

Facteurs associés a la gestion de l'hygiène menstruelle dans les maisons d'arrêt de Cotonou, d'Abomey-Calavi et la prison d'Akpro-Missérété au Bénin en 2025

Ahounou Adnette Z.

Ezin Ayedegue Siméon

Institut National Médico-Sanitaire de l'Université Abomey-Calavi, Bénin

Agemon Badirou

Faculté des Sciences de la Santé, Université Abomey-Calavi, Bénin

Awo K. Paul Hermann

Centre National Hospitalier Universitaire HKM Cotonou, Bénin

Approved: 19 August 2026

Posted: 21 August 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Ahounou, A.Z., Ezin Ayedegue, S., Agemon, B., & Awo, K.P.H. (2026). *Facteurs associés a la gestion de l'hygiène menstruelle dans les maisons d'arrêt de Cotonou, d'Abomey-Calavi et la prison d'Akpro-Missérété au Bénin en 2025*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2026.p471>

Résumé

La gestion des menstrues est une expérience personnelle et culturelle avec des implications financières, environnementales et sanitaires souvent associées à la stigmatisation et aux inégalités qui sont amplifiés en milieu de privation de liberté. L'hygiène menstruelle fait référence à l'accès aux produits d'hygiène menstruelle, à leur coût élevé, aux infrastructures sanitaires et à la gestion des déchets menstruels en situation de précarité économique ou sociale. Étude transversale analytique mixte (quantitative et qualitative) menée de juin à septembre 2025. Étaient inclus les femmes privées de liberté et le personnel pénitentiaire. Les données étaient collectées via questionnaires structurés, observations et entretiens. Les données ont été analysées avec SPSS v.26 (statistiques descriptives, tests du Chi² ou de Fischer, régression logistique multivariée ; seuil de significativité 5 %). Les résultats de cette recherche montrent que 52,9 % des détenues présentaient une mauvaise gestion de l'hygiène menstruelle. Les facteurs principaux étaient le manque de produits menstruels (65,5 %), l'absence d'intimité (81,6 %) et l'insalubrité des installations sanitaires (84,2 %). Après ajustement, ces

facteurs restaient significativement associés : manque de produits (ORa = 8,7 ; IC95 % [2,6-29,1]), absence d'intimité (ORa = 6,2 ; IC95 % [2,0-19,2]) et insalubrité (ORa = 12,9 ; IC95 % [3,7-45,5]). Les complications fréquentes incluaient les infections urinaires (30,1 %) et les démangeaisons (42,6 %). Les entretiens qualitatifs ont révélé une forte stigmatisation, une honte persistante (71,3 %), une irrégularité menstruelle accrue post-incarcération (59,6 %) et un accès très limité à l'eau propre et aux produits (seulement 14 % d'accès régulier). La formation spécifique sur la GHM était quasi inexistante (95,6 %). La gestion menstruelle en milieu carcéral au Bénin demeure précaire, compromettant la santé et la dignité des détenues.

Mots-clés : Hygiène menstruelle; détenues; Maisons d'arrêt; facteurs associés; Bénin

Factors Associated with Menstrual Hygiene Management in the Cotonou and Abomey-Calavi Remand Centers and the Akpro-Misséréte Prison in Benin in 2025

Ahounou Adnette Z.

Ezin Ayedegue Siméon

National Institute of Medicine and Public Health,
University of Abomey-Calavi, Benin

Aguemon Badirou

Faculty of Health Sciences, University of Abomey-Calavi, Benin

Awo K. Paul Hermann

HKM National University Hospital Centre, Cotonou, Benin

Abstract

Menstrual management is a personal and cultural experience with financial, environmental, and health implications that are often associated with stigma and inequalities, which are exacerbated in settings where people are deprived of their liberty. Menstrual hygiene refers to access to menstrual hygiene products, their high cost, sanitation infrastructure, and the management of menstrual waste in situations of economic or social vulnerability. A mixed-methods (quantitative and qualitative) cross-sectional study conducted from 13th June to 12th September 2025. The study included women in custody and correctional staff. Data were collected through structured questionnaires, observations, and interviews. The data were analyzed using SPSS v.26 (descriptive statistics, chi-square or Fischer's exact tests, multivariate logistic regression; significance level of 5%). The

results of this study show that 52.9% of FPLs had poor menstrual hygiene management. The main factors were a lack of menstrual products (65.5%), a lack of privacy (81.6%), and unsanitary sanitation facilities (84.2%). After adjustment, these factors remained significantly associated: lack of products (ORa = 8.7; 95% CI [2.6–29.1]), lack of privacy (ORa = 6.2; 95% CI [2.0–19.2]), and unsanitary conditions (ORa = 12.9; 95% CI [3.7–45.5]). Common complications included urinary tract infections (30.1%) and itching (42.6%). Qualitative interviews revealed significant stigma, persistent shame (71.3%), increased menstrual irregularity following incarceration (59.6%), and very limited access to clean water and hygiene products (only 14% had regular access). Specific training on menstrual health management was virtually nonexistent (95.6%). Menstrual health management in prisons in Benin remains inadequate, compromising the health and dignity of female inmates.

Keywords: Menstrual hygiene; female inmates; detention centers; associated factors; Benin

Introduction

La santé menstruelle est l'ensemble des besoins liés au cycle menstruel, notamment l'accès à des produits hygiéniques sûrs, à des installations sanitaires adéquates, à l'information et à un environnement exempt de stigmatisation (Bry, 2022; UNFPA, 2022). La santé menstruelle est désormais reconnue comme un enjeu de santé publique, de dignité humaine et de droits fondamentaux (Coyle & Fair, 2018; OMS, 2009). En Afrique de l'Ouest et du Centre, les détenues ont souvent un accès limité aux produits menstruels, aux infrastructures sanitaires inadaptées et à une information peu fiable (Beauclair, 2024; Lalonde, 2023).

Les données disponibles confirment la précarité des pratiques d'hygiène menstruelle dans les milieux de privation : en Éthiopie, seulement 50,6% des femmes privées de liberté avaient une gestion de l'hygiène menstruelle jugée satisfaisante (Degefu et al., 2023). En Ouganda, des femmes privées de liberté rapportent l'usage de matériaux improvisés et l'absence d'intimité (Logie et al., 2024). En Uganda, les femmes incarcérées ont rapporté que par manque des serviettes hygiéniques de bonne qualité, elles ont souvent utilisé des morceaux de tissu provenant de leurs uniformes de prison comme substitut aux serviettes hygiéniques en cas de pénurie (Nabiryo et al., 2023a). Au Nigéria, des études soulignent des lacunes persistantes dans l'accès aux produits menstruels et aux installations (Rabiu et al., 2020). Ces conditions augmentent le risque infectieux, notamment par le port prolongé d'absorbants et le manque de lavage (Torondel et al., 2018).

Ces chiffres, illustrent l'ampleur des barrières qui sont plus accentués dans les milieux de privation de liberté.

Au Bénin, les maisons d'arrêt de Cotonou, d'Abomey-Calavi et la prison d'Akpro-Misséréte accueillent des femmes dont les besoins menstruels sont peu documentés. L'absence de dispositifs adaptés pour la gestion menstruelle dans ces établissements peut compromettre leur santé physique et mentale, leur dignité et leur réinsertion sociale. Il est donc essentiel d'analyser les facteurs associés à la gestion de l'hygiène menstruelle dans ces contextes afin d'identifier les lacunes et proposer des solutions adaptées. Ainsi, cette étude a été initiée pour analyser les facteurs associés à la gestion de l'hygiène menstruelle chez les femmes privées de liberté.

