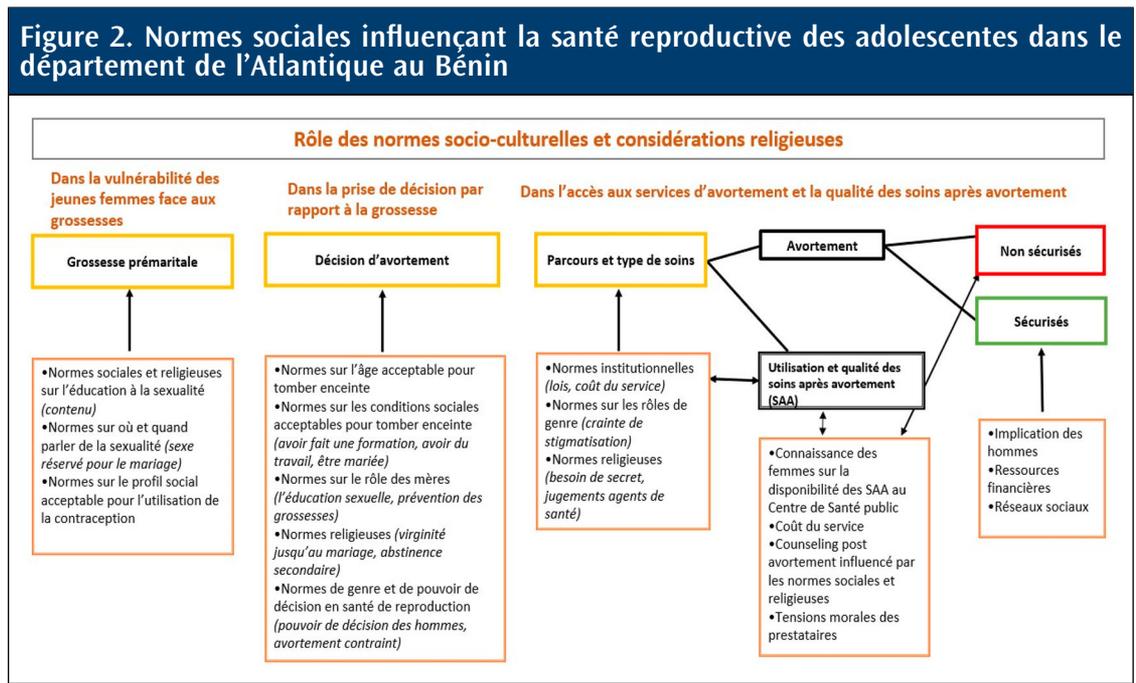
Nos résultats montrent que les normes sociales, actives à divers niveaux du modèle socio-écologique, rendent vulnérables les adolescentes et les jeunes femmes face aux grossesses non désirées. Elles orientent également la décision d'avorter et le choix du type d'avortement. Il est frappant de constater que nos données soulignent la force des rapports de pouvoir intergénérationnels et entre les sexes au cours de ce processus. Ces résultats sont cruciaux pour l'élaboration de politiques et programmes axés sur la promotion de la santé

sexuelle et reproductive des adolescentes et des jeunes femmes, en particulier ceux qui envisagent la modification des normes sociales comme levier d'action.

### Influence des normes sociales sur la décision d'avorter

Il est ressorti de notre étude que les normes sociales accentuent la vulnérabilité des jeunes face aux grossesses hors mariage et non planifiées. Ces mêmes normes servent de fondement à la décision d'avortement pour certaines. En effet, les désirs personnels des adolescentes et des jeunes femmes se heurtent à ces normes sociales et à d'autres facteurs, tels que les impératifs économiques ou la nature de la relation avec le partenaire. Des éléments tels que l'âge, les conditions socialement ou religieusement définies pour avoir un enfant, la peur de la stigmatisation ou encore la honte, poussent nombre d'entre elles à mettre fin à une grossesse hors mariage, comme observé dans d'autres contextes.<sup>11,14</sup>

Nous avons aussi identifié que la décision d'avorter n'est pas uniquement individuelle. Elle implique plusieurs acteurs, tous influencés par ces mêmes normes sociales et les rapports de pouvoir. Par exemple, les parents et le partenaire jouent un rôle prépondérant dans les décisions des



adolescentes de moins de 20 ans. Lorsqu'ils sont impliqués, ces acteurs ont le pouvoir décisionnel sur la conduite à tenir en cas de grossesse prémaritale ou le parcours d'avortement à adopter, traduisant ainsi des inégalités de pouvoir de décision entre les acteurs impliqués dans la gestion des grossesses prémaritales. Cette inégalité des pouvoirs décisionnels est due aux normes sociales et à la dépendance économique des adolescentes et jeunes femmes et au cadre légal qui, jusqu'en Octobre 2021, restreignaient l'accès à l'avortement et obligeaient les adolescentes et jeunes femmes à consulter d'autres personnes dans leur réseau pour trouver des moyens sécurisés d'avortement.<sup>11,14,30</sup> Dans certains cas, cela les conduit à subir des avortements forcés, comme observé au Kenya.<sup>31,32</sup>

Tout comme dans l'étude de Frederico et al.<sup>30</sup> au Mozambique, nous avons noté une forte influence des partenaires et des parents sur la décision d'avorter des jeunes concernées.

Nos recherches soulignent le poids considérable des normes religieuses dans la décision d'avortement, ce qui tranche avec d'autres observations. Par exemple, dans un quartier populaire d'Accra, au Ghana, les valeurs religieuses semblaient avoir une influence limitée sur la décision d'avorter des adolescentes et jeunes femmes.<sup>33</sup> L'étude de Bain et al.<sup>33</sup> suggère que dans certaines situations, comme la nécessité de perpétuer une lignée, une grossesse chez une adolescente ou une jeune femme peut être socialement tolérée, voire souhaitée, notamment si la jeune fille est fille unique. Ces variations illustrent comment les normes sociales peuvent différer selon les régions et comment elles s'entrecroisent avec d'autres facteurs, jouant un rôle dans la décision d'avorter dans des conditions non sécurisées. En essence, la décision d'avorter ne repose pas sur un unique facteur, mais s'inscrit dans un ensemble de normes sociales qui définissent le "comportement approprié" des adolescentes et jeunes femmes, en fonction de leur statut marital et de leur âge.

#### L'interaction des normes à différents niveaux

Les adolescentes et jeunes, leurs parents, partenaires et les prestataires informels d'avortement à risque négocient et naviguent dans leur environnement normatif et légal pour effectuer un avortement, le plus souvent non sécurisé. Les dynamiques de genre, les rapports de pouvoir et les considérations religieuses sont au cœur de ces négociations et adaptations aux normes à

différents niveaux du parcours d'avortement (décision, recherche de soin, type d'avortement) des adolescentes et jeunes femmes. Une législation restrictive sur l'avortement (au moment de la réalisation de l'étude) et les normes sociales n'empêchent pas les adolescentes et jeunes femmes de recourir à l'avortement. Au contraire, elles en sont les moteurs, tout en les empêchant d'accéder aux services dont elles ont besoin, les conduisant ainsi à des avortements non sécurisés et des besoins non satisfaits en planification familiale. Les normes sociales affectent également la qualité des soins liés à l'avortement dans les formations sanitaires, ce qui peut aussi justifier le faible recours à ces structures par les adolescentes et jeunes femmes qui ont besoin de services liés à l'avortement ou liés à la santé reproductive de façon générale.

Ainsi, une réforme juridique comme celle qui vient d'avoir lieu au Bénin, y compris l'élaboration de lignes directrices, ne rendra pas nécessairement l'avortement sécurisé plus facilement accessible aux adolescentes et jeunes femmes, ni ne le retirera de la sphère du tabou. Dans une étude comparative sur les types de lois sur l'avortement et l'accès réel, Blystad et al.<sup>34</sup> ont conclu que le lien entre le droit, les politiques de santé et l'accès aux services est compliqué et dépend fortement du contexte socio-économique et politique de mise en œuvre, et est dans bien des cas paradoxal. De ce fait, dans certains contextes où la loi sur l'avortement est dite "libérale", les politiques de mise en œuvre peuvent entraver l'accès réel à l'avortement, tandis que dans d'autres contextes de loi dite "restrictive", la politique et le contexte peuvent offrir des possibilités d'accès à l'avortement sécurisé. Il existe aussi d'autres facteurs qui peuvent entraver l'accès à l'avortement sécurisé malgré l'existence d'une loi favorable. Par exemple, le manque d'informations sur la loi en matière d'avortement, la posture de garant des normes des agents de santé (à cause des normes sociales et des valeurs personnelles) et la possibilité qu'ils ont de refuser d'offrir des services d'avortement sont des barrières à un accès à l'avortement sécurisé malgré l'existence de conditions juridiques favorables.<sup>34</sup>

Ainsi, il faut plus qu'un changement de loi pour garantir l'accès à l'avortement sécurisé pour les adolescentes et jeunes femmes. Les décrets d'application de la loi relative à la santé sexuelle et à la reproduction (loi N°2021 modifiant et complétant la loi N°2003 relative à la santé

sexuelle et à la reproduction) au Bénin prévoit l'objection de conscience comme modalité d'application. Les professionnels de santé peuvent indiquer par une déclaration écrite au moment de la prise de service qu'ils ne souhaitent pas offrir des soins d'avortement sécurisé. Même si les décrets d'application prévoient d'autre part la référence de la demandeuse de service d'avortement par l'agent de santé, il existe un risque que cette dernière, par manque de moyens financiers, finisse par recourir à un avortement non sécurisé. Malgré l'existence de la loi, les adolescentes et jeunes femmes pourraient continuer à se mettre en danger si l'accès à l'avortement n'est pas simplifié. Disposer d'une base de données des formations sanitaires capables d'offrir ces services évitera les pertes de temps et d'argent pour les demandeuses de ces services. L'État doit s'assurer d'avoir des agents de santé qualifiés et formés, disposés à offrir les services d'avortement au moins dans chaque arrondissement urbain comme rural afin de garantir l'équité dans l'accès aux services d'avortement sécurisé pour toutes les femmes qui en ont besoin. Une autre composante importante de l'effectivité de cette loi reste la qualité des services dans les formations sanitaires qui pourra être améliorée par une formation suffisante et holistique des agents de santé. Cette formation doit aller au-delà des aspects cliniques et inclure des notions comme les droits des adolescentes et jeunes femmes en santé reproductive, les effets des violences basées sur le genre et obstétricales, les droits des utilisatrices des services de santé reproductive ainsi que la clarification des valeurs et la transformation des attitudes dans l'offre de services liés à la santé reproductive.

Certaines organisations capables d'offrir ce genre de formation sont déjà actives dans ce domaine au Bénin. Nous recommandons le déploiement à large échelle de ce type de formation, son évaluation et si nécessaire l'adaptation du contenu des modules sur la clarification des valeurs et la transformation des attitudes (VCAT) aux besoins locaux, aux croyances et aux normes sociales ainsi que les langages socialement et culturellement appropriés pour aborder les questions de droits des adolescentes et jeunes femmes en santé reproductive, afin qu'elle soit efficace.

L'État et les partenaires techniques et financiers œuvrant à la promotion de la santé sexuelle et reproductive au Bénin doivent assurer le droit à l'information sur la santé sexuelle et reproductive

afin de réduire la vulnérabilité des adolescentes et jeunes femmes face aux grossesses non planifiées et aux avortements à risque à travers la dissémination de la loi relative à la santé sexuelle et à la reproduction selon les modalités de communication prévue par celle-ci. En effet, dans son article 19.1, cette loi précise les peines encourues par les individus en matière de communication: « est puni des peines prévues à l'article 519 du code pénal, le fait de proposer ses services pour réaliser une interruption volontaire de grossesse, en public, en réunion ou par la propagation d'écrits. Les mêmes peines sont appliquées à ceux qui font la promotion de moyens, objets et procédés relatifs à l'interruption volontaire de grossesse ». De ce fait, des séances de vulgarisation sur ce que permet effectivement la loi en termes de communication sont essentielles pour guider les acteurs de la promotion des droits en santé sexuelle et reproductive sur les options de communication qui les protègent contre les peines associées à une communication sortant du cadre de la loi.

