



**HAL**  
open science

# Les difficultés d'accès au condom au Burkina Faso: les jeunes ouagalais au carrefour de conceptions populaires et modernes de la sexualité

Emmanuel Cohen, Florence Ouattara, Gilles Boëtsch, Marie-Thérèse  
Arcens-Somé

► **To cite this version:**

Emmanuel Cohen, Florence Ouattara, Gilles Boëtsch, Marie-Thérèse Arcens-Somé. Les difficultés d'accès au condom au Burkina Faso: les jeunes ouagalais au carrefour de conceptions populaires et modernes de la sexualité. *Wiire: Revue scientifique de Langues, Lettres, Arts et Sciences humaines*, 2020. hal-03251732

**HAL Id: hal-03251732**

**<https://hal.science/hal-03251732>**

Submitted on 11 Dec 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Genre et inégalité d'accès au préservatif chez les jeunes de Ouagadougou (Burkina Faso) entre 2006 et 2016.**

## **Gender and unequal access to the condom among young people in Ouagadougou (Burkina Faso) entre 2006 et 2016.**

Emmanuel Cohen, Florence Ouattara, Gilles Boëtsch, Marie-Thérèse Arcens-Somé.

**Résumé :** Les études en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) focalisent sur les jeunes Africain•e•s, tranche d'âge exposée aux grossesses non-désirées et au VIH-SIDA, à l'instar des jeunes de Ouagadougou, au Burkina Faso. Ils/elles se détachent du réseau familial pour s'ouvrir à une sexualité pré-nuptiale stigmatisée par les aînés, sans réel encadrement officiel et par conséquent à risque. Une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de jeunes ouagalais•es a été réalisée (en 2006 et 2016) pour évaluer les écueils quotidiens et leur évolution intervenant dans leur accession au préservatif. Sur 10 ans, la volonté d'utiliser le préservatif autant que son usage augmentent chez les jeunes. Les jeunes paupérisé•e•s ont surtout des difficultés économiques à accéder aux préservatifs de qualité – ne craquant pas – dans les officines, tandis que les filles sont stigmatisées par le boutiquier du quartier – seul interlocuteur régulier en matière de SSR pour cette jeunesse marginalisée.

**Abstract:** Studies in Sexual and Reproductive Health (SRH) largely include young Africans, age group exposed to unwanted pregnancies and HIV-AIDS, as the youth living at Ouagadougou, Burkina Faso. Young people has begun to detach from the family network to open oneself to a premarital sexuality stigmatized by seniors, without real official frame and therefore at risk. Hence, a qualitative study by semi-structured interviews among young Ouagalais was conducted (in 2006 and 2016) to assess the daily barriers and their evolution involved in their accessibility to the condom. On a 10 years interval, the willing to use condom as well as its effective practice have increased. Poorer young people have especially economic difficulties in accessing of quality condoms – which do not crack – in pharmacies, while girls are stigmatized by the shopkeeper neighborhood – only regular interlocutor in SRH for this marginalized youth.

**Mots clés :** jeunes, genre, préservatif, santé sexuelle et reproductive, Burkina Faso

**Keywords:** youth, gender, condom, Sexual and Reproductive Health, Burkina Faso

## Introduction

Les travaux réalisés en Afrique subsaharienne sur le rôle des facteurs sociaux dans la fréquence des grossesses non-désirées sont nombreux (Bankole *et al.*, 2013; Baxerres *et al.*, 2018). Le faible niveau de connaissance des profanes sur la prévention de ces grossesses, le manque de sensibilisation des familles et l'insuffisance des structures sanitaires pouvant répondre aux besoins réels des populations en matière de santé sexuelle et reproductive (Biddlecom *et al.*, 2008, 5) constituent autant de facteurs socioculturels et politico-économiques considérés par les différentes structures de santé publique comme des déterminants au développement des grossesses non-désirées (Vidal, 2004; 39-40; Desclaux, 2003). Cet article présente une enquête socio-anthropologique conduite en 2006 et 2016 auprès de jeunes burkinabés vivant à Ouagadougou, portant sur les écueils socioéconomiques et psychoculturels que peuvent rencontrer ces derniers dans l'accès au préservatif afin de protéger leur santé sexuelle et reproductive.

### *La santé sexuelle et reproductive des jeunes Africains*

Le passage d'un mode de vie villageois à un mode de vie urbain reconfigure les structures familiales de nombreuses sociétés africaines. Comme l'avance Abdou Salam Fall (2007), avec la transition des modes de vie, l'autorité des parents tombe en désuétude en même temps que l'encadrement rigide des jeunes pour le mariage. Ces derniers, en apprenant à remettre en question l'autorité des parents dans le choix du conjoint, s'ouvrent à une conception de la vie matrimoniale qui n'est plus en phase avec celle de leurs aînés. Précisément, la vie en ville donne un espace de liberté aux jeunes leur permettant de s'ouvrir à une vie sexuelle hédoniste et affective moins régie par la collectivité (Thiriart, 1999; Cohen *et al.*, 2018), le contrat de mariage et le « devoir sacré » de reproduction, notamment chez les filles (Taverne, 1999, 513). De plus, la précarité socioéconomique agissante dans de multiples grandes villes ouest-africaines comme Dakar cache de multiples stratégies sexuelles – féminines notamment – pour gagner en autonomie sur un plan financier selon Fouquet (2011). En échange d'un soutien financier d'une durée plus ou moins longue (Tabet, 2012, 42), certaines jeunes femmes africaines ont des relations sexuelles brèves et/ou informelles – sans projet d'union – avec des hommes souvent d'un statut économique respectable pouvant « offrir des biens convoités et valorisés » (Yakam, 2009, 24).