Méthodologie de recherche

La recherche a été réalisée dans trois établissements pénitentiaires du Bénin : la maison d'arrêt de Cotonou, la maison d'arrêt d'Abomey-Calavi et la prison civile d'Akpro-Misséréte.

Type et période de recherche

Il s'agissait d'une recherche mixte transversale descriptive, associant des données quantitative et qualitative phénoménologique. La collecte des données s'est déroulée sur une période de trois mois, allant du 13 juin 2025 au 12 septembre 2025.

Population d'étude et critères d'inclusion/exclusion

La population cible était les détenues dans trois établissements et le personnel pénitentiaire travaillant dans ces lieux.

Critères d'inclusion : ont été incluses, les détenues incarcérées depuis plus de trois mois ayant donné leur consentement éclairé. Le personnel pénitentiaire une expérience d'au moins six mois dans l'établissement (professionnel de santé ayant une expérience minimale de six mois dans l'unité de soins d'infirmerie).

Critères d'exclusion : ont été exclues, les détenues gestantes, ménopausées, mineures. Ainsi que celles ayant refusé de participer ou celles qui se sont désistées pendant la collecte et les membres du personnel absents ou en congés au moment de la collecte des données.

Échantillonnage et taille de l'échantillon

Pour dimension quantitative, un échantillonnage exhaustif a été adopté, consistant à inclure toutes les femmes privées de liberté répondant aux critères d'inclusion ainsi que le personnel pénitentiaire éligible durant la période d'étude.

Pour la dimension qualitative, un échantillonnage de milieu par choix raisonné, adapté au contexte carcéral et tenant compte des critères d'inclusion a été utilisé. Les participantes ont été sélectionnées de manière intentionnelle selon des critères de diversité que sont : (l'âge, la durée de détention, l'expérience vécue). Le nombre d'entretiens n'a pas été fixé a priori, mais déterminé a posteriori par saturation des données. C'est à dire jusqu'à ce que de nouveaux entretiens n'apportent plus de thèmes majeurs concernant la gestion de l'hygiène. La collecte a combiné deux approches complémentaires.

Variables

La variable dépendante était la pratique de l'hygiène menstruelle chez les détenues, mesurée par un score composite construit à partir de 21 items (score total théorique 27 points). Un score $\geq 13,5$ indiquait une bonne gestion et un score $< 13,5$ une mauvaise gestion.

Les variables indépendantes incluaient les caractéristiques sociodémographiques, le soutien familial, l'accès aux produits menstruels et aux infrastructures sanitaires, la source et la quantité d'approvisionnement en serviettes hygiéniques, ainsi que la sensibilisation du personnel.

Dimension quantitative

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires structurés et validés (incluant le SF-12 pour la qualité de vie) construits à partir de la littérature. La saisie a été effectuée en temps réel avec l'application Kobo Toolbox.

Dimension qualitative

Les données qualitatives ont été recueillies auprès de 12 détenues par : des entretiens semi-dirigés individuels, deux focus groups (4 participantes chacun), quatre entretiens approfondis ciblés sur les thèmes émergents. Chaque entretien durait en moyenne une heure trente minutes. Il débutait par le rappel de l'objectif de la recherche qu'est celui d'identifier les facteurs associés à la gestion de l'hygiène menstruelle.

La collecte des données a duré quatre jours. Le seuil de saturation a été atteint quand de nouveaux entretiens n'apportent plus de thèmes majeurs concernant la gestion de l'hygiène.

Deux enquêtrices ont assuré la collecte : l'une notait les propos verbatim, l'autre observait et consignait les expressions faciales, les réactions non verbales et l'atmosphère émotionnelle. Le croisement systématique des notes a renforcé la fiabilité des transcriptions. Aussi l'observation directe des lieux a été faite car, dans la recherche elle apparaît comme « un outil de cueillette de données où le chercheur devient le témoin des comportements

des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux mêmes où ils se déroulent » (Martineau, 2005).

Analyse des données

Les données quantitatives ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 26. Les statistiques descriptives, les tests du Chi² (ou de Fischer exact) et les régressions logistiques binaires (bivariée puis multivariée pas-à-pas) ont été réalisées. Le seuil de significativité était fixé à 5 %. Les odds ratios ajustés (ORa) avec leur intervalle de confiance à 95 % sont présentés.

Les données qualitatives ont été analysées selon une approche phénoménologique interprétative : lecture immersive répétée des transcriptions, identification des unités de signification, regroupement en thèmes et sous-thèmes, et interprétation du sens vécu de l'expérience de la gestion de l'hygiène menstruelle en milieu carcéral. Pendant les menstruations, les détenues subissent des moqueries de la part de celles non menstruées qui les traitent d'« impures, sales »; suscitant ainsi un sentiment de gêne et de honte. Elles doivent intérioriser leur stigmatisme lié aux menstruations afin d'adapter leur comportement, dissimuler la honte en se repliant sur elles-mêmes et choisir les lieux à fréquenter (Bonnet, 2008). Dans l'interaction entre les détenues et leurs groupes sociaux carcéral qui se considèrent comme « propres » parce non menstruées, des barrières sont érigées. La menstruation constitue ainsi un handicap rendant difficile le « vivre ensemble » (Kouin & Togbe, 2024).

Pour cette recherche, les bases d'analyses théoriques utilisés pour les données sont : la théorie de stigmatisme de Erving Goffman et celle de l'étiquetage social de Becker Howard. Goffman explique comment dans un processus dynamique une marque sociale discrédite un individu devant les autres et altère ses interactions quotidiennes entre « normaux » et personnes disqualifiées telles que les détenues menstruées (Collin et al., 2024). Ce qui est une stigmatisation subie par les détenues menstruées qui les handicape. Elles doivent intérioriser ce stigmatisme, adapter leur comportement, dissimuler leur menstruation 'handicapante » en fonction des lieux à fréquenter (Bonnet, 2008). Cette stigmatisation est nourrie par un étiquetage que se font les détenues entre elles. D'où l'intérêt de la théorie de l'étiquetage social basé sur des préjugés appuyés par la stigmatisation sociale (Link, 1987). L'étiquetage est sujette à un biais cognitif basé sur des stéréotypes socioculturels, psychologiques envers les individus, à les stigmatiser en se séparant d'eux et les rejetant (Lacaze, 2008; Link & work(s);, 2001). Elle conduit à une déviance de socio stigmatisation et de stéréotype (Besnard, 1987; Ogien, 2020; Tunnell, 2014). Ce processus de stigmatisation et de violation de la dignité qui sont nourries par les violences institutionnelles des

détenues en prison(Rostaing, 2008). Ces analyses sont consolidées par la triangulation avec les résultats quantitatifs, qualitatifs afin de confirmer, d'approfondir et d'expliquer les associations statistiques observées.

Considérations éthiques

Les autorisations ont été obtenues auprès du Comité d'éthique local (n° 1072/2024/CLERB-UP/P/SPμ/R/SA du 18 avril 2025) et de l'Agence Pénitentiaire du Bénin (n° 536/APB/MJL/DSAT/SA du 3 juin 2025). Cette dernière a acheminé une copie vers les milieux de l'étude.