### Forces et limites de l'étude

La valeur ajoutée de notre recherche réside dans sa capacité à illustrer l'impact de diverses et parfois contradictoires normes sociétales sur la vulnérabilité des adolescentes et jeunes femmes face aux grossesses non désirées et au processus menant à la décision d'avorter. Cette étude parcourt chaque étape, de la décision initiale d'interrompre la grossesse à la recherche de soins, jusqu'aux soins post-avortement. De plus, notre étude met en lumière les dimensions de genre dans l'accès à l'avortement sécurisé.

Cependant, notre recherche a ses limites. Elle n'évoque pas comment les normes sociales et les aspects de genre influencent la décision ou l'obligation des partenaires masculins face à l'avortement de leurs compagnes. Cette lacune offre une perspective riche pour approfondir la compréhension de l'impact des normes sociales sur les expériences en matière de santé reproductive des adolescents.

Il serait également judicieux d'étudier l'accès effectif aux services d'avortement sécurisé suite aux changements législatifs relatifs à la santé sexuelle et reproductive. En investiguant la disponibilité et la qualité des soins d'avortement, on pourrait obtenir des données précieuses pour orienter les interventions et politiques, visant à assurer un accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité au Bénin.

## Conclusion

Cette étude révèle la pluralité des normes sociales présentes dans le département de l'Atlantique au Bénin et interagissant à différents niveaux du modèle socio-écologique dans le parcours de santé reproductive des adolescentes et jeunes femmes. Elle souligne la pression considérable sous laquelle ces jeunes femmes, leurs conjoints et leurs familles se trouvent, les contraignant souvent à prendre des décisions qui ne sont guère favorables aux jeunes femmes, telles que l'avortement non sécurisé, le refus de soins par les prestataires et la subjection à des violences, qu'elles soient verbales ou physiques. Dans cette dynamique sociale, elles ont souvent le rôle le moins influent, leur comportement étant dicté par une série de normes sociales puissantes, nuisibles et parfois même contradictoires. Il est donc essentiel de reconnaître qu'une modification législative, telle que celle introduite au Bénin en 2021, ne transformera pas instantanément ces normes sociales enracinées autour de l'avortement.

Ce travail révèle le triple fardeau normatif qui stigmatise simultanément les grossesses hors mariage, limite une éducation sexuelle adéquate et accentue la stigmatisation de l'avortement. Face à cette situation, il est impératif d'éduquer les leaders communautaires et religieux sur ces constats et de susciter des réflexions collectives pour un début de changement de ces normes sociales. Des séances de clarification des valeurs à l'intention de ces leaders sont également essentielles, afin de diminuer leur réticence vis-à-vis de l'accès à l'information et de l'utilisation des services de santé reproductive pour les jeunes femmes qui en ont besoin.

## Remerciements

*La publication de cet article est effective grâce au soutien technique et scientifique du consortium constitué par le Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD) du Bénin, en collaboration avec ses partenaires que sont l'association « Ensemble pour le Droit à la Santé Sexuelle et de la Reproduction » (EDSSR) du Maroc, l'Université Gamel Abdel Nasser de la Guinée, et la revue scientifique Questions de Santé Sexuelle et Reproductive (Sexual and Reproductive Health Matters (SRHM)) de la Grande-Bretagne, dans le cadre du projet de « Renforcement des capacités de l'Afrique francophone pour la production de connaissances basées sur les droits en santé sexuelle*

*et reproductive » avec l'appui financier d'Amplify Change Limited. Nous tenons à remercier les participantes à la recherche pour avoir partagé leurs expériences, les professionnels de la santé qui nous ont accueillis dans les formations sanitaires et facilité l'accès aux femmes dans le cadre de notre recherche et nos alliés dans les localités ciblées par la recherche ainsi que l'ABPF pour son soutien. Nous remercions spécialement l'équipe de collecte et d'analyse des données de la recherche de base.*

## Déclaration

*Aucun conflit d'intérêt potentiel n'a été signalé par les auteurs.*

## Financement

*La recherche a bénéficié du financement de la Loterie nationale néerlandaise (NPL). Numéro de financement 386.793. Cette recherche a été menée dans le cadre du programme Sa Santé, Ses Choix mis en œuvre par Rutgers et DKT avec des partenaires au Kenya, en Éthiopie et dans une sélection de pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Le volet recherche du programme au Bénin était dirigé par APHRC, Rutgers et ABPF. AmplifyChange a fourni une petite somme d'argent pour soutenir la rédaction de l'article par le biais d'un programme de mentorat en partenariat avec le CERRHUD, EDSSR et SRHM. La Loterie Nationale Néerlandaise et AmplifyChange n'ont joué aucun rôle dans la détermination de la recherche ou du contenu de ce manuscrit.*

## Contributions des auteurs

*Déo-Gracias Vanessa Dossi Sekpon (DGVDS), Jonna Both (JB), Ramatou Ouedraogo (RO), Isabelle L. Lange (ILL). DGVDS a participé à la collecte des données, l'analyse des données pour l'article, à rédigé l'ébauche originale de l'article, la revue et l'édition de l'article. JB a participé à la conceptualisation du projet, a contribué à la méthodologie du projet, la supervision de la collecte des données, la revue et l'édition de l'article. RO a participé à la conceptualisation du projet, a contribué à la méthodologie du projet, la supervision de la collecte des données, la revue et l'édition de l'article. ILL a participé à la visualisation, la rédaction, la revue et l'édition de l'article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale pour soumission.*

## “Take this shame away from me!”: a qualitative study of the social norms surrounding abortion experiences among adolescent girls and young women in Benin

### Introduction

Abortions carried out in unsafe conditions are a significant public health concern in developing countries, especially those with restrictive abortion legislations.<sup>1,2</sup> Before the amendment in October 2021 of the law related to sexual and reproductive health which broadened the conditions for legally accessing abortions, Benin only permitted abortion in very specific circumstances, such as risks to the life or health of the woman, in cases of rape, incest, or fetal malformation.<sup>3</sup> Under this framework, many adolescent girls and young women resorted to unsafe procedures, leading to serious and even fatal complications. In Benin, complications from these unsafe abortions are among the main causes of maternal mortality (an estimated ratio of 394/100,000 live births), accounting for 13–15% of maternal deaths, or around 200 deaths annually from either spontaneous or induced abortions.<sup>4–6</sup>

In 2019, out of the 1924 women who received post-abortion care in the Atlantique department in southern Benin, more than half were aged between 15 and 24.<sup>4</sup> However, these statistics only reveal the tip of the iceberg of unsafe abortion consequences. They overlook women who did not seek care for post-abortion complications, and those who aborted without any issues. Furthermore, they do not reflect the profound social and psychological repercussions in a society marked by the stigmatisation of out-of-wedlock pregnancies.

Deeply ingrained social norms are generally not explicit, but they establish what is or is not acceptable within a community, and influence behaviours. In sub-Saharan Africa, studies show that certain conditions have to be met for pregnancy to be socially acceptable.<sup>7,8</sup> In Benin, unwritten social norms dictate what is considered “acceptable” for a pregnancy<sup>9</sup> but these norms, often influenced by religious beliefs – notably opposition to young people’s use of contraception – also render adolescent girls and young women more susceptible to unwanted pregnancies.<sup>10</sup>

In the face of these norms, various stakeholders such as parents, peers, society, and health

professionals, whilst valuing certain pregnancies, contribute to the stigmatisation of pregnancies outside of marriage.<sup>11–13</sup> This stigmatisation can lead to isolation, stress, and suicidal thoughts among youth.<sup>12</sup> Fear of social judgement then becomes a major driver for resorting to abortion, viewed as a lesser evil by some adolescent girls and young women.<sup>11,14,15</sup> The literature indicates that adolescent girls and young women are more likely to resort to unsafe abortions and to delay seeking medical care than their older counterparts.<sup>16,17</sup> They also tend to consult unqualified individuals, often non-medical, with increased risks of complications.<sup>18</sup> Although the impact of social norms on the decision to abort is recognised, their role in the choice of abortion type remains under-researched. A gap is also observed regarding adolescent girls’ and young women’s decision-making process concerning abortion.<sup>19</sup>

Many studies have identified the reasons prompting women of childbearing age and those involved in their decision-making to resort to abortion, emphasising the impact of social norms in this decision.<sup>9,11,14</sup> However, these norms are often mentioned in general terms without being detailed.

To our knowledge, few studies document the social norms and gender considerations imparted to adolescent girls and young women, and their influence on the reproductive health of youth, particularly in resorting to unsafe abortions. Our study aims to examine in detail the impact of how social norms came into play in the decision-making process and the abortion experiences of adolescent girls and young women aged 15–24 in the Atlantique department, prior to the amendment of the sexual and reproductive health law of October 2021.

### Conceptual clarifications

The field of sexual and reproductive health is ever-evolving, with concepts that dynamically transform. Hence, we find it crucial to specify certain key concepts that will be addressed throughout this article. This is our approach:

### *Social norms*

These refer to beliefs related to behaviours deemed appropriate within a given group. Though usually tacit and not codified, the majority of people assimilate, validate, and respect them. These norms are contextual and originate from outside the individual and are typically shared by members of the same community or society.<sup>20</sup> In our study, we operationally address social norms in sexual and reproductive health as behaviours socially approved or disapproved of for young women in the Atlantique department. The disapproval sheds light on the origin of these norms in society, particularly in the field of sexual and reproductive health. We also incorporate considerations of rewards or sanctions associated with conforming or not to these norms, as well as the binary nature of possible choices (for example, abstaining from or engaging in premarital sex, and continuing or terminating a pregnancy). From this perspective, we approach the concept of social norms in a broad sense, including other facets such as gender norms and those influenced by religious and socio-cultural beliefs. Gender norms, centred on the gendered dimension of human relationships, determine behaviours considered acceptable and appropriate for women and men within a given group or society. Rooted in both formal and informal institutions, these norms are internalised, constantly shaped, and reproduced through social interactions. They influence (often unequal) access of women and men to resources and freedoms, thereby affecting their voice, power, and self-perception of their identity.<sup>21</sup> In the context of this article, we utilise the concept of gender norms to explore, among other things, the distinct socialisation of girls and boys, societal expectations based on gender, and the consequences of deviations from norms depending on gender.

### *Adolescents and youth*

The United Nations (UN) defines a young person as someone aged 15–24 years.<sup>22</sup> In our study, we specifically focus on adolescent girls and young women within this age bracket, whom we refer to as “young women”. We have concentrated our attention on this population as they represent a distinct and particularly vulnerable group. Their personalities are in full development, shaped by the social norms conveyed by their families and religious institutions. Some of these norms might

contribute to health issues, as we will elaborate in this article.