Cette restructuration du système matrimonial, particulièrement intense dans les villes, comme la diminution du rôle des adultes, le recul de l'âge au mariage, la monétarisation des relations sexuelles et la recherche d'hédonisme (Delaunay & Guillaume, 2007), a ainsi des conséquences négatives sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes (Fall, 2007). A ceci s'ajoute le fait que les couches sociales défavorisées, surreprésentées, ont un accès limité au système de santé (prévention, éducation à la santé, traitements) (Bankole *et al.*, 2013, 5), particulièrement les jeunes fortement touchés par le chômage (Amouzou, 2009, 13-14). De plus, ces derniers ont le plus besoin d'informations en matière de santé, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive (Kulczycki, 2018; Rwenge, 2013). Les politiques publiques mobilisent une notion comme la santé sexuelle et reproductive car la situation sociale que vivent les jeunes les expose aux grossesses non-désirées (Mouftaou & Attemba, 2011), sans oublier les infections sexuellement transmissibles comme le VIH-SIDA avec des prévalences plus élevées que dans les zones rurales (Kharsany & Karim, 2016).

Ainsi, les politiques publiques africaines ont pour objectif d'améliorer la santé sexuelle et reproductive de cette jeunesse vulnérable sur un plan social et économique. Ceci se cristallise autour du développement d'une structure socio-sanitaire spécifique censée prendre à bras le corps ce double enjeu de santé publique : le planning familial (Adeniyi *et al.*, 2018). Néanmoins, l'instauration d'une telle structure sur le continent africain ne se fait pas sans heurts, car ne correspondant pas nécessairement aux conceptions locales qu'adoptent les

populations en matière de sexualité valorisant la fécondité durant le mariage (Cleland *et al.*, 2011). Ainsi, des méthodes de planification « adaptées » pour la jeunesse, à travers la promotion du condom ou de la pilule, butent sur ces conceptions locales de la sexualité, largement portées par les aînés, précisément vis-à-vis de la sexualité pré-nuptiale des jeunes filles, jusqu'à engendrer des antagonismes entre politiques de santé et populations locales (Fassin, 1999; Bationo, 2012).

### ***Le cas du Burkina Faso***

Ces enjeux socioculturels et politico-économiques autour de la santé sexuelle et reproductive en Afrique Subsaharienne ont une ampleur importante au Burkina Faso.

Les données sur la contraception pour prévenir les grossesses non-désirées dans ce pays retiennent particulièrement l'attention. Guiella et Woog (2006) ont montré que plus de 20% des jeunes filles entre [15-19] enceintes affirmaient que leur grossesse était non-désirée. Au Burkina Faso, avec la transition rapide d'un mode de vie rural villageois collectiviste à un mode de vie urbain plus individualiste (Marie, 2008, 7-8), plus de la moitié des jeunes de [15-24], majoritairement des urbains, ans ont eu des rapports sexuels avant le mariage (Guiella & Woog, 2006; Guiella, 2004). Cependant, de cette évolution rapide des mœurs sexuelles des jeunes ne découle pas nécessairement des cadres institutionnels d'apprentissage de la sexualité, amenant ceux et celles-ci à se construire par eux-mêmes de manière informelle des modèles de comportement influencés par les pairs (Hilaire, 2014). En 2010, un quart des jeunes femmes urbaines de [15-24] ans avaient une sexualité avant le mariage, alors qu'elles ont jusqu'à aujourd'hui un faible accès au système de prévention, leur sexualité restant fortement réprimée par la société, notamment par les aînés comme les prestataires de santé (Bankole *et al.*, 2013, 28). En 2016, une étude montrait une évolution dans le comportement sexuel des jeunes de [15-24] ans au Burkina Faso (Bobo-Dioulasso) : une fréquence des rapports sexuels précoces plus élevée et un rajeunissement de l'âge médian au premier rapport sexuel chez les jeunes non-scolarisés (Adohinzin *et al.*, 2016). La même équipe de chercheurs a de plus montré que seulement 49% de ces jeunes avaient déclaré utiliser le condom dans tous leurs rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et une proportion similaire déclarait être capable de l'utiliser durant leurs relations, avec une nette surreprésentation de garçons (68% contre 38% chez les filles) (Adohinzin *et al.*, 2017).

De plus, le pays présentait l'une des prévalences du VIH-SIDA les plus élevées de l'Afrique de l'Ouest il y a une décennie (Kharsany & Karim, 2016), et la 16<sup>ème</sup> session ordinaire du Comité national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLSIST) qui s'est tenue le 14 juillet 2017 à Ouagadougou a montré que le Burkina Faso est à la 3<sup>ème</sup> position en Afrique de l'Ouest. Les derniers chiffres sur le VIH-SIDA montrent une prévalence entre 0,8% et 0,9% de personnes infectées entre 2014 et 2016, ce qui fait environ 77 648 à 82 837 de personnes concernées, dont 57 976 sont des femmes en 2016 avec 69% sous traitement