Avant notre arrivée, l'administration représentée par les surveillantes avait préalablement informée les détenues du projet de recherche, et de la présence imminente des chercheuses. Ce qui a rendu plus aisée la participation des détenues. Dans chaque maison d'arrêt et prison, une présentation de l'équipe d'enquêtrices a été faite aux détenues. Dans le souci du respect strict des règles de l'éthique, il a été notifié aux détenues que la participation à la recherche est volontaire, sans contrainte, ni promesse, ni compensation. Elles avaient le droit de refuser de participer à la recherche et pouvaient se retirer à tout moment sans préjudice. Les entretiens s'étaient déroulés sous une paillote placée en retrait, loin des autres détenues ce qui permettait aux participantes de s'exprimer en librement et de recueillir les données en toute confidentialité. Chaque participante avait donné son consentement verbal avant de commencer. Quant au respect de l'anonymat, l'on attribuait un numéro à la fiche guide d'entretien correspondant à chaque participante (allant de 1 à n). Ensuite, de nouveaux codes ont été attribués en fonction des sous thèmes relevés. Les données collectées ont été entièrement traitées dans l'anonymat.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des détenues se trouvait dans la tranche d'âge 26-35 ans (33,1%) et 36-45 ans (34,56%), tandis que les plus jeunes (18-25 ans) représentaient environ 27,9%. Parmi les détenues, plus de la moitié étaient mariées (53,7%), 41,2% avaient le niveau secondaire et la majorité exerçait une activité de commerce (55,1%) Avant l'incarcération (Tableau I).

Tableau I : Répartition des détenues selon les caractéristiques sociodémographiques ; Bénin 2025

	Nom de l'établissement			Total (N=136)	p
	M.A Abomey- Calavi (N=74)	M.A Cotonou (N=60)	P. Akpro Misséréké (N=2)		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tranche d'âge (en année)					0,744
18-25	22 (29,7)	16 (26,7)	0 (0,0)	38 (27,9)	
26-35	25 (33,8)	20 (33,3)	0 (0,0)	45 (33,1)	
36-45	23 (31,1)	22 (36,7)	2 (100,0)	47 (34,6)	
46-55	4 (5,4)	2 (3,3)	0 (0,0)	6 (4,4)	
Résidence					0,455
Rurale	25 (33,8)	16 (26,7)	1 (50,0)	42 (30,9)	
Urbaine	49 (66,2)	44 (73,3)	1 (50,0)	94 (69,1)	
Statut matrimonial					0,579
Célibataire	31 (41,9)	22 (36,7)	2 (100,0)	55 (40,4)	
Divorcée	1 (1,4)	1 (1,7)	0 (0,0)	2 (1,5)	
Mariée	38 (51,4)	35 (58,3)	0 (0,0)	73 (53,7)	
Veuve	4 (5,4)	2 (3,3)	0 (0,0)	6 (4,4)	
Niveau d'éducation					0,526
Artisane	2 (2,7)	3 (5,0)	0 (0,0)	5 (3,7)	
Aucun/ ménagère	18 (24,3)	10 (16,7)	0 (0,0)	28 (20,6)	
Primaire	18 (24,3)	13 (21,7)	1 (50,0)	32 (23,5)	
Secondaire	29 (39,2)	27 (45)	0 (0,0)	56 (41,2)	
Supérieur	7 (9,5)	7 (11,7)	1 (50,0)	15 (11)	
Activité avant l'incarcération					0,301
Commerçante	40 (54,1)	33 (55)	2 (100,0)	75 (55,1)	
Artisane	14 (18,9)	5 (8,3)	0 (0,0)	19 (14)	
Fonctionnaire	4 (5,4)	8 (13,3)	0 (0,0)	12 (8,8)	
Ménagère	2 (2,7)	5 (8,3)	0 (0,0)	7 (5,1)	
Entrepreneur	3 (4,1)	2 (3,3)	0 (0,0)	5 (3,7)	
Étudiante	4 (5,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,9)	
Autres	7 (9,5)	7 (11,7)	0 (0,0)	14 (10,3)	

M.A : Maison d'arrêt ; P. : Prison

Du côté du personnel pénitentiaire, l'échantillon comprenait 7 agents, dont 71,4% étaient âgés de plus de 35 ans et 57,1% avaient plus de trois ans d'expérience professionnelle (Tableau II).

Tableau II : Répartition du personnel enquêté selon les caractéristiques socio-professionnelles et les conditions d'hygiène menstruelle ; Bénin 2025

	Nom de l'établissement			Total (N=7)
	M.A Abomey-Calavi (N=2)	M.A Cotonou (N=3)	P. Akpro Misserete (N=2)	
Tranche d'âge				
≤35	1	1	0	2 (28,6)
>35	1	2	2	5 (71,4)
Nombre d'année d'expérience				
≤3	0	1	2	3 (42,9)
>3	2	2	0	4 (57,1)
Présence de sanitaires dédiés aux femmes				
Non	0	0	0	0 (0,0)
Oui	2	3	2	7 (100,0)
État des lieux (propreté, fonctionnalité)				
Non	0	0	0	0 (0,0)
Oui	2	3	2	7 (100,0)
Pannes des installations sanitaires				
Non	2	0	1	3 (42,9)
Oui	0	3	1	4 (57,1)
Disponibilité d'eau potable				
Non	0	0	0	0 (0,0)
Oui	2	3	2	7 (100,0)
Disponibilité de produits d'hygiène menstruelle				
Non	2	1	2	5 (71,4)
Oui	0	2	0	2 (28,6)
Niveau d'intimité (présence de portes fermantes, de cloisons)				
Non	0	0	1	1 (14,3)
Oui	2	3	1	6 (85,7)
Manque de produits d'hygiène				
Non	0	2	0	2 (28,6)
Oui	2	1	2	5 (71,4)
Existence d'une politique institutionnelle en matière d'hygiène menstruelle				
Non	2	3	2	7 (100,0)
Oui	0	0	0	0 (0,0)
Formation du personnel médical pour répondre aux besoins des sanitaires des détenues				
Non	0	0	0	0 (0,0)
Je ne sais pas	2	0	2	4 (57,1)
Oui	0	3	0	3 (42,9)
Accès direct à l'infirmerie en cas de problème lié à l'hygiène menstruelle des détenues				
Non	2	0	0	2 (28,6)
Oui, dans la plupart des cas	0	3	2	5 (71,4)
Les attitudes du personnel sont-elles bienveillantes ?				
Non	0	0	0	0 (0,0)
Oui	2	3	2	7 (100,0)
Soutien mutuel /Stigmatisation				
Non	0	0	2	2 (28,6)
Oui	2	3	0	5 (71,4)

Conditions d'hygiène menstruelle, état des installations sanitaires et santé perçue

La majorité des détenues ne bénéficiaient pas d'activités en prison (72,1%). L'état des lieux était jugé satisfaisant par 66,2% des participantes, mais 58,1% rapportaient la disponibilité de poubelles ou d'un système d'élimination. Cependant, l'évaluation globale des installations sanitaires révélait que plus de 81% des femmes les considéraient comme insatisfaisantes ou très insatisfaisantes, et 58,8% estimaient que le point d'eau était difficilement accessible.

Les témoignages qualitatifs confirment ces difficultés structurelles. Plusieurs détenues décrivent des coupures fréquentes d'eau entraînant des conflits : « *Tout semble beau, c'est la jungle, on se débrouille. On coupe souvent l'eau et on se bat entre nous pour un seau d'eau* » (propos d'une détenue âgée de 30 ans recueillis le 16 juin 2025) ; « *Bagarre ici quand on coupe l'eau* » (propos d'une détenue âgée de 21 ans recueillis le 16 juin 2025) ; « *En cas de coupure d'eau, on achète le bidon d'eau de 25 litres à 100F ou 200F chez les hommes* » (propos d'une détenue âgée 40 ans, recueillis le 16 juin 2025). Ces contraintes hydriques aggravent la gestion menstruelle, comme l'exprime une participante : « *Une femme doit toujours avoir de l'eau pendant ses règles, se sentir bien et propre même si on est en prison. [...] On dirait que je suis deux fois en prison* » (propos d'une détenue âgée 39 ans recueillis le 17 juin 2025).