### *Unsafe abortions*

An abortion is considered unsafe when it is carried out using a method not recommended by the World Health Organisation (WHO), not suited to the gestational age, and by someone lacking the necessary skills.<sup>23</sup>

### **Description of the study’s conceptual framework**

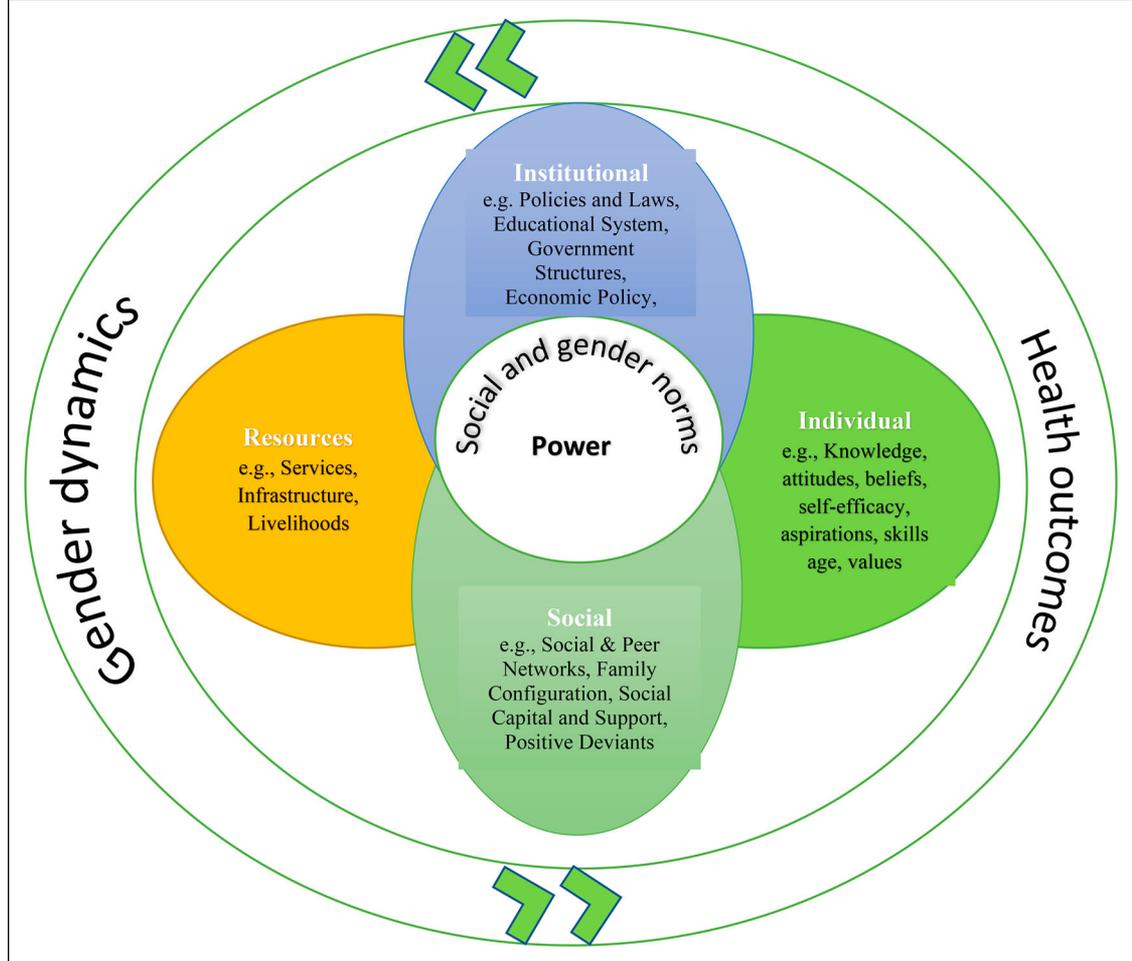
We relied on the theoretical framework of Cislaghi and Heise,<sup>24</sup> adapted by Pulerwitz et al.,<sup>25</sup> and on the taxonomy,<sup>26\*</sup> related to social norms in the countries of the Ouagadougou Partnership<sup>†</sup> (francophone Africa). These references guided us in identifying, analysing, and discussing the social and gender-related norms prevalent in the Atlantique department. This taxonomy proved invaluable for detecting norms in the discourse of our key informants during the reading and coding of our data. Although our interview guides did not directly and extensively query social norms concerning sexual and reproductive health, many responses implicitly revealed their existence at the departmental level. Our understanding of the taxonomy’s structure and the various norm categories it highlights allowed us to perform an inductive analysis of the data and more easily identify social norms within the various interviews.

We also utilised the conceptual framework of Pulerwitz et al.<sup>25</sup> to identify power dynamics, which are often overlooked when analysing social norms. This framework illustrates the inter-relationship between the four levels of the socio-

\*Classification system for organising and etiquette terms. In collaboration with Breakthrough Action, the Ouagadougou Partnership established a taxonomy of social norms that influence family planning, following an evaluation of family planning interventions and social norms in Ouagadougou Partnership countries.

†Organisation launched at the Regional Conference on Population, Development, and Family Planning held in Ouagadougou, Burkina Faso by the nine governments of Francophone West African countries, in collaboration with financial and technical partners, with the aim of accelerating progress in the use of family planning services in Benin, Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Guinea, Mali, Mauritania, Niger, Senegal, and Togo.

**Figure 1. Conceptual framework highlighting the centrality of social, gender, and power norms for the sexual and reproductive health of adolescents and young people (29), reproduced and adapted to field data, Atlantique (Benin) 2021**



ecological model, social norms, and power and gender dynamics. It allowed us to address specific aspects of the reproductive journeys of young women, such as sex education, the use of “modern” contraception<sup>‡</sup> (an emic term used by reproductive health actors), as well as societal reactions to premarital pregnancy and abortion, to study

<sup>‡</sup>Male and female sterilisation, injectables, the intrauterine device (IUD), contraceptive pills, implants, male condom and female condom, the standard days method (SDM), the lactational amenorrhoea method (LAM), and the morning-after pill.

the influence of social norms on the reproductive health experiences of young women.

One of the strengths of this framework is that it depicts the multiple strata of the socio-ecological model and emphasizes their interconnectivity, as well as their mutual influences on the reproductive health experiences of adolescents and youth (of both genders). It also recognises the dynamic nature of social norms and power relations, interacting across the four levels of the human development socio-ecological model.

Our analysis, therefore, aimed to trace the constituent elements of each level of the framework

in the experiences of young women in the Atlantique department, while highlighting their interconnectivity. For instance, we employed vignettes to detail each level of the conceptual framework, while noting the external influences that impacted young women's decisions and abortion journeys. As a result, the findings of this study are structured according to this framework, whereas the discussion emphasises the interdependence of the different levels to understand abortion experiences of youth in the Atlantique department (Figure 1).

## Methodology

### Study site

The study was conducted in the Atlantique department (southern Benin), the most populated department in the country with 1,398,229 inhabitants.<sup>27</sup>

### Demographic and health data

In 2018, the prevalence of “modern” contraception in this department was 14% among women of reproductive age, while the prevalence of so-called traditional contraception was 3%. Among young women aged 15–24, the prevalence of “modern” contraception drops to 8.5%.<sup>28</sup> Unmet family planning needs<sup>§</sup> are also high: 37.5% for women of reproductive age in unions and 42.4% for those not in unions. Specifically, for young women in unions, unmet needs are estimated at 33% for those aged 15–19 and 37% for those aged 20–24. For young women not in unions, unmet needs are estimated at 65.5% for those aged 15–19 and 41.7% for those aged 20–24. The department also records a concerning rate of gender-based violence. 43% of women aged 15–49 reported experiencing this type of violence in the past 12 months according to the 2017 demographic and health survey.<sup>5</sup> Furthermore, 10% of women in this age range reported being victims of sexual violence at some point in their lives,<sup>5</sup> incidents which can lead to unwanted pregnancies and abortions.

<sup>§</sup>The percentage of women who do not wish to become pregnant but are not currently using contraception. [https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin\\_EDSBV\\_Rapport\\_final.pdf](https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf)

### Ethnic and religious composition

The major ethnic groups represented in this department are the Fon, the Aja and related groups, and the Ayizo. The dominant religions are Catholicism, followed by indigenous religions such as Vodún,<sup>¶</sup> and evangelicalism.

### Study design and data sources

The data we use come from a broader study titled “Abortion experiences in Benin: social determinants and pathways of care in the Atlantique department”. This research, based on an ethnographic approach (explained below), was conducted between February and August 2021 in the Atlantique department, prior to the amendment of the law related to sexual and reproductive health which broadened access conditions to abortion. Data were collected from women aged 15–40 who had undergone induced abortion, as well as actors involved in the abortion process (relatives, partners, community members) and key informants (religious leaders, social affairs officials, and herbalists). This article focuses solely on data concerning young women aged 15–24 and that of certain key informants in data collection areas as well as the parents and relatives of adolescents.

### Data collection

The ethnographic approach was employed to gather data over a six-month period. Data were obtained from participatory observations<sup>\*\*</sup> in both public and private healthcare facilities and their environs, informal discussions, and in-depth and follow-up interviews (detailed later) with women who had undergone induced abortions. Individual interviews were conducted with their parents, relatives, partners, and key informants, along with focus groups with parents of teenagers (of both genders) and adolescent girls and young women from the locality. This article analyses the data from observations and in-depth individual interviews with 28 young women, 18 relatives and close contacts (mothers, siblings,

<sup>¶</sup>Vodún: spelling according to the International Phonetic Alphabet, written using the Fon keyboard. There are other variants influenced by foreign languages: Voodoo, Vodun, Vodoun, etc. It refers to the indigenous religion of Benin.

<sup>\*\*</sup>Assisting midwives during antenatal consultations, locating a medical file and filling it out, supporting women admitted for post-abortion care, accompanying a woman for an ultrasound, holding torches during post-abortion care provision, when necessary, etc.

Table 1. Target groups interviewed, types of interviews, and key themes covered		
Target groups interviewed	Type of interview	Some themes covered
Women who have had an induced abortion	Informal and in-depth serial interviews	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type of relationship with partner/man</li> <li>- Discovering and sharing information about pregnancy</li> <li>- Contraceptive knowledge and practices</li> <li>- Decision-making process and people involved</li> <li>- Care-seeking and associated factors</li> <li>- Type of abortion performed and reasons for choice</li> <li>- Abortion-related complications and management mechanism</li> <li>- Post-abortion social relationships (partner, parents, etc.) and emotions</li> <li>- Preventing pregnancy after abortion</li> </ul>
Relatives (partner, husband, mother, aunt, etc.)	Informal and in-depth individual interviews	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Knowledge of pregnancy prevention methods and those used by women who have had an induced abortion</li> <li>- Discovery of pregnancy and role in decision-making</li> <li>- Care-seeking and associated factors</li> <li>- Type of abortion performed and reasons for choice</li> <li>- Abortion-related complications and management mechanism</li> <li>- Perceptions of premarital pregnancy and abortion</li> <li>- Social relations after abortion</li> </ul>
Parents of local teenagers	Focus groups	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transition to adulthood</li> <li>- Standards and practices for adolescent girls and young women in the prevention of unwanted pregnancies</li> <li>- Menstrual management, challenges, and advice received by adolescent girls and young women</li> <li>- Standards and management of premarital pregnancies by adolescents and young women and by society</li> <li>- Social norms around premarital pregnancies and the use of abortion</li> <li>- Men's reaction to a women's recourse to abortion</li> <li>- Gender relationship in the locality</li> </ul>
Institutional key informants	In-depth individual interviews	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accessibility of reproductive health services, including abortion for adolescents and young women</li> <li>- Obstacles to abortion access for adolescents and young women</li> <li>- Society's reaction to abortion</li> <li>- Information dissemination and cultural beliefs that affect reproductive health, including abortions</li> </ul>

partners), and 20 key informants. The article also incorporates data from nine focus groups conducted with community health workers, adolescent girls and young women, and parents of teenagers of both genders. These focus groups facilitated interactions with a total of six community health workers, 12 adolescent girls and young women, and 24 parents of teenagers of both genders. The focus groups aimed to

grasp the social and cultural dynamics surrounding the transition to adulthood, sexual education - including communication between parents and adolescent girls and young women, pregnancy prevention, reproductive decision-making, and other contextual factors in the department that might impact the sexual and reproductive health of adolescent girls and young women.