Concernant les défis rencontrés, le manque de produits menstruels était le plus fréquent (61,8%), suivi par l'absence de sensibilisation ou de soutien (46,3%). Les menstruations irrégulières après l'incarcération concernaient près de 59,6% des femmes. Les perturbations du cycle sont illustrées par des cas d'aménorrhée prolongée : « *Quand je suis arrivée ici j'ai eu mes règles chaque mois pendant 4 mois après je n'ai plus eu mes règles jusqu'à ce jour, ça fait plus de 9 mois* » (propos d'une détenue âgée 30 ans recueillis le 17 juin 2025) ; « *Ça fait plus de 10 mois que je n'ai plus eu mes règles* » (propos d'une détenue âgée 30 ans recueillis le 16 juin 2025).

Sur le plan émotionnel, la honte liée aux menstruations était très fréquente (71,3%), tout comme la stigmatisation (87,5%). Les verbatims soulignent l'impact psychologique : « *Règles ici, problèmes pour moi. Moi resté couchée, gênée, sale quand eau coupée. [...] Moi honte de me laver ensemble dans la même douche avec les autres femmes* » (propos d'une détenue âgée, 22 ans recueillis le 16 juin 2025) ; « *Quand j'ai mes règles je reste couchée dans mon 'von' j'ai honte d'avoir des fuites et les moqueries* » (propos d'une détenue âgée 28 ans recueillis). Des perceptions culturelles renforcent cette stigmatisation : « *Ma maman m'a appris que c'est une malédiction de voir le sang d'une femme. [...] J'ai peur* » (propos d'une

détenue âgée, 40 ans recueillis le 16 juin 2025) ; « *Ici on voit les serviettes jetables avec du sang dans la poubelle, les WC, et même du sang dans les douches. [...] Quel est le sort que j'ai ramassé ?* » (propos d'une détenue âgée 40 ans recueillis le 18 juin 2025).

L'état de santé général était jugé médiocre ou mauvais par 63,3% des participantes, et 57,4% déclaraient une limitation physique pour les efforts. Les infections et démangeaisons sont rapportées dans 30,1% (infections urinaires) et 42,6% (démangeaisons) des cas, corroborées par : « *Je me gratte et parfois ça brûle dedans quand je veux faire pipi. Je supporte, je n'ai pas le choix* » (propos d'une détenue âgée 31 ans, recueillis le 18 juin 2025) ; « *Depuis que je suis ici, mes règles sont noires et ça sent mauvais* » (FPL, 27 ans). (Tableau III)

Tableau III : Répartition des détenues selon les conditions d'hygiène menstruelle, état des installations sanitaires et santé perçue des détenues dans les établissements pénitentiaires ; Bénin 2025

	Nom de l'établissement				p
	M.A Abomey- Calavi (N=74)	M.A Cotonou (N=60)	P. Akpro Misséréké (N=2)	Total (N=136)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Activités en prison					0,043
Non	59 (79,7)	37 (61,7)	2 (100,0)	98 (72,1)	
Oui	15 (20,3)	23 (38,3)	0 (0,0)	38 (27,9)	
État des lieux (propreté, fonctionnalité)					0,525
Non	27 (36,5)	18 (30,0)	1 (50)	46 (33,8)	
Oui	47 (63,5)	42 (70,0)	1 (50)	90 (66,2)	
Évaluation de l'état général des installations sanitaires					0,569
Très insatisfaisant	29 (39,2)	21 (35,0)	1 (50)	51 (37,5)	
Insatisfaisant	28 (37,8)	31 (51,7)	1 (50,0)	60 (44,1)	
Satisfaisant	13 (17,6)	7 (11,7)	0 (0)	20 (14,7)	
Très satisfaisant	4 (5,4)	1 (1,7)	0 (0)	5 (3,7)	
Principaux défis/ difficultés rencontrés pendant les menstruations en prison					
Manque de produits menstruels	40 (54,1)	43 (71,7)	1 (50,0)	84 (61,8)	0,107
Absence d'intimité	20 (27,0)	18 (30,0)	0 (0,0)	38 (27,9)	0,627
Insalubrité des installations	23 (31,1)	14 (23,3)	1 (50,0)	38 (27,9)	0,477
Absence de sensibilisation ou de soutien	36 (48,6)	27 (45,0)	0 (0,0)	63 (46,3)	0,381
Autres	27 (36,5)	8 (13,3)	0 (0,0)	35 (25,7)	0,007
Fréquence des menstruations après l'incarcération					0,227
Irrégulière	46 (62,2)	35 (58,3)	0 (0,0)	81 (59,6)	
Régulière	28 (37,8)	25 (41,7)	2 (100,0)	55 (40,4)	
Avis sur la santé en général					0,237
Médiocre	19 (25,7)	19 (31,7)	1 (50,0)	39 (28,7)	
Mauvaise	31 (41,9)	16 (26,7)	0 (0,0)	47 (34,6)	
Bonne	18 (24,3)	23 (38,3)	1 (50,0)	42 (30,9)	
Très bonne	5 (6,8)	2 (3,3)	0 (0,0)	7 (5,1)	
Excellente	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Sensation de limitation de sa santé pour des efforts physiques					0,303

Non, pas du tout limité	34 (45,9)	24 (40,0)	0 (0,0)	58 (42,6)
Oui, un peu limité	20 (27,0)	22 (36,7)	2 (100,0)	44 (32,4)
Oui beaucoup limité	20 (27,0)	14 (23,3)	0 (0,0)	34 (25,0)

Enfin, selon le personnel, tous les établissements disposaient de sanitaires dédiés aux femmes et jugés fonctionnels (100%), mais des pannes étaient rapportées dans 57,1% des cas. L'accès à l'eau potable était universel (100%), tandis que la disponibilité régulière des produits menstruels restait faible (28,6%). Le niveau d'intimité était jugé satisfaisant dans 85,7% des cas, contrastant fortement avec les perceptions des FPL (Tableau II).

Gestion de l'hygiène menstruelle

Pour les FPL, les toilettes étaient présentes dans la plupart des établissements (79,4%), mais l'accès à des installations permettant de se changer en toute intimité restait limité (52,9%). L'accès à de l'eau propre pour se laver pendant les menstruations était rapporté par 52,2% des participantes, tandis que 25,7% déclaraient ne pas en disposer. Les produits menstruels étaient rarement accessibles (58,8%), et seules 14% déclaraient un accès régulier.

Les verbatims illustrent les stratégies de débrouillardise face au manque : « *Moi toujours utiliser même couche 3jours. Moi pressée couche et porter comme ça. Dedans gratter et piquer quand moi fait pipi* » (propos d'une détenue âgée de 35 ans recueillis le 16 juin 2025) ; « *Il m'arrive de porter la même serviette pendant 2 jours sans changer* » (propos d'une détenue âgée de 27 ans recueillis le 19 juin 2025) ; « *Ici moi débrouiller moi-même. Pas couches cadeau* » (propos d'une détenue âgée de 28 ans recueillis le 16 juin 2025). Certains recourent à des alternatives : « *Une femme m'a appris à couper mon pagne pour l'utiliser comme couches* » (propos d'une détenue âgée de 25 ans recueillis le 19 juin 2025).

La formation spécifique sur l'hygiène menstruelle était quasi inexistante (95,6% des FPL n'en avaient jamais bénéficié). Cependant, un intérêt émerge pour les serviettes lavables et la couture : « *Je suis très intéressée, quand je serai libre je fais faire vendre et avoir de l'argent* » (propos d'une détenue âgée de 28 ans recueillis le 16 juin 2025) ; « *Laissez-nous le matériel pour coudre, nous-mêmes on va faire* » (propos d'une détenue âgée de 26 ans recueillis le 19 juin 2025).