**Table 2. Distribution of other target groups participating in the study and the number of interviews recoded by category**

Target groups	Participants (n)
Parents of adolescent girls and young women (father or guardian and mother)	7
Partners and ex-partners	5
Close to adolescent girls and young women (cousins, acquaintances, friends)	6
Institutional key informants (midwives, peer educators, animators, community leaders)	4
Community and religious leaders	14

In healthcare institutions, public or private, our focus was on the provision of reproductive health services. Our primary interest lies in post-abortion care and family planning. This approach manifested in the observation of medical consultations and procedures, particularly in maternity and emergency units, to document the interactions between healthcare providers and patients. During these observations, we identified women seeking comprehensive<sup>††</sup> or post-abortion care and invited them to participate in our study. In some instances, the healthcare staff themselves introduced the objectives of our research to the patient or facilitated our direct contact with her. During this initial interaction, we sought the woman's consent for her participation in the study. Once their consent was acquired, these adolescent girls and young women were subsequently followed up within their living environments.

Following these post-abortion women involved immersing ourselves in the targeted localities. We initiated informal exchanges in community gathering places such as water points, markets, and public squares. These interactions allowed us to gather valuable information on sexual and reproductive health, as well as on the socio-cultural context of young women in Atlantique department, Benin. Furthermore, we forged local alliances<sup>‡‡</sup> to help identify other women who had abortions outside of the medical framework, as well as certain key informants within the community.

<sup>††</sup>This refers to cases where women were requesting for voluntary termination of pregnancy under other grounds than those stated in the 2003 Reproductive Health law.

<sup>‡‡</sup>Community health workers, leaders, school nurses, informal abortion providers using plants, teachers, motorcycle taxi drivers.

To overcome the challenges inherent in collecting data on a topic as sensitive as abortion, we established a trusting relationship with the young women concerned, following the example of researchers like Ouedraogo.<sup>29</sup>

We had repeated contacts<sup>§§</sup> with the young women we enrolled and conversed informally about their lives, the evolution of their health after care, and the observation of their family environment.

The in-depth interviews were conducted in a setting that preserved confidentiality. Participants were free to choose the language of the interview, and discussions were audio-recorded. On average, each interview lasted an hour. In some cases, we held up to three interview sessions with the same participant, always ensuring we obtained her consent for each interview. Table 1 details the main themes addressed during these interviews, and Table 2 highlights the different target groups and the number of interviews that were transcribed and analysed for the writing of this article.

### Data analysis

The audio recordings were meticulously transcribed, and translated into French where necessary. They were then manually coded in Word for a thematic analysis of the data. Our observations were compiled into daily notes, then coded and integrated into the analysis. We adopted an approach that was initially inductive, followed

<sup>§§</sup>Meeting by mutual agreement with a woman who has had an abortion experience, either at her home or in a public place (local bar, restaurant, beach, garden, school) to get to know her better and to reassure her about our researcher status.

**Table 3. Distribution of participants according to socio-demographic, geographic characteristics, and type of abortion performed (*n* = 28)**

Characteristic	Number
<b>Age</b>	
15–18 years old	10
19–24 years old	18
<b>Education level</b>	
University	5
Secondary 2nd Cycle	7
Lower secondary	9
Primary	4
Not in school/Not specified	3
<b>Occupation</b>	
Student	4
Pupil	12
In professional training	7
Waitresses/Retailers	5
<b>Civil status</b>	
Single	25
Couple/Married	3
<b>Religion</b>	
Christian Catholic	9
Evangelical Christian	12
Other Christians	2
Muslim	3
Vodún	1
Abandoning religion	1
<b>Place of residence</b>	
Rural	15
Urban	13

<b>Recruitment location</b>	
Private health centre	3
Public health centre	8
Neighbourhoods or living environment	17
<b>Type of abortion care</b>	
Complete care for safe and unsafe abortion (SCA)	12
Postabortion care (PAC)	7
Self-induced abortion without post-abortion care (PAC)	9

by deductive, to develop the codes, drawing on the questions from various interview guides, relevant literature, and our theoretical model. The taxonomy of social norms and the socio-ecological model guided the identification and analysis of the influence of different categories of prevailing social norms in the Atlantique department regarding the sexual and reproductive health of adolescent girls and young women. The transcripts were carefully read multiple times to identify the norms and to highlight the connections and influences of these norms on young women's sexual and reproductive health experiences.

#### Ethical considerations

We received approval from the research ethics committee of the Institute of Applied Biomedical Sciences of Benin (CER-ISBA) under authorisation N°136 dated 31/12/2020, as well as from the African Population and Health Research Centre (APHRC) prior to data collection in the field. The Ministry of Health of Benin and local health authorities also gave their approval. The consent of the participants was consistently obtained, either orally or in writing, before any interview or recording. Parents and relatives were only interviewed with the agreement of the participant herself. In healthcare facilities, we ensured we obtained consent from the leaders, medical staff, and of course, the young women. The ethics committee granted us an exemption from requiring parental consent for including minors in our study, to protect their privacy and prevent any stigmatisation. For the purposes of this article,

all names have been changed to ensure the anonymity of participants.

## Results

### Participant characteristics

Table 3 details the socio-demographic characteristics and the type of abortion undergone by the adolescent and young women participants.

In our sample comprising young women aged 15–24 years, over a third were in the 15–18 age bracket. Around 75% had reached a secondary level of education, predominantly at the lower secondary level. The vast majority were single, and nearly all identified as Christian, with a predominance of evangelicals. Over half lived in rural areas, and 40% of the participants were recruited through a health centre, while 60% came directly from neighbourhoods in the areas targeted by our study.

Regarding the type of abortion, seven of the 25 single young women had undergone a clandestine safe abortion, while 12 had undergone an unsafe abortion, and six sought post-abortion care following an unsafe abortion. The two women who were married or in relationships had undergone unsafe abortions, subsequently requiring post-abortion care.

In the first part of this article, we explore the social norms associated with reproductive health in the Atlantique department, as perceived by our key informants, the young women, and their parents of both genders. The importance and role of these norms in society were elucidated by these different categories of actors.

The second part examines how these social norms are articulated and influence, at different levels of the socio-ecological model, the abortion decisions and pathways of young women. The analysis of the interviews and our observations allowed us to understand how these social norms guided their decisions concerning pregnancy termination, the choice of abortion services, and the type of abortion undertaken.

### Social norms in sexual and reproductive health in the Atlantique department and their importance for society

The data collected allowed us to document four major categories of social norms related to sexual and reproductive health transmitted to young women in the Atlantique department. These norms concern sexual education; the age

considered appropriate to start parenting (have sexual relations) and the moment deemed “ideal” for conception; the adoption of “modern” contraceptive methods; and the prescribed role for women in reproduction.

### *“In our upbringing, they don’t tell us about sex”: the taboo around sexuality in the socialization of young people*

According to the focus group participants, the onset of menstruation in a girl confers upon her the status of “woman” and the ability to conceive. This step is a key moment that parents and other actors (in schools, religious institutions, society) seize for the sexual education of adolescent girls and young women. According to the parents of adolescents, the “acceptable” and “unacceptable” social norms and practices for life in general, and sexuality in particular, are instilled in young people at this time. Analysis of parents’ responses reveals that these norms are transmitted explicitly or implicitly depending on the aspect concerned (including how a good girl should behave, menstrual hygiene, risks of sexually transmitted diseases, pregnancies, abortions, having sexual relations before marriage), following established social codes and languages in society. The actors involved in this transmission are parents, people from the neighbourhood or village, school, and religious institutions.

Our data highlight the persistent taboo around sexuality, manifested by an intergenerational reluctance of parents to openly discuss this topic with the young. Typically, initiation to sexual education within the family for young women occurs after their first menstruation. It focuses on advice on menstrual and bodily hygiene, raising awareness about the dangers of sexuality, such as unwanted pregnancies and sexually transmitted infections, as well as the consequences of abortions. This education consists of coded injunctions that are supposed to preserve young women from premarital pregnancy. As shared by young women during discussion groups (and confirmed by parents), this advice often boils down to injunctions like “*You should avoid the company of boys*” or “*if you get pregnant before marriage, you have no value.*” According to participants, it is mainly up to mothers to take on this education, almost considering it a “social duty”. One interviewed parent provided insights into this dynamic:

*“The people who genuinely take care of a child’s upbringing, who truly suffer because of it, are the women. It’s the mothers who bear all the hardships, who work tirelessly and offer guidance. If you happen to mention something to the father about the child, he’ll reply: ‘it’s your child, you can raise them how you wish, it’s none of my concern’, and then he’ll walk away. So, it’s the mother who pays the price.”* (Woman, 45 years old, farmer)

The sentiments of this mother are echoed by one of the fathers who took part in the discussion group, who also elaborated on why the responsibility of sexual education falls on the mothers.

*“You can discuss it with a boy, but for a girl, to go to that extent about how one approaches a man, it would be a bit difficult for a father to discuss that with his daughter. It would be up to the mother to talk about it with her.”* (Man, age 44, teacher)

Given the feminine aspect of the topic, mothers are thus deemed best suited to broach the subject of sexuality with their daughters.

The content of sexual education is similar in both rural and urban environments. The data also show that current parenting practices regarding sexual education are influenced by the norms passed down to them in their youth. Societal norms on the ideal time and person for discussing sexuality (for instance, with aunts and uncles in certain societies) shape the sexual education practices of parents and other stakeholders responsible for the upbringing of adolescent girls and young women. These norms instil a sense of shame in parents, making it difficult for them to discuss sexuality with their children.

*“In our upbringing, they don’t tell us about sex.”* (Woman, age 39, community health worker)

Existing societal norms around sexual education thus restrict young women’s access to information about pregnancy prevention methods. There’s also an “acceptable” age and socially “approved” conditions for becoming sexually active.

*Societal norms concerning the acceptable age to engage in sexual activity and to become pregnant*

A key finding of our study is that society doesn’t distinguish between sexual intercourse and embarking on parenthood. Parents highlighted

marriage and the desire to have children as prerequisites for engaging in sexual activity. For them, one needs to be of a certain age, employed, and married (either culturally, religiously, or legally) before having sexual relations. The “acceptable” age varies among individuals. Some focus group participants mentioned 18 as the minimum acceptable age, in line with the legal age of adulthood in Benin. For others, the minimum age would be 20, 22, or even 25, ages they believe increase the chances for young women to achieve key life milestones, like getting married. Indeed, age alone is not considered a sufficient criterion to engage in sexual activity. It must be paired with other conditions for youth to have socially approved sexual relationships:

*“We don’t just consider age, right [Sic]. If you’re a student, you should finish your studies first. If you’re not in school or have dropped out, and you’re an apprentice after 17, we can’t just say, because you’re 18, you can get pregnant! It’s only after completing your training, when you have your certificate in hand, that you can do what you want.”* (Woman, 45 years old, farmer)

Thus, a pregnancy is only likely to be socially accepted in an adult woman if she has finished her academic or vocational training and/or has a job, and/or is married. However, pregnancy remains strictly regulated and conditional. Interviews showed that society believes pregnancy should only occur within the confines of a marriage approved by parents and at the very least, celebrated culturally. Religious institutions emphasise sexual abstinence and virginity before marriage. This is an ideal that a mother instils in her daughter. As a result, some mothers monitor and have their daughter’s virginity checked by health professionals. The daughter is rewarded when she is found to be a virgin, to encourage her to maintain it until marriage.

All religions teach this norm by valuing and rewarding those who adhere to it by marrying before engaging in sexual activity.

*“That’s why we place so much importance on celebrating marriages, to guide the younger generation to follow in the same footsteps, you see?”* (Man, age 50, pastor)

The upbringing of young women also stresses the importance of marrying as a virgin, which adds “value” to these young women. A teenager or young woman who marries under such conditions

is praised for honouring her religious community and her parents. Society views her mother, in this case, as having successfully fulfilled her role as an educator and protector of her daughter's dignity and the family's honour.