Sur les 136 détenues, 52,9% avaient une mauvaise gestion, tandis que 47,1% présentaient une bonne gestion. L'absence d'intimité est patente : « *Nous lavé beaucoup ensemble dans la même douche à 4 ou 5 ensemble* » (propos d'une détenue âgée de 29 ans recueillis le 16 juin 2025) ; « *Il y a camarades femmes qui se moquent de toi quand tu enlèves tes serviettes* »

mouillées de sang devant elles à la douche » (propos d'une détenue âgée de 25 ans recueillis le 19 juin 2025).

La gestion environnementale des déchets demeure une problématique : *« On voit souvent dans les poubelles des couches avec du sang »* (propos d'une détenue âgée de 39 ans recueillis le 18 juin 2025) ; *« Pas vidé souvent grand seau poubelle, couches beaucoup beaucoup dedans, odeur de sang gâté nous respirer ici »* (propos d'une détenue âgée de 31 ans recueillis le 16 juin 2025).

Du côté organisationnel, aucun établissement ne disposait d'une politique institutionnelle en matière d'hygiène menstruelle (0,0%). L'accès direct à l'infirmerie en cas de problème lié à l'hygiène menstruelle était possible dans 71,4% des cas (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des détenues selon la gestion menstruelle ; Bénin 2025

	Nom de l'établissement				p
	M.A Abomey- Calavi (N=74)	M.A Cotonou (N=60)	P. Akpro Misséréte (N=2)	Total (N=136)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Toilettes propres et en bon état					0,738
Non	10 (13,5)	12 (20,0)	0 (0,0)	22 (16,2)	
Parfois	6 (8,1)	6 (10,0)	0 (0,0)	12 (8,8)	
Oui	58 (78,4)	42 (70,0)	2 (100,0)	102 (75)	
Accès à des installations pour changer en toute intimité					0,648
Non	35 (47,3)	29 (48,3)	0 (0,0)	64 (47,1)	
Oui	39 (52,7)	31 (51,7)	2 (100,0)	72 (52,9)	
Accès à de l'eau propre pour se laver pendant les menstruations					0,02
Non	25 (33,8)	10 (16,7)	0 (0,0)	35 (25,7)	
Oui, mais pas toujours	15 (20,3)	13 (21,7)	2 (100,0)	30 (22,1)	
Oui, toujours	34 (45,9)	37 (61,7)	0 (0,0)	71 (52,2)	
Accès à des produits d'hygiène menstruelle					0,01
Non	13 (17,6)	24 (40,0)	0 (0,0)	37 (27,2)	
Oui, mais rarement	52 (70,3)	26 (43,3)	2 (100,0)	80 (58,8)	
Oui, toujours	9 (12,2)	10 (16,7)	0 (0,0)	19 (14,0)	
Formation spécifique sur les questions d'hygiène menstruelle					0,168
Non	73 (98,6)	55 (91,7)	2 (100,0)	130 (95,6)	
Oui	1 (1,4)	5 (8,3)	0 (0,0)	6 (4,4)	
Sensibilisation du personnel pénitentiaire à la gestion de l'hygiène menstruelle					0,316
Je ne sais pas	49 (66,2)	35 (58,3)	2 (100,0)	86 (63,2)	
Non, ils ne semblent pas informés	16 (21,6)	21 (35)	0 (0,0)	37 (27,2)	
Oui, ils sont bien informés et respectueux	9 (12,2)	4 (6,7)	0 (0,0)	13 (9,6)	
Connaissances concernant l'hygiène menstruelle					0,052
Non	17 (23)	24 (40,0)	1 (50,0)	42 (30,9)	
Oui	57 (77,0)	36 (60,0)	1 (50,0)	94 (69,1)	
Infections urinaires					0,857
Non	50 (67,6)	43 (71,7)	2 (100,0)	95 (69,9)	
Oui	24 (32,4)	17 (28,3)	0 (0,0)	41 (30,1)	
Démangeaisons					0,932

Non	42 (56,8)	35 (58,3)	1 (50,0)	78 (57,4)	
Oui	32 (43,2)	25 (41,7)	1 (50,0)	58 (42,6)	
Honte liée aux menstruations en détention					0,143
Oui	54 (73,0)	43 (71,7)	0 (0,0)	97 (71,3)	
Non	20 (27,0)	17 (28,3)	2 (100,0)	39 (28,7)	
Stigmatisation liée aux menstruations en détention					0,236
Oui	64 (86,5)	54 (90,0)	1 (50,0)	119 (87,5)	
Non	10 (13,5)	6 (10,0)	1 (50,0)	17 (12,5)	
Gestion d'hygiène menstruelle					0,931
Bonne	34 (45,9)	29 (48,3)	1 (50,0)	64 (47,1)	
Mauvaise	40 (54,1)	31 (51,7)	1 (50,0)	72 (52,9)	

Facteurs associés à la gestion d'hygiène menstruelle

Après ajustement, les difficultés directement liées à la gestion des règles restaient les déterminants majeurs : le manque de produits menstruels augmentait fortement les chances d'une mauvaise gestion (ORa=8,7 ; IC95% [2,6 ; 29,1] ; $p<0,001$), tout comme l'absence d'intimité au moment du change (ORa = 6,2 ; IC95% [2,0 ; 19,2] ; $p=0,001$) et l'insalubrité des installations (ORa=12,9 ; [3,7 ; 45,5] ; $p<0,001$).

À l'inverse, les caractéristiques sociodémographiques (notamment la tranche d'âge), la participation à des activités en prison, l'état des lieux perçu (propreté/fonctionnalité), l'accès facile au point d'eau et la régularité des menstruations après l'incarcération ne montraient pas d'association indépendante statistiquement significative avec la mauvaise gestion ($p>0,05$ après ajustement). (Tableau V et VI).

Tableau V : Répartition des détenues selon la gestion menstruelle et les conditions d'hygiène menstruelle ; Bénin 2025

	Total (N)	GHM		p
		Mauvaise n (%)	Bonne n	
Tranche d'âge (en année)				0,133
18-25	38	24 (63,2)	14	0,061
26-35	45	25 (55,6)	20	0,107
36-45	47	22 (46,8)	25	0,191
46-55	6	1 (16,7)	5	
Activités en prison				0,050
Non	98	57 (58,2)	41	0,052
Oui	38	15 (39,5)	23	
État des lieux (propreté, fonctionnalité)				<0,001
Non	90	59 (65,6)	31	<0,001
Oui	46	13 (28,3)	33	
Accès facile au point d'eau potable				0,008
Non	38	27 (71,1)	11	0,010
Oui	98	45 (45,9)	53	
Disponibilité d'eau potable				<0,001
Non	47	38 (80,9)	9	<0,001
Oui	89	34 (38,2)	55	

Évaluation de l'état général des installations sanitaires				0,023
Très insatisfaisant	20	14 (70)	6	0,067
Insatisfaisant	51	32 (62,7)	19	0,099
Satisfaisant	60	25 (41,7)	35	0,361
Très satisfaisant	5	1 (20)	4	
Principaux défis/ difficultés rencontrés pendant les menstruations en prison				
Manque de produits menstruels	84	55 (65,5)	29	<0,001
Absence d'intimité	38	31 (81,6)	7	<0,001
Insalubrité des installations	38	32 (84,2)	6	<0,001
Absence de sensibilisation ou de soutien	63	41 (65,1)	22	0,008
Autres	35	13 (37,1)	22	0,030
Fréquence des menstruations après l'incarcération				0,013
Irrégulière	81	50 (61,7)	31	0,014
Régulière	55	22 (40)	33	
Sensation de limitation de sa santé pour des efforts physiques				0,027
Non, pas du tout limité	58	23 (39,7)	35	
Oui, un peu limité	44	27 (61,4)	17	0,031
Oui beaucoup limité	34	22 (64,7)	12	0,022

Tableau VI : Facteurs associés à la gestion d'hygiène menstruelle

	OR _b [IC 95% OR _b]	p	OR _a [IC 95% OR _a] ¹	p
Tranche d'âge (en année)		0,133		
18-25	8,6 [0,9 ; 81,0]	0,061		
26-35	6,3 [0,7 ; 57,9]	0,107		
36-45	4,4 [0,5 ; 40,6]	0,191		
46-55	1			
Activités en prison		0,05		
Non	2,1 [1,0 ; 4,6]	0,052		
Oui	1			
État des lieux (propreté, fonctionnalité)		<0,001		
Non	4,8 [2,2 ; 10,5]	<0,001		
Oui	1			
Accès facile au point d'eau potable		0,008		
Non	2,9 [1,3 ; 6,5]	0,01		
Oui	1			
Disponibilité d'eau potable		<0,001		
Non	6,8 [2,9 ; 15,9]	<0,001		
Oui	1			
Évaluation de l'état général des installations sanitaires		0,023		
Très insatisfaisant	9,3 [0,9 ; 101,9]	0,067		
Insatisfaisant	6,7 [0,7 ; 64,8]	0,099		
Satisfaisant	2,9 [0,3 ; 27,1]	0,361		
Très satisfaisant	1			
Principaux défis/ difficultés rencontrés pendant les menstruations en prison				
Manque de produits menstruels	3,9 [1,9 ; 8,1]	<0,001	8,7 [2,6 ; 29,1]	<0,001
Absence d'intimité	6,2 [2,5 ; 15,3]	<0,001	6,2 [2,0 ; 19,2]	0,001
Insalubrité des installations	7,7 [3,0 ; 20,2]	<0,001	12,9 [3,7 ; 45,5]	<0,001

¹ Les variables associées à la gestion de l'hygiène menstruelle lors de l'analyse bivariée ne conservent pas toutes leur association après ajustement dans l'analyse multivariée

Absence de sensibilisation ou de soutien	2,5 [1,3 ; 5,1]	0,008		
Autres	0,4 [0,2 ; 0,9]	0,03	5,4 [1,4 ; 21,3]	0,017
Fréquence des menstruations après l'incarcération		0,013		
Irrégulière	2,4 [1,2 ; 4,9]	0,014		
Régulière	1			
Sensation de limitation de sa santé pour des efforts physiques		0,027		
Non, pas du tout limité	1			
Oui, un peu limité	2,4 [1,1 ; 5,4]	0,031		
Oui beaucoup limité	2,8 [1,2 ; 6,7]	0,022		

Discussion

Dans cette étude, 52,9% des détenues présentent une mauvaise gestion de l'hygiène menstruelle (GHM), ce qui confirme une vulnérabilité élevée en contexte de privation de liberté. Cette proportion s'inscrit dans la tendance observée dans d'autres milieux à travers le monde, où les travaux récents soulignent la prévalence élevée de pratiques inadéquates et l'usage d'absorbants improvisés chez les détenues (Nabiryo et al., 2023b; Van Hout & Mhlanga-Gunda, 2018).

Des enquêtes en Asie ont par ailleurs documenté, chez des femmes en prison, des déficits persistants en produits menstruels, informations et conditions de gestion, contribuant à des pratiques sous-optimales de GHM (Shrestha et al., 2014).

Plus récemment, des données provenant d'un établissement féminin en Indonésie décrivent des comportements de GHM hétérogènes et largement contraints par l'accès aux ressources, appuyant le constat d'une fréquence non négligeable de GHM insuffisante (Febriani, 2024).

Les conditions d'hygiène menstruelle, état des installations sanitaires et santé perçue

Dans notre étude, 58,1% des détenues déclaraient la disponibilité de poubelles ou d'un système d'élimination des déchets menstruels un niveau qui demeure insuffisant et qui s'inscrit dans la continuité des difficultés matérielles et des infrastructures inadaptées déjà rapportées dans d'autres contextes africains, notamment à Kisangani où Ngandru Kiza et al. soulignent que le manque d'aménagements appropriés limite les pratiques menstruelles adéquates (Ngandru Kiza et al., 2025). Plus de 81% des détenues jugent l'état général des installations sanitaires insatisfaisant, et 58,8% rapportent un point d'eau difficilement accessible. Ces constats convergent avec les analyses du Wash en prison montrant que l'insuffisance d'eau et d'assainissement demeure un obstacle systémique à une GHM adéquate, même dans des pays à revenu élevé (Crosson et al., 2024).

Ces insuffisances structurelles contreviennent directement aux normes internationales minimales énoncées dans l'Ensemble de règles

minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), adoptées en 2015, qui exigent des installations sanitaires adéquates permettant aux détenus de satisfaire leurs besoins naturels dans des conditions propres et décentes (règle 15), un accès à l'eau et aux articles de toilette nécessaires à la santé et à l'hygiène corporelle (règle 18), ainsi que des installations de bain et de douche suffisantes pour une hygiène générale adaptée au climat (règle 16)(Crime, 2015). L'absence de ces conditions de base accentue la vulnérabilité des détenues, particulièrement pendant les menstruations.

En Afrique australe, des études en Zimbabwe et au Malawi décrivent un environnement matériel et organisationnel défaillant (pannes, promiscuité, pénurie d'eau), qui dégrade l'hygiène quotidienne et la gestion des règles(Gondwe et al., 2021; Mhlanga-Gunda et al., 2020). De même, une analyse des systèmes de santé en Zambie révèle des insuffisances structurelles de prise en charge pour les femmes détenues, lesquelles se répercutent sur l'hygiène personnelle et la santé perçue(Topp et al., 2016). Cette dégradation des conditions se traduit dans notre étude par une santé générale jugée médiocre ou mauvaise chez 63,3% des participantes, ce qui renforce le lien entre environnement sanitaire et bien-être en milieu de privation de liberté.

Enfin, les normes éducatives internationales soulignent qu'une GHM satisfaisante nécessite des sanitaires fonctionnels, de l'eau, des produits d'hygiène menstruel sûrs et une éducation adaptée : exigences rarement réunies en prison(UNESCO, 2014), et qui font écho aux principes généraux des Règles Nelson Mandela sur le respect de la dignité inhérente et les conditions d'hygiène personnelle(Crime, 2015).

La gestion de l'hygiène menstruelle

Dans notre étude, les toilettes existent dans la plupart des établissements, seules 52,9% des détenues déclarent pouvoir s'y changer en toute intimité, et 58,8% n'ont qu'un accès rare aux produits. La formation spécifique à la GHM est quasi inexistante dans notre étude (4,4% formées), alors que de nombreuses revues éducatives montrent que des programmes structurés améliorent connaissances, attitudes et autosoins liés aux menstruations(Munro et al., 2021; UNESCO, 2014).

Les réponses de politique publique, par exemple l'assurance d'un accès gratuit aux produits menstruels en milieu carcéral, sont identifiées comme des leviers pragmatiques pour réduire l'insécurité menstruelle et ses impacts(Weaver et al., 2021). Au-delà des produits, des travaux mettent en évidence la dimension de dignité et les risques de victimisation propres aux milieux de privation de liberté lorsque les règles sont mal comprises, stigmatisées ou instrumentalisées, rendant d'autant plus crucial

l'encadrement respectueux de la GHM(Gadama et al., 2020). Ces aspects de dignité et d'hygiène spécifique aux femmes sont explicitement soulignés dans les Règles Nelson Mandela (règles 18 et 19 sur l'hygiène personnelle et le linge), qui imposent la fourniture d'articles de toilette adaptés aux besoins de santé et de propreté, bien que les règles ne mentionnent pas explicitement les protections menstruelles – un vide souvent comblé par les Règles de Bangkok complémentaires(Crime, 2015).