*“What if after doing that, she can't have children?”: norms surrounding the use of “modern” contraception*

Our data indicate that societal norms in Benin deem the provision of information on pregnancy prevention acceptable, but only based on society-defined terms. These terms largely advocate for abstinence until procreation conditions are met, notably marriage. It is only then that women can use contraceptive methods to space out their births (but not to reduce the number of births). Hence, the provision of information on pregnancy prevention is only acceptable if it follows this pattern. As a result, the promotion of sexual education and “modern” contraceptive methods for all women of reproductive age by non-governmental organisations (NGOs) and the state comes up against social norms in achieving their goals.

For instance, societal norms determine women's eligibility to use “modern” contraceptive methods based on their type, how they're used, and based on society members' perceptions of their effects. For the participants in this study, contraceptive methods are suitable for spacing out births and should not aim to prevent pregnancy (specifically not for teenagers and young women, who are not supposed to have sexual relations before marriage) and/or reduce the number of births. For example, a woman's “child-bearing capital”<sup>¶¶</sup> can be spaced out optimally using contraceptive methods, but these methods should not reduce it.

The content of awareness messages conveyed by the State or NGOs seems to fuel perceptions related to the role and effects of “modern” contraceptive methods on women's reproductive ability. This reaction from men during an awareness session reported by our informant is very telling:

*“A midwife had left Agondo (fictitious name) to come and see me here. She was saying that when it comes to births, they should be reduced*

<sup>¶¶</sup>Number of children given by God to a woman according to popular beliefs on female fertility.

*and all. That day, it wasn't easy. The men stood up and asked why she was saying that, why she said we shouldn't have children [tchrum] (Sic), and it turned into an argument. We told her that when she was saying those things, she hadn't approached them directly, she was saying it in public.”* (Woman, 60 years old, community health worker)

According to some key informants, men (parents, partners, religious, and community leaders) do not appreciate it when awareness-raising agents discuss the use of “modern” contraception with married women, let alone with adolescent girls and young women. Men and women from the neighbourhoods targeted in the study confirmed this. Some men believe that the government and/or Westerners want to prevent them from having children, even though the ultimate goal of this normative framework regarding the use of contraception is to allow young women to be able to have children once married. Indeed, both the interviewed men and women fear that by using contraception, young women might engage in risk-free sexual relations and face difficulties conceiving once married. The use of “modern” contraception is thus seen as a tool that would promote “disorder”, infidelity, and transgress gender norms and expectations towards women.

Some parents believe, however, that all young people use condoms and seem to be tolerant of this, but this tolerance is more for boys than girls. Unmarried young women who use them are stigmatised:

*“People say no, they don't want her. Even if my son is with her [the girl who uses contraception], I will say no, I don't want her because her history is extensive. If you follow her, you'll get contaminated.”* (Woman, 45 years old, vendor)

Furthermore, rumours or hearsay about the “bad experiences” (e.g. migration of implant, weight gain, weight loss, facial acne, ongoing health problems, getting pregnant despite the presence of contraception) of certain users of “modern” contraception negatively influence other women's motivation, including young women, to use them.

*“Let her give birth!”: lack of decision-making power for women in reproductive health*

Among the social norms identified in the Atlantic department regarding reproductive health

are norms that highlight the power dynamics in reproductive health between men and women, including the role of women, decision-making, and the outcome of pregnancy. They are stated as follows: “*the role of women is to have children*”, “*a woman cannot decide to use a contraceptive method or to abort without her husband’s consent*”, and “*when one becomes pregnant, one gives birth*”. These three dimensions of social norms and power dynamics have a significant impact on the occurrence and outcome of premarital pregnancies among teenagers and young women.

Abortion is not recognised as an option in reproductive health in the Atlantique department, according to key informants. A mother of a teenager asserts:

*“... If one gets pregnant, one should simply give birth and leave planning aside. If it’s a pregnancy, it’s because God wanted the child to come into the world. Abortion is not good at all. So, I think it’s not advisable. Even if it’s a closely spaced pregnancy, keep it and give birth. Even if it’s a young girl [she should give birth].”*

The socially established power dynamics do not grant teenagers and young women autonomy to make decisions concerning sexual and reproductive health and therefore the right to bodily autonomy.

*“Suppose we’re in a relationship, she’s not my wife, and she tells me that since we don’t have money for the hospital or because I’m unemployed, that’s why she chose to abort, but later I could impregnate her again and she would keep it – that sounds bad, it doesn’t ring true! I am the man, that’s why they say when a man makes a decision, the woman accepts it wholeheartedly.”* (Man, 33 years old, agricultural technician)

Parents, guardians, siblings, partners, and members of religious communities are actors who make decisions for teenagers and young women regarding the use of contraception and/or managing a pregnancy. The influence of these actors on the reproductive health decisions of teenagers and young women is particularly evident in cases of financial dependency. Moreover, it is accepted that a woman cannot refuse sexual intercourse with her husband. Women are obliged to submit to their partner’s decisions, as explained by this man:

*“Even if you, the woman, don’t want children, you will submit to the husband’s decision.”* (Man, 44 years old, teacher)

Lastly, the interviews revealed abusive and coerced sexual relations in the relationships of some teenagers and young women who were unable to refuse them and thus endured them.

### **The interconnectivity of social norms at different levels of the socio-ecological model and their influences on the decision and recourse to abortion by young women**

#### *Individual level: the influence of social norms and individual factors in the abortion decision*

The individual level of the socio-ecological model highlights the influence of knowledge, age, and professional and life aspirations on the decision to have an abortion among young women. According to the young women interviewed, life goals, ongoing academic or university training, or professional aspirations, and normative expectations (described earlier) motivate the decision to seek an abortion in the event of premarital pregnancy. This is evident in the following case study.

Alicia (15 years old) is in Year 3. She had unplanned sex with her 17-year-old boyfriend without using any method of contraception; she says she was coerced into it by “caresses”. She later noticed that she was missing her period and told her boyfriend, who gave her money to take a pregnancy test at a health centre. The test was positive and both partners decided that she should have a hospital abortion. After being refused an abortion at the first clinic, Alicia decided to inform her mother and seek help. Although she was afraid of her mother’s reaction, she would rather face her mother and get her help than suffer the shame of premarital pregnancy because of her age and the stigma she would face.

*Alicia: I told my mum that if she doesn’t sort all these issues out, I’m going to die; that’s what I told her.*

*Interviewer: Is that what you told Mum? Yes, that’s the threat. But did you really mean it?*

*Alicia: So, “N ján hōn sín fine” [I will run away from there].*

*Interviewer: You’re going to run away, right? Where will you go?*

*Alicia: Well, I’d rather die than continue with the premarital pregnancy.*

*Interviewer: So, you wanted to die?*

Alicia: *If I had to.*

Interviewer: *And what would be better between dying and, erm, keeping the pregnancy? What do you think is better? What would having the pregnancy mean to you?*

Alicia: *Well, it's a bit shameful because I'm not old enough.*

(15 years old, student, received comprehensive unsafe abortion care).

Just as with Alicia, several other teenagers and young women have sought abortions due to their age, ongoing academic or professional training, and life goals.

*Social level: when the gender of the person involved in seeking care determines the type of abortion that young women and teenagers obtain*

The societal and religious stigmatisation of premarital pregnancy is a mechanism of its regulation according to the society members. It can also, in some cases, motivate young women and teenagers to resort to abortion. The handling of premarital pregnancy then becomes both a personal and societal concern regarding its outcome and sometimes involves multiple actors (parents, partners, siblings) in the abortion decision-making process and care-seeking journey.

We observed a greater involvement of parents in the decision to abort and the pursuit of care among teenagers (young women under 20) compared to those over 20. Of the 14 teenagers, mothers were involved with six, the father and uncle with two, and the boyfriend or friend for with the remaining six. The young women over the age of 20 managed their abortion independently and confidentially, occasionally with the help of friends, neighbours, herbalists, and informal drug sellers.

Our data show that partners are involved in varying degrees in the decision-making process and the journey of seeking abortion care. When the decision to abort is taken by both parties, it is either consensual or contentious. In the former scenario, the teenager or young woman receives financial support and the partner's involvement in seeking care. In the latter, the teenager often faces the challenge of sourcing the means to have an abortion on her own.

*"The guy said it wasn't him who got me pregnant and told me to find the one who did elsewhere*

*[...] I went to another woman, and she gave me an infusion. I don't know what it was. After I drank it, I began bleeding for three days. The next month, I had my period."* (Teenager, 18 years, coerced abortion)

Some teenagers and young women also occasionally undergo abortions forced by their partners. This was the case for Corinne, a 17-year-old girl, who underwent an abortion without her knowledge. Before the onset of the pregnancy, she had discussed with her boyfriend about managing a potential pregnancy, and he had promised they would keep it. Shortly after, Corinne noticed she missed her period. With the help of a friend, she took a pregnancy test, which came back positive. She immediately informed her boyfriend while expressing her desire and readiness to keep the pregnancy. He objected straight away. Both remained silent on the abortion topic until Corinne fell ill. Her boyfriend, promising to get her medicine, slipped abortive pills amongst the tablets he gave to Corinne, which she took. This caused abdominal pain and bleeding, leading to a visit to a health centre after her sister informed their mother. With financial aid from her mother, Corinne received treatment for malaria (diagnosed by the health worker who was unaware Corinne was pregnant), after which she bled in silence for two days. On the third day, she passed the fetus. It was then that Corinne realised she'd had an abortion.

*"So, it was on Wednesday when I wanted to take a shower, and I went out to urinate, and I felt something between my legs. So, I bent down to see, and I realised it was an abortion [...] It hurt me, and I held it in my hands and began to cry."* (17 years old, student, coerced unsafe abortion)

In other cases, some partners apply pressure to enforce an abortion decision, as experienced by Lucie, aged 21 and a mother of a three-year-old girl. She lives in her paternal family home following the breakdown of her marriage to her child's father. Alone with her daughter's expenses, she juggles two unstable jobs and lives in a contentious family environment, where she's stigmatised for her single mother status. When she discovered she was pregnant, she thought she could move in with the baby's father. However, he suggested she stay at her parents' house to give birth. Given her

profile of “Tányin<sup>\*\*\*</sup>” as her brothers nicknamed her, Lucie decided she couldn’t continue her pregnancy, especially not giving birth in the family home. She faced potential rejection and homelessness, further worsening her financial instability. Her partner recommended she abort if she could not stay at her parents’ home for the birth. That is how Lucie came to terminate her pregnancy, driven by social norms around acceptable conditions for becoming pregnant as an already single mother, and without her partner’s support.

As for parents, our data shows that in cases where both parents are involved in managing a premarital pregnancy, it is the father who holds the decision-making power. He can decide to give his daughter in marriage (which is an alternative to abortion) or become involved in seeking an abortion method.

To avoid forced marriage or their daughter’s stigmatisation, mothers sometimes choose abortion without informing the father, especially in polygamous families. The strong involvement of mothers in the decision-making and abortion process is related to gender norms concerning their role in sexual education and preventing pregnancies among adolescent girls and young women. They intervene to escape the shame and societal stigma that falls on the daughter and themselves. In Alicia’s case, described above, her mother was distraught at the news of her daughter’s pregnancy. She didn’t expect her to become pregnant as, according to her, Alicia adhered to the norms she was taught. She decided to help Alicia have a secret abortion to, in her words, preserve her household (if her husband discovered the pregnancy, it might cause marital issues) and her reputation as a mother. This secret is shared by both women with the abortion provider.