Les facteurs associés à la gestion de l'hygiène menstruelle

Dans cette étude, les résultats multivariés montrent que la mauvaise gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) chez les femmes privées de liberté est fortement associée à trois déterminants majeurs : le manque de produits menstruels ($ORa = 8,7$), l'absence d'intimité lors du changement ($ORa = 6,2$) et l'insalubrité des installations sanitaires ($ORa = 12,9$). Ces associations sont statistiquement significatives ($p < 0,001$) et confirment que les obstacles structurels constituent les principaux leviers d'amélioration(Degefu et al., 2023; Mhlanga-Gunda et al., 2020; Nabiryo et al., 2023b).

Ces résultats sont cohérents avec les données qualitatives recueillies en Ouganda, où les femmes incarcérées rapportent l'usage de matériaux improvisés, l'absence d'intimité et la défaillance des sanitaires(Nabiryo et al., 2023b). De même, en Éthiopie, une étude quantitative a montré que la disponibilité des produits menstruels et des infrastructures influence significativement la qualité de la GHM(Degefu et al., 2023). Ces constats rejoignent les analyses menées en Afrique Australe, où les prisons présentent des déficits systémiques en eau, assainissement et dispositifs adaptés aux besoins féminins(Gadama et al., 2020; Mhlanga-Gunda et al., 2020).

La force des associations observées dans notre étude ($ORa > 6$ pour les trois facteurs principaux) est supérieure à celle rapportée dans certaines études scolaires ou communautaires, où les OR se situent généralement entre 2 et 5(Nabiryo et al., 2023b; UNICEF, 2018). Cette différence peut s'expliquer par la nature contraignante du milieu de privation de liberté, où les détenues n'ont pas d'alternative pour compenser les insuffisances structurelles(Gadama et al., 2020; Mhlanga-Gunda et al., 2020) – un écart particulièrement marqué au regard des standards minimaux des Règles Nelson Mandela, qui exigent des conditions d'hygiène et de dignité respectueuses pour tous les détenus, y compris les femmes(Crime, 2015).

Il est également important de noter que certaines variables significatives en analyse bivariée (ex. accès à l'eau potable, activités en prison) perdent leur association après ajustement, suggérant que leur effet est médié par les facteurs structurels majeurs (produits, intimité, propreté)(Degefu et al., 2023; Nabiryo et al., 2023b). Cette hiérarchie des déterminants confirme que la GHM dépend davantage des conditions

matérielles que des caractéristiques individuelles ou organisationnelles (Gadama et al., 2020; Mhlanga-Gunda et al., 2020).

Les implications sanitaires sont considérables : des pratiques inadéquates augmentent le risque d'infections uro-génitales, comme l'ont démontré des études en Inde ($OR \approx 2,5$ pour BV et candidose en cas de pratiques non hygiéniques) (Das et al., 2015; Torondel et al., 2018). Dans notre échantillon, 30,1% des femmes rapportent des infections urinaires et 42,6% des démangeaisons, ce qui renforce la nécessité d'interventions ciblées (Das et al., 2015; Torondel et al., 2018).

Les forces, les limites

Notre étude présente plusieurs atouts. Elle adopte une approche multisite couvrant trois établissements pénitentiaires, ce qui permet une comparaison inter-maisons d'arrêt/prison rarement documentée en Afrique (Mhlanga-Gunda et al., 2020). L'un des points forts méthodologiques réside dans l'utilisation d'un échantillonnage exhaustif, qui a permis d'inclure l'ensemble des femmes privées de liberté répondant aux critères d'inclusion. Cette méthode minimise les biais de sélection et renforce la validité interne des associations observées (Degefu et al., 2023). L'utilisation d'une analyse multivariée a permis d'identifier des déterminants indépendants (manque de produits, absence d'intimité, insalubrité), renforçant la validité interne des associations observées (Degefu et al., 2023). Enfin, la collecte de données quantitatives offre une vision intégrée des pratiques et perceptions (Nabiryo et al., 2023b).

Cependant, certaines limites doivent être reconnues. Dans le respect strict des règles de sécurité et du règlement intérieur des établissements pénitenciers, il est formellement interdit d'utiliser les appareils de vue (appareils photo, caméra) ainsi que les appareils d'enregistrement audio. Ce qui a rendu difficile l'obtention d'images iconographiques lors de la collecte des données.

La très faible taille de l'échantillon à Akpro-Misséré (n=2) compromet la validité des comparaisons inter-prisons et peut biaiser les estimations globales. De plus, plusieurs indicateurs reposent sur auto-déclaration, exposant à des biais de mémoire et de désirabilité sociale (Torondel et al., 2018). Enfin, l'absence de mesures biologiques pour confirmer les infections constitue une limite méthodologique fréquente dans les études en milieu carcéral (Das et al., 2015).

Conclusion

Cette étude révèle que 52,9% des femmes privées de liberté au Bénin adoptent de mauvaises pratiques d'hygiène menstruelle, principalement en raison du manque de produits (65,5%), de l'absence d'intimité (81,6%) et de

l'insalubrité des installations (84,2%). Bien que 65,4% déclarent avoir accès à l'eau potable, 58,8% jugent ce point d'eau difficilement accessible. La formation spécifique est quasi inexistante (95,6%), et seulement 14% des femmes ont un accès régulier aux produits menstruels, d'où la nécessité d'améliorer, les infrastructures et de renforcer la sensibilisation sur la santé menstruelle aux détenues en milieu de privation de liberté.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Beauclair, E. (2024, octobre). *Period Poverty in Prisons – Monthly Dignity*. <https://monthlydignity.com/fr/how-does-menstrual-poverty-affect-prisons/>
2. Besnard, P. (1987). *Becker Howard S., Outsiders. Etude de sociologie de la déviance*. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1987_num_28_1_2378
3. Bonnet, C. (2008). *Erving Goffman, Stigmate, les usages sociaux des handicap* [Mémoire de Licence 3, Sociologie]. https://www.afrique-gouvernance.net/bdf_document-2041_fr.html
4. Bry, H. (2022, août 26). *L'OMS appelle à mieux considérer la santé menstruelle*. [lepharmacien.fr. http://www.lepharmacien.fr/blog-pharmacien/article/l-oms-appelle-a-mieux-considerer-la-sante-menstruelle](http://www.lepharmacien.fr/blog-pharmacien/article/l-oms-appelle-a-mieux-considerer-la-sante-menstruelle)
5. Collin, J., Dargère, C., & Dubuis, A. (2024). Stigmates et (ré)actions sociales : Introduction: *Les Politiques Sociales*, N°2(2), 4-14. <https://doi.org/10.3917/lps.242.0004>
6. Coyle, A., & Fair, H. (2018). *Gérer les prisons dans le respect des droits de l'homme*. *Manuel destiné au personnel pénitentiaire*. Institute for Criminal Policy Research, Birkbeck, University of London. https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/handbook_3rd_ed_french_v3_web.pdf
7. Crime, O. des N. U. contre la D. et le. (2015). *Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)*.

8. Crosson, J., Sylvester, R. E., & Worsham, K. (2024). Locked out of water : A reflection on WaSH access in US prisons. *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, 14(11), 1146-1154. <https://doi.org/10.2166/washdev.2024.159>
9. Das, P., Baker, K. K., Dutta, A., Swain, T., Sahoo, S., Das, B. S., Panda, B., Nayak, A., Bara, M., Bilung, B., Mishra, P. R., Panigrahi, P., Cairncross, S., & Torondel, B. (2015). Menstrual Hygiene Practices, WASH Access and the Risk of Urogenital Infection in Women from Odisha, India. *PLoS ONE*, 10(6), e0130777. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130777>
10. Degefu, S., Tadesse, A., Ashagir, K., & Ezo, E. (2023). Assessment of menstrual hygiene management practice and associated factors among prisoners in South Nation Nationalities and peoples region, Ethiopia. *Heliyon*, 9(6), e16224. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16224>
11. Febriani, T. (2024). Exploration of menstrual hygiene management (MHM) behaviors and influencing factors among female inmates. *Jurnal Kesehatan*, 15(3), 99-107. <https://doi.org/10.35730/jk.v15i3.1263>
12. Gadama, L., Thakwalakwa, C., Mula, C., Mhango, V., Banda, C., Kewley, S., Hillis, A., & Van Hout, M.-C. (2020). ‘Prison facilities were not built with a woman in mind’: An exploratory multi-stakeholder study on women’s situation in Malawi prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 16(3), 303-318. <https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2019-0069>
13. Gondwe, A., Amberbir, A., Singogo, E., Berman, J., Singano, V., Theu, J., Gaven, S., Mwapasa, V., Hosseinipour, M. C., Paul, M., Chiwaula, L., & van Oosterhout, J. J. (2021). Prisoners’ access to HIV services in southern Malawi : A cross-sectional mixed methods study. *BMC Public Health*, 21, 813. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10870-1>
14. Kouin, J., & Togbe, PRS. (2024). *Le travail des lépreux au centre de traitement anti-lèpre de Madjrê : Entre réinsertion socio-économique et exclusion*. 203-218.
15. Lacaze, L. (2008). La théorie de l’étiquetage modifiée, ou l’« analyse stigmatisque » revisitée: *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 5(1), 183-199. <https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>
16. Lalonde, M.-F. (2023). *Rapport final sur la précarité menstruelle dans l’espace francophone* (p. 21). <https://apf-francophonie.org/sites/default/files/2024-05/Rapport%20final%20sur%20la%20pr%C3%A9carit%C3%A9%20menstruelle.pdf>

- Omenstruelle%20dans%20l%27espace%20francophone%2007%202023.pdf
17. Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders : An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112. <https://doi.org/10.2307/2095395>
 18. Link, B. G., & work(s);, J. C. P. R. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 2, 363-385.
 19. Logie, C., Winkler, I., Narasimhan, M., Bhakta, A., Hutchingame, T., Reynolds, T., Maschette, U., Okore, S., Njoki W Ngumi, S., & Barrington, D. (2024). Menstruation and sexual health, well-being and justice. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(12), 904-906. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.291159>
 20. Martineau, S. (2005). *L'instrumentation dans la collecte des données*. 5-17.
 21. Mhlanga-Gunda, R., Kewley, S., Chivandikwa, N., & Van Hout, M.-C. (2020). Prison conditions and standards of health care for women and their children incarcerated in Zimbabwean prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 16(3), 319-336. <https://doi.org/10.1108/IJPH-11-2019-0063>
 22. Munro, A. K., Hunter, E. C., Hossain, S. Z., & Keep, M. (2021). A systematic review of the menstrual experiences of university students and the impacts on their education : A global perspective. *PLoS ONE*, 16(9), e0257333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257333>
 23. Nabiryo, M., Ondia, M., & Izudi, J. (2023a). Behaviors and practices of incarcerated women towards menstrual hygiene in a large urban prison in Uganda: A phenomenological qualitative study. *BMC Women's Health*, 23(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02462-5>
 24. Nabiryo, M., Ondia, M., & Izudi, J. (2023b). Behaviors and practices of incarcerated women towards menstrual hygiene in a large urban prison in Uganda: A phenomenological qualitative study. *BMC Women's Health*, 23(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02462-5>
 25. Ngandru Kiza, A., Itigaino, S. B., Bosunga, G. K., Tshilumba, C. K., Tepunipage, A. T., Longembe, E. B., Bosongo, S. L., Bosenge, J. D., Likwela, J. L., & Lukongo, J. P. (2025). Connaissances, attitudes et pratiques des élèves adolescentes sur l'hygiène menstruelle à Kisangani. *Pan African Medical Journal*, 50. <https://doi.org/10.11604/pamj.2025.50.44.44917>
 26. Ogien, A. (2020). La formulation du jugement de déviance. De la théorie de la désignation à la sociologie cognitive | Cairn.info.

- Déviance et Société* 2020, 44(2), 233 à 248. <https://doi.org/10.3917/ds.442.0233>
27. OMS. (2009). *La santé des femmes en milieu carcéral* (p. 50). UNODC.
 28. Rabiou, A., Sani, F., & Daneji, S. (2020). Menstrual Pattern and Hygiene among Female Prisoners in Kano, North-western Nigeria. *Journal of BioMedical Research and Clinical Practice*, 3(1), 218,221. <https://doi.org/10.46912/jbrcp.v3i12020.133>
 29. Rostaing, C. (2008). *Violences et institutions—Processus de stigmatisation et violences en prison—CNRS Éditions* (CNRS Éditions). <https://books.openedition.org/editions-cnrs/21510>
 30. Shrestha, S., Kuikel, S., & Bhandari, S. (2014). Menstrual Hygiene among Prison Women in Kathmandu. *International Journal of Health Sciences*, (10), 177-184.
 31. Topp, S. M., Moonga, C. N., Mudenda, C., Luo, N., Kaingu, M., Chileshe, C., Magwende, G., Heymann, J. S., & Henostroza, G. (2016). Health and healthcare access among Zambia's female prisoners: A health systems analysis. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0449-y>
 32. Torondel, B., Sinha, S., Mohanty, J. R., Swain, T., Sahoo, P., Panda, B., Nayak, A., Bara, M., Bilung, B., Cumming, O., Panigrahi, P., & Das, P. (2018). Association between unhygienic menstrual management practices and prevalence of lower reproductive tract infections: A hospital-based cross-sectional study in Odisha, India. *BMC Infectious Diseases*, 18, 473. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3384-2>
 33. Tunnell, K. D. (2014). Historical Book Review | Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance. *Journal of Qualitative Criminal Justice & Criminology*, 2-10. <https://doi.org/10.21428/88de04a1.0cbb4a84>
 34. UNESCO. (2014). *Puberty Education & Menstrual Hygiene Management*.
 35. UNFPA. (2022). UNFPA. La santé menstruelle, au cœur des droits humains. *equipop_etude_brochure_14.06.22_for_client*.
 36. UNICEF. (2018). *Etude sur la gestion de l'hygiène menstruelle dans deux zones d'intervention du programme National école et village assainis et dans une zone d'urgence en République Démocratique du Congo: Pratiques perceptions et barrières Rapport Final Etude GHM Haut Katanga RDC 2018.pdf* (p. 1144). <https://www.unicef.org/drcongo/sites/unicef.org.drcongo/files/2019-01/Rapport%20Final%20Etude%20GHM%20Haut%20Katanga%20RDC%202018.pdf>

37. Van Hout, M. C., & Mhlanga-Gunda, R. (2018). Contemporary women prisoners health experiences, unique prison health care needs and health care outcomes in sub Saharan Africa : A scoping review of extant literature. *BMC International Health and Human Rights*, 18(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0170-6>
38. Weaver, S., Jensvold, Z., & Fiori, M. (2021). Expanding Health Equity in Wisconsin Prisons and Jails through Access to Menstrual Products. *Journal of Science Policy & Governance*, 18(04). <https://doi.org/10.38126/JSPG180416>