Regarding the type of abortion obtained by young women, our data indicate differences based on the gender of those involved in seeking care. When a man is involved (father, partner, friend), young women often access safe abortion. This can be explained by the quality of their acquaintance networks and their financial capacity. It is also easier for men to request information about abortion services. They carry fewer

stigmas concerning pregnancy and its potential termination than women.

However, when care-seeking is carried out by the adolescent and/or her mother, young women often access unsafe abortions, using “neo-traditional” methods (such as overdose of anti-malarial medication, consumption of herbal teas or concoctions), especially in rural areas. This could be due to the need for discretion around the abortion, their knowledge level about existing safe abortion options, and the quality of their friendship network. Gender norms and power dynamics also influence the type of abortion accessed by young women, depending on who accompanies them in their care-seeking journey. For instance, Marvine had two experiences of clandestine, safe abortions with the help of her partner, who became her ex-boyfriend by the time of her second abortion. His connections linked her with caregivers offering comprehensive safe abortion care, and he also provided financial support, covering all costs during the first abortion. Unlike Marvine, Alicia had an unsafe abortion with her mother’s help, and her mother could only procure services from an unqualified provider as that was the only option offered by a market neighbour where she sells. Like Alicia, other participants experienced unsafe abortions, turning to herbalists like Lady Énanyó (discussed further below), medicine sellers, or unqualified individuals, either because they could only afford such services or because they were alone in their abortion journey.

Despite societal norms and the messages conveyed in society that strongly condemn abortion, we documented practices contrary to these norms: the provision of plant-based abortion services in a village. Lady Énanyó, in her fifties, offers “traditional” contraceptive methods and abortive plant-based recipes to teenagers and young women in her village, her loyal clients. For her, a teenager or young woman who makes the decision to find a way to prevent pregnancies or to terminate one whilst they are in education, is seeking to better themselves and should be supported. It’s for this reason that she offers her “help” to teenagers and young women, allowing them to complete their education. Her motivation is for the teenagers and young women in her village to finish their studies or professional training and “become someone” (succeed), just like their urban

\*\*\*In the Fon language, it literally means the aunt who had a failed marriage and returns to live in the family home.

counterparts, and be a source of pride for their mothers:

*“The reason is that in the big cities, they reach maturity. They don’t have this worry [teenage pregnancy], and it’s always us, the villagers, who are always putting ourselves down and will always remain subservient. That’s why, as I’m accustomed to big cities, I say they must also matter, they must also progress because they want to, but the men hold them back. So, if they do this, they will try to be important as well. That’s why I give them this [abortive tea] [...] Before giving them this, I say, ‘did you see your friend who got her diploma last time, did you see how many people were there? If you too wait patiently and get your diploma, you will honour your mother because it’s us, the mothers, who endure all the hardship’.”* (Woman, in her fifties, informal abortion provider)

For these reasons, Lady Énanyó provides her services free of charge and in secret to teenagers and young women in her village. She arranges, for instance, to give them appointments at different times and places. She does not believe in charging the teenagers and young women since they lack financial resources and also because she does not buy the plants used for her recipes. However, the patient must fund the purchase of the pregnancy test. It should be noted that several teenagers and young women did not seek medical facilities, whether for comprehensive abortion care or post-abortion care in case of complications, due to a lack of financial means, as the costs associated with these services fall on those seeking them.

*Resource level: when healthcare workers’ values hinder access to abortion care for teenagers and young women*

Abortion services are diverse in the Atlantique department. Four types of services are available: the offer of clandestine safe abortion care in private health centres, the provision of comprehensive abortion care within the legal framework,<sup>†††</sup> the provision of post-abortion care in all health centres<sup>†††</sup> (according to health standards and

<sup>†††</sup>At the time of data collection, the law only permitted medical abortion in cases of rape, incest, or malformation, or when the pregnancy endangered the woman’s health.

<sup>††††</sup>Post-abortion care should be available in all healthcare facilities for all women presenting with an incomplete abortion or abortion complications.

policies), and the informal provision of unsafe abortion services by non-medical agents and health workers, and promoters of neo-traditional methods. To categorise abortions according to these types, we used data (available in most cases) collected on the profile of providers and the method used in the abortion experiences of teenagers and young women. Any abortion service obtained in the private sector for which the necessary elements were absent to classify as safe, was classified as unsafe abortion. We use the term “clandestine” here to refer to the fact that Benin’s sexual and reproductive health law did not permit abortion at a woman’s request at the time of data collection. However, in this context, some women managed to obtain safe abortion services performed by trained providers using recommended methods. We believe this clarification on clandestineness is important since there were “windows” for access to abortion performed by a trained and qualified provider, but not all women who needed it could access it.

Despite the availability of reproductive health services in health facilities, their accessibility and use by teenagers and young women are heavily influenced by the social norms and personal values of health workers. For example, regarding abortion, some of them even suggest to women to keep the pregnancy and offer to cover the costs of prenatal consultations, as an argument to convince them not to resort to abortion. Others prefer to refer women to agents or health centres that offer the service in the private sector.

The influence of personal and religious values can even be seen in post-abortion care, a service that, according to the law, should be offered to women in all public and private healthcare facilities, whether the abortion was induced or spontaneous. In reality, post-abortion care has become a battleground of tensions and value conflicts, evident in the interactions between healthcare providers and patients.

Lack of empathy, physical and verbal abuse, and interactions tainted by judgment are frequent, based on our observations in healthcare facilities. These incidents are also reported by teenage girls and young women who have used these services, as illustrated in the following case:

17-year-old Corinne, who unknowingly underwent an induced abortion (as described above), experienced heavy bleeding after the expulsion of the fetus, prompting her to seek medical

care. She was referred to a zonal hospital (a primary referral hospital in the Benin healthcare pyramid) to undergo a manual intrauterine vacuum aspiration (MVA). According to her account, she accessed these services amid physical violence. The team wanted to perform a digital curettage, which Corinne resisted. She did not want anyone to “*put their hand down there.*” A midwife slapped her and covered her mouth to prevent her from screaming while other team members restrained her by holding her hands and feet.

Abortion services, especially post-abortion care, thus become a site of obstetric violence. Beyond the pain caused by abortion complications and the MVA, often conducted without anaesthesia, teenagers and young women experience a climate of humiliation, power abuse, physical and verbal violence, and are forced to submit to the healthcare team.

Marvine, for instance, became pregnant unintentionally at 19. With the support of the man involved, she accessed a safe (but clandestine) medicinal abortion. She experienced verbal abuse and humiliation when seeking comprehensive abortion care at a clinic specialising in reproductive health services for young people. She underwent what she described as an “inappropriate” psycho-social interview.

*“She really upset me ... I couldn’t even cry ... I just had to stay silent.” (23 years old, student, clandestine safe abortion)*

Marvine confided that she felt humiliated and offended by the midwife and had to remain calm to receive the service. Two years later, the memories of this experience still haunt her. She was particularly upset by the midwife’s questions about “*why she didn’t want to keep the pregnancy*” and about its cause. She brought up these two points during a conversation about her interaction with the care team of the clinic where we enrolled her in the study while she awaited an MVA for a second abortion. She appreciated that the gynaecologist in this instance had not asked these questions during her treatment.

Receiving abortion services or post-abortion care in a hospital setting is an emotionally charged and sensitive time for women. They grapple with value conflicts and confront their own internalised social norms and those of healthcare providers. This influences the providers’

behaviour, leading to moralising interactions and judgments. Some end up providing post-abortion care while others refuse. These behaviours from providers are linked to their perceptions of young women breaching social norms and gender expectations when seeking post-abortion care, safe abortion, or even a “modern” contraceptive method. Also, some healthcare workers fear breaking the abortion law (which prohibited such abortions at the time of data collection).

Furthermore, while post-abortion counselling (offering contraceptive methods to women post-abortion to encourage adoption) is almost always present and, in principle, mandatory, its content varied. Age and marital status influence the information healthcare providers give to women. Some mothers, for example, wanted to put their daughters on contraception following post-abortion care but were dissuaded by healthcare providers. The mother of one participant explained how healthcare providers advised her against giving her 16-year-old daughter contraception, even though she is legally eligible for contraceptive methods according to Benin’s sexual and reproductive health law.

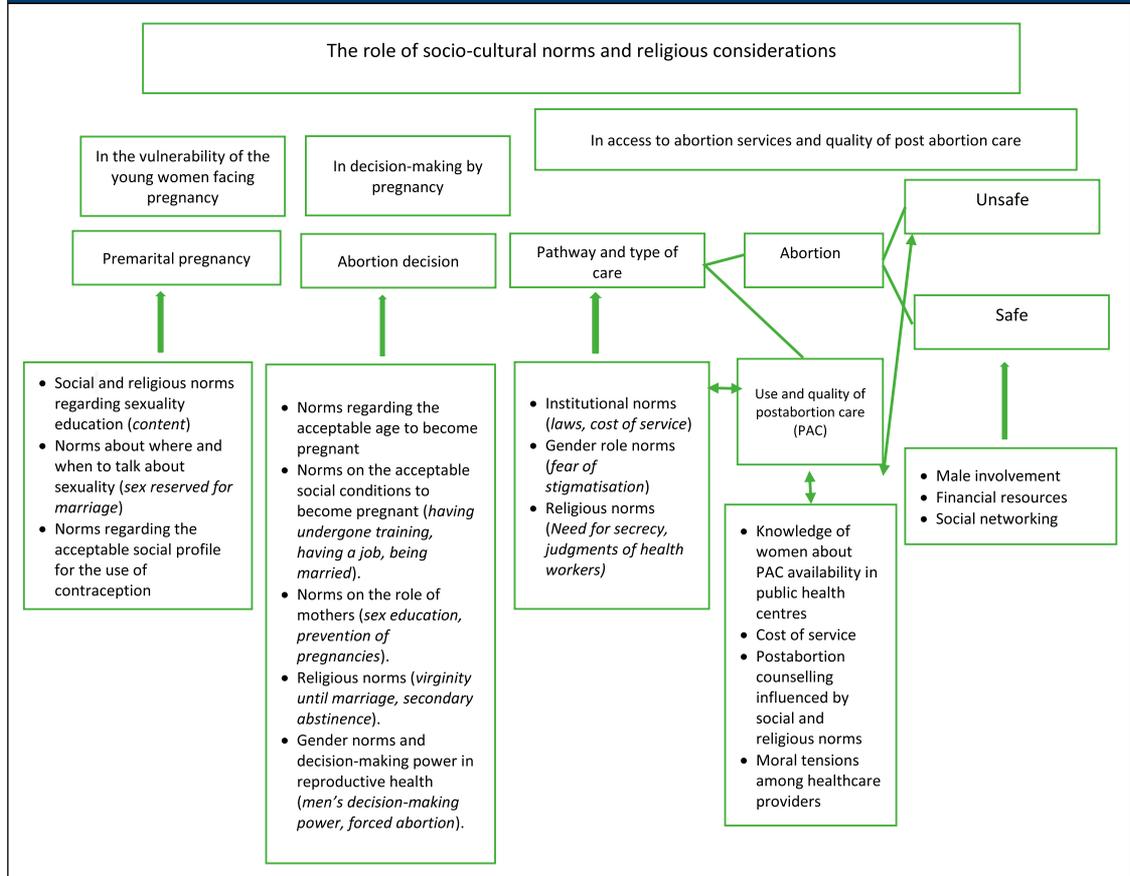
*“Another healthcare worker told me that family planning isn’t good. It’s for those who have already given birth. For a girl who’s never had a child, family planning isn’t a good thing. What if we do this and later, she can’t have children? I then asked about the pill, and he also said he wouldn’t recommend tablets, and it would just be advice I’d be giving them.” (Mother of a teenager, retailer)*

This has led to missed opportunities for sexually active young women to adopt “modern” contraceptive methods, making them vulnerable to unwanted pregnancies and multiple abortions.

Moreover, the provision of “modern” contraceptive services to adolescent and young women by health professionals is influenced by social norms regarding which women can use “modern” contraceptive methods, the appropriate age to become sexually active (or become parents), their perceptions of the side effects of contraceptive methods, and their religious beliefs.

*Institutional level: the influence of religious norms on young women’s resort to high-risk abortion*

Institutional norms (laws, policies, government structures, institutions) influence every level of

**Figure 2. Social norms influencing the reproductive health of adolescents in the Atlantique department of Benin**

the socio-ecological analysis model and young women's experiences regarding reproductive health. This ranges from access to information (knowledge, individual level), the use of "modern" contraceptive methods, the decision to seek abortion (social level), to the availability and accessibility of abortion care (resource level).

Concerning religious norms, the fear of stigmatisation linked to premarital pregnancy within their religious community has led some young women to seek abortions, in most cases high-risk ones. For instance, Ruth, a 24-year-old student and mother of a 7-year-old daughter, had given birth after abandoning an attempted abortion by a healthcare worker (as she described), when her father threatened to have everyone involved imprisoned if the abortion took place. Engaged

to a young man from her church, with both being choir members, she was acutely aware of the potential stigmatisation for not adhering to the religious norms regarding marriage and pregnancy. Her child was born before her conversion and, having previously experienced an abortion which she publicly confessed during her baptism, she felt the need to demonstrate to her religious "community" that her life had changed with "Christ". After a year and a half into the relationship, she faced an "unacceptable" pregnancy. She decided to terminate it to escape the shame and stigmatisation she had seen directed at other women in her religious community.

*"He was ready to take responsibility, and I told him no, I couldn't. We're in the church [...]. The pastor*

would be truly disappointed and all that comes with it. He told me he already has a job! That he can handle it. I said that's not the problem. I don't disagree, but I can't. That kind of shame, please keep that away from me. Because there was a sister who got pregnant in the church, and it was really a big shame. They really scolded her; all the rumours, the mockery behind closed doors, everyone whispering about her. I thought about all that and said I couldn't. [...] Because the shame would be on me, especially since it's the woman who is blamed more in the church. It's the woman who is blamed more in the church.” (24 years old, student, unsafe abortion)

Ruth emphasises that in the case of premarital pregnancy, the woman is more stigmatised than the man. So, even though her partner was “ready”, her decision to terminate the pregnancy to avoid shame and stigmatisation shows how the penalties related to breaching social norms in cases of religiously unacceptable pregnancies disproportionately affect women and men.

This was also the case for Marvine, daughter of a church leader. She confided that her mother always reminded her that she should do everything to marry honourably in the church and not repeat her own story. Her mother had married because of pregnancy, and the marriage only lasted 10 months after Marvine's birth. Her mother lived with regrets, feeling she missed opportunities by giving birth to her daughter, constantly urging her to succeed (finish her studies, get a job, marry honourably) and “wipe away her tears” (provide a better life).

When Marvine realised she was pregnant, her decision was automatic; she had to abort. She couldn't inform her boyfriend because he said he was ready for a child. Her decision was primarily influenced by her mother's position in the religious community.

*“She [mother] is quite religious. So, for us, marrying in church, paying the dowry and all that, it's an honour for the family, it's an honour for your parents, it's an honour for the church and all. So, you shouldn't allow certain things, you shouldn't bring shame to your parents and all.”*

According to her, religious norms were the most significant factor influencing her decision to have an abortion:

*“It played a big part in the decision, say 70%. The remaining 30%, I think no matter the kind of*

*relationship you have, you can never be too sure about the person you're with [...]. So, I wanted to be sure of my choice, not to tell my child later that I married your father because I got pregnant with you. Otherwise, I would never have married your father; I didn't want that kind of life for myself.”*

Marvine's case exemplifies the various factors influencing young women's decisions to seek an abortion, including the nature of the relationship, family environment, professional and social aspirations, and religious norms. She also expressed the desire to have a child by choice and not to feel forced to marry a man because of a pregnancy. Figure 2 depicts the full range of social norms influencing the reproductive health and abortion experiences of adolescent girls and young women in the Atlantique department according to our data.

## Discussion

Through this research, we have been able to enhance the understanding of the impact of social norms on reproductive health, especially on the decision-making and process of abortion amongst adolescents and the youth in West Africa, particularly in Benin. Our findings reveal that social norms, active at various levels of the socio-ecological model, render adolescent girls and young women vulnerable to unwanted pregnancies. They also guide the decision to abort and the choice of abortion type. It is striking to see that our data emphasise the strength of intergenerational and gender power dynamics throughout this process. These findings are vital for formulating policies and programmes focussed on promoting young women's sexual and reproductive health, especially those considering the modification of social norms as a means of intervention.

### Influence of social norms on the decision to abort

Our study highlighted that social norms intensify the vulnerability of young women to out-of-wedlock and unplanned pregnancies. The same norms underpin the decision to abort for some. Indeed, young women's personal desires clash with these social norms and other factors, such as economic imperatives or the nature of the relationship with their partner. Elements like age, socially or religiously defined conditions for having a child, fear of stigmatisation, or shame,

drive many of them to terminate an out-of-wedlock pregnancy, as observed in other contexts.<sup>11,14</sup>

We also identified that the decision to abort is not solely individual. It involves several stakeholders, all influenced by these same social norms and power dynamics. For instance, parents and the partner play a significant role in the decisions of adolescents under 20 years of age. When they are involved, these stakeholders hold decision-making power on the course of action in the event of a premarital pregnancy or the abortion route to take, thus reflecting decision-making power imbalances between those involved in managing premarital pregnancies. This inequality in decision-making powers stems from social norms, young women's economic dependence, and the legal framework which, until October 2021, restricted access to abortion and required young women to consult others in their network to find safe abortion methods.<sup>11,14,30</sup> In some cases, this leads them to undergo forced abortions, as observed in Kenya.<sup>31,32</sup> Just as in the study by Frederico et al.<sup>30</sup> in Mozambique, we observed a significant influence of partners and parents on the affected young women's decision to abort.

Our research highlights the considerable weight of religious norms in the abortion decision, contrasting with other observations. For example, in a populous district of Accra, Ghana, religious values seemed to have limited influence on young women's decision to abort.<sup>33</sup> The study by Bain et al.<sup>33</sup> suggests that in certain situations, such as the need to perpetuate a lineage, a pregnancy in an adolescent or young woman can be socially tolerated, or even desired, especially if the young girl is an only child. These variations illustrate how social norms can differ across regions and how they intersect with other factors, playing a role in the decision to abort under unsafe conditions. Essentially, the decision to abort is not based on a single factor but is embedded in a set of social norms defining the "appropriate behaviour" of adolescent girls and young women, based on their marital status and age.

### Interplay of norms at various levels

Adolescent girls and young women, along with their parents, partners, and informal abortion providers, negotiate and navigate their normative and legal environment to undergo an abortion, often unsafe. Gender dynamics, power relations, and religious considerations are central to these

negotiations and adaptations to norms at different stages of the abortion journey (decision-making, seeking care, type of abortion) of these young women. The restrictive abortion legislation (at the time of the study) and social norms do not prevent young women from resorting to abortion. On the contrary, they drive these actions while preventing access to the services they need, leading to unsafe abortions and unmet needs in family planning. Social norms also affect the quality of abortion-related care in healthcare settings, which can explain the low usage of these structures by young women requiring abortion or general reproductive health services.

Thus, a legal reform like the one recently instituted in Benin, including the development of guidelines, will not necessarily make safe abortion more accessible to young women, nor remove it from the realm of taboo. In a comparative study on the types of abortion laws and actual access, Blystad et al.<sup>34</sup> concluded that the relationship between the law, health policies, and access to services is complex and heavily reliant on the socio-economic and political context of implementation, and in many cases, paradoxical. Hence, in certain settings where abortion law is termed "liberal", implementation policies can hinder real access to abortion, while in other "restrictive" law settings, policy and context may provide opportunities for access to safe abortion. There are also other factors that can impede access to safe abortion despite the existence of a favourable law. For instance, lack of information about the abortion law, the stance of healthcare providers as gatekeepers of norms (due to social norms and personal values), and their ability to refuse to offer abortion services, are barriers to access to safe abortion even in the presence of favourable legal conditions.<sup>34</sup>

Thus, more than just a change in law is required to ensure access to safe abortion for young women. The application decrees of the law relating to sexual and reproductive health (Law No. 2021 amending and supplementing Law No. 2003 on sexual and reproductive health) in Benin provides for conscientious objection as a mode of application. Healthcare professionals can, through a written statement at the time of their appointment, indicate that they do not wish to provide safe abortion care. Even if the application decrees also provide for the referral of the abortion service applicant by the healthcare worker, there's a risk that due to lack of financial

means, the applicant might end up resorting to unsafe abortion. Despite the law's existence, young women might continue to endanger themselves if access to abortion is not simplified. Having a database of healthcare facilities capable of offering these services will prevent time and money wastage for those seeking them. The State must ensure it has qualified and trained healthcare workers, willing to provide abortion services in every urban as well as rural district, to guarantee equitable access to safe abortion services for all women in need. Another crucial component for the effectiveness of this law remains the quality of services in healthcare facilities, which could be improved through adequate and holistic training of health professionals. This training should go beyond clinical aspects and include topics such as the reproductive health rights of adolescent girls and young women, the effects of gender-based and obstetric violence, the rights of users of reproductive health services, and the clarification of values and transformation of attitudes in providing reproductive health-related services.

Certain organisations capable of providing such training are already active in this field in Benin. We recommend the wide-scale deployment of this type of training, its evaluation, and if necessary, adapting the content of the modules on values clarification and attitude transformation to local needs, beliefs, social norms, and culturally and socially appropriate languages to address the rights issues of adolescent girls and young women in reproductive health, so that the training is effective.

The state and technical and financial partners working to promote sexual and reproductive health in Benin must ensure the right to information on sexual and reproductive health to reduce young women's vulnerability to unplanned pregnancies and risky abortions, while disseminating the law relating to sexual and reproductive health in accordance with the communication methods provided by it. Article 19.1 of this law specifies the penalties for individuals concerning communication: "the act of offering services to perform a voluntary termination of pregnancy in public, in meetings, or through the distribution of writings is punished with penalties provided for in Article 519 of the penal code. The same penalties apply to those who promote means, objects, and processes related to voluntary abortion." Consequently, awareness sessions on what

the law effectively allows in terms of communication are essential to guide the actors promoting rights in sexual and reproductive health on communication options that protect them from penalties associated with communication outside the law's framework.

### **Strengths and limitations of the study**

The added value of our research lies in its ability to illustrate the impact of various, and sometimes contradictory, societal norms on young women's vulnerability to unwanted pregnancies and the decision-making process leading to abortion. This study traverses each step, from the initial decision to terminate the pregnancy, through seeking care, to post-abortion care. Our study also highlights gender dimensions in accessing safe abortion.

However, our research has its limitations. It does not explore how social norms and gender aspects influence the decision or the obligation of male partners regarding their partners' abortions. This gap provides a rich opportunity for delving deeper into the understanding of the impact of social norms on adolescent reproductive health experiences.

It would also be prudent to study the actual access to safe abortion services following legislative changes related to sexual and reproductive health. By investigating the availability and quality of abortion care, valuable data could be gathered to guide interventions and policies, aiming to ensure access to quality sexual and reproductive health services in Benin.

### **Conclusion**

This study reveals the multiplicity of social norms present in the Atlantique department of Benin, interacting at various levels of the socio-ecological model in the reproductive health journeys of adolescent girls and young women. It underscores the significant pressure these young women, their partners, and their families face, often compelling them to make decisions with consequences that are scarcely favourable to the young women, such as unsafe abortion, service refusal by providers, and subjection to violence, whether verbal or physical. Within this social dynamic, young women often hold the least influential role, their behaviour being dictated by a set of powerful, harmful, and sometimes even contradictory social norms. It is thus vital to recognise that a legislative change, like the one introduced in Benin

in 2021, will not instantly transform these deeply entrenched social norms surrounding abortion.

This work uncovers the tri-fold normative burden that simultaneously stigmatises pregnancies outside of marriage, restricts adequate sexual education, and heightens the stigmatisation of abortion. Given this situation, it is imperative to educate community and religious leaders about these findings and prompt collective reflections as a starting point for changing these social norms. Value clarification sessions for these leaders are also crucial to reduce their reluctance regarding access to information and the use of reproductive health services for young women who need them.

### Acknowledgements

*This article has been published with the technical and scientific support of the consortium set up by the Benin Centre de Recherche en Reproduction Humaine and Demography (CERRHUD), in collaboration with their partners “Ensemble pour le Droit à la Santé Sexuelle et de la Reproduction” (EDSSR) in Morocco, the Gamel Abdel Nasser University in Guinea, and the scientific [?academic?] journal Sexual and Reproductive Health Matters (SRHM), UK, as part of the “Strengthening the Capacity of Francophone Africa for Evidence-Based Sexual and Reproductive Health Rights” project, with financial support from AmplifyChange.*

*The publication of this article is made possible with the technical and scientific support of the consortium formed by the Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD) in Benin, in collaboration with its partners the association “Ensemble pour le Droit à la Santé Sexuelle et de la Reproduction” (EDSSR) in Morocco, Gamel Abdel Nasser University in Guinea, and the scientific journal Sexual and Reproductive Health Matters (SRHM) from the UK, as part of the project “Strengthening the capacity of French-speaking Africa to produce rights-based knowledge on sexual and reproductive health”, with financial support from Amplify Change Limited.*

*We would like to thank the research participants for sharing their experiences, the health*

*professionals who welcomed us in the health facilities and facilitated access to women for our research, and our allies in the localities targeted by the research, as well as the ABPF for its support. Our special thanks go to the team that collected and analysed the baseline research data.*

### Disclosure statement

*No potential conflict of interest was reported by the author(s).*

### Funding

*The research was funded by the Dutch National Lottery (NPL). Funding number 386.793. This research was conducted as part of the She Makes Her Safe Choice program implemented by Rutgers and DKT with partners in Kenya, Ethiopia, and selected francophone countries in West Africa. The research component of the program in Benin was implemented by APHRC, Rutgers and ABPF. AmplifyChange provided a small sum of money to support the writing of this article through a mentoring program in partnership with CERRHUD, EDSSR, and SRHM. The Dutch National Lottery and AmplifyChange played no role in determining the research or content of this manuscript.*

### Author contributions

*Déo-Gracias Vanessa Dossi Sekpon (DGVDS), Jonna Both (JB), Ramatou Ouedraogo (RO), Isabelle L. Lange (ILL). DGVDS participated in data collection, data analysis for the article, wrote the initial draft of the article, and took part in the review and editing of the article. JB contributed to the conceptualisation of the project, the project’s methodology, supervised the data collection, and was involved in the review and editing of the article. RO participated in the conceptualisation of the project, contributed to the project’s methodology, supervised the data collection, and was part of the review and editing of the article. ILL contributed to visualisation, writing, reviewing, and editing the article. All authors have read and approved the final version for submission.*

### References

1. Guillaume A, Rossier C. Abortion around the world: an overview of legislation, measures, trends, and

consequences. *Population* (Wash DC). 2018 Oct 10;73(2):225–322.

2. Bankole A, Remez L, Owolabi O, et al. From unsafe to safe abortion in Sub-Saharan Africa: slow but steady progress [Internet]. 2020 Dec. Available from: <https://www.guttmacher.org/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-sub-saharan-africa>.
3. Présidence de la république du Bénin. LOI N°2021-12 DU 20 DECEMBRE 2021 modifiant et complétant la loi n° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction. [Internet]. Cotonou, Bénin; 2021 Dec [cited 2022 Jun 18]. Available from: <https://sgg.gouv.bj/doc/loi-2021-12/>.
4. Hounnakan AC, Vissoh Ayadji AP, Vodungbo V, et al. Annuaire des statistiques sanitaires Bénin, 2019. [Internet]. Bénin 2019 [cited 2021 Mar 13]. Available from: [www.sante.gouv.bj](http://www.sante.gouv.bj).
5. Institut national de la statistique. Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018 [Internet]. [cited 2023 Sep 21]. Available from: [https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin\\_EDSBV\\_Rapport\\_final.pdf](https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf).
6. Ministère de la santé (Bénin). Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2018-2022 [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/Benin-Plan-Operationnel-de-Reduction-de-la-Mortalite-Maternelle-et-Neonatale-au-Benin.pdf>.
7. Baum SE, Wilkins R, Wachira M, et al. Abortion quality of care from the client perspective: a qualitative study in India and Kenya. *Health Policy Plan.* 2021 Nov 1;36(9):1362–1370. doi:10.1093/heapol/czab065
8. Jayaweera RT, Ngui FM, Hall KS, et al. Women's experiences with unplanned pregnancy and abortion in Kenya: a qualitative study. *PLoS One.* 2018 Jan 1;13(1). doi:10.1371/journal.pone.0191412
9. Baxerres C, Boko I, Konkobo A, et al. Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 2018;(16). Available from: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2872>.
10. Cartographie des Normes Sociales de l'Afrique Francophone : Un Bref Rapport. La Communauté d'apprentissage mondiale sur les Normes Sociales. La Communauté d'apprentissage sur les Normes sociales en Afrique Francophone [Internet]. 2022 Jan [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://www.alignplatform.org/resources/cartographie-des-normes-sociales-de-lafrique-francophone>.
11. Burtscher D, Schulte-Hillen C, Saint-Sauveur JF, et al. "Better dead than being mocked": an anthropological study on perceptions and attitudes towards unwanted pregnancy and abortion in the Democratic Republic of Congo. *Sex Reprod Health Matters.* 2020;28(1).
12. Kotoh AM, Sena Amekudzie B, Opoku-Mensah K, et al. Pregnant adolescents' lived experiences and coping strategies in peri-urban district in Southern Ghana. *BMC Public Health.* 2022 Dec 1;22(1). doi:10.1186/s12889-022-13318-2
13. Crooks R, Bedwell C, Lavender T. Adolescent experiences of pregnancy in low-and middle-income countries: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Preg Childbirth.* 2022 Dec 1;22(1). doi:10.1186/s12884-022-05022-1
14. Ouedraogo R, Senderowicz L, Ngbichi C. "I wasn't ready": abortion decision-making pathways in Ouagadougou, Burkina Faso. *Int J Public Health.* 2020 May 1;65(4):477–486. doi:10.1007/s00038-020-01359-6
15. Makleff S, Wilkins R, Wachsmann H, et al. Exploring stigma and social norms in women's abortion experiences and their expectations of care. *Sex Reprod Health Matters.* 2019 Nov 29;27(3).
16. Miller LE, Zamudio-Haas S, Otieno B, et al. "We don't fear HIV. We just fear walking around pregnant": a qualitative analysis of adolescent sexuality and pregnancy stigma in informal settlements in Kisumu, Kenya. *Stud Fam Plann.* 2021 Dec 1;52(4):557–570. doi:10.1111/sifp.12178
17. Sundaram A, Juarez F, Bankole A, et al. Factors associated with abortion-seeking and obtaining a safe abortion in Ghana. *Stud Fam Plann.* 2012 Dec;43(4):273–286. doi:10.1111/j.1728-4465.2012.00326.x
18. Fatusi A, Riley T, Kayembe PK, et al. Unintended pregnancy, induced abortion and abortion care-seeking experiences among adolescents in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2021 Sep 2;11(9). doi:10.1136/bmjopen-2020-044682
19. Lokubal P, Corcuera I, Bailil JM, et al. Abortion decision-making process trajectories and determinants in low-and middle-income countries: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2022 Dec;54:101694. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101694
20. Le réseau collaboratif d'apprentissage pour l'avancement du changement des normes sociales. Normes sociales et SSRAJ : passer de la théorie à la conception de programmes. [Internet]. Washington, D.C; 2019 May [cited 2023 Jun 18]. Available from: [https://www.irh.org/wp-content/uploads/2019/05/LC\\_Theory-to-Practice-Bridge\\_03312021\\_FINAL\\_FRE.pdf](https://www.irh.org/wp-content/uploads/2019/05/LC_Theory-to-Practice-Bridge_03312021_FINAL_FRE.pdf).
21. Cislighi B, Heise L. Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. *Sociol Health Illn* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 Jun 17];42(2):407. Available from: <https://pmc/articles/PMC7028109/>. doi:10.1111/1467-9566.13008
22. Nations U. Jeunes | Nations Unies. [cited 2023 Jun 17]; Available from: <https://www.un.org/fr/global-issues/youth>.

23. Organisation Mondiale de la santé (OMS) GRCS sexuelle et reproductive, et recherche. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement [Internet]. 2022 Mar [cited 2023 Jun 18]. Available from: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240039483>.
24. Cislighi B, Heise L. Using social norms theory for health promotion in low-income countries. Vol. 34, Health Promotion International. Oxford University Press; 2019. p. 616–623.
25. Pulerwitz J, Blum R, Cislighi B, et al. Proposing a conceptual framework to address social norms that influence adolescent sexual and reproductive health. *J Adolesc Health*. 2019 Apr 1;64(4):S7–S9. doi:10.1016/j.jadohealth.2019.01.014
26. Breakthrough action and research. Taxonomie des normes sociales impactant la planification familiale dans les pays du Partenariat de Ouagadougou [Internet]. 2020 Sep [cited 2022 Sep 22]. Available from: <https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/10/Taxonomy-for-Social-Norms-OP-Countries-FR.pdf>.
27. Institut National de la statistique et de l'analyse économique (INSAE). Effectifs de la population des villages et quartiers de ville du Bénin (RGPH-4), 2013. Bénin; 2016 Feb.
28. Ahissou NCA, Benova L, Delvaux T, et al. Modern contraceptive use among adolescent girls and young women in Benin: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2022 Jan 4;12(1).
29. Ouedraogo R. « Faire dire l'avortement » Postures et enjeux méthodologiques d'une ethnographie de l'illicite et du secret au Burkina Faso. *Parcours Anthropologiques* [Internet]. 2016 Dec 20;(11):20. Available from: <https://journals.openedition.org/pa/486>.
30. Frederico M, Michielsens K, Arnaldo C, et al. Factors influencing abortion decision-making processes among young women. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Feb 13;15(2). doi:10.3390/ijerph15020329
31. Rehnström Loi U, Lindgren M, Faxelid E, et al. Decision-making preceding induced abortion: a qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *Reprod Health*. 2018 Oct 3;15(1). doi:10.1186/s12978-018-0612-6
32. Hanifa FN, Kurniawati HF. View of teenagers' decision making about abortion as an action to terminate unwanted pregnancy. *Midwifery J Kebidanan* [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2022 Dec 20];6(2):44–48. doi:10.21070/midwifery.v6i2.616. Available from: <https://midwifery.umsida.ac.id/index.php/midwifery/article/view/616/1292>.
33. Bain LE, Zweekhorst MBM, Amoakoh-Coleman M, et al. To keep or not to keep? Decision making in adolescent pregnancies in Jamestown, Ghana. *PLoS One*. 2019 Sep 1;14(9).
34. Blystad A, Haukanes H, Tadele G, et al. The access paradox: abortion law, policy and practice in Ethiopia, Tanzania and Zambia. *Int J Equity Health*. 2019 Sep 27;18(1). doi:10.1186/s12939-019-1024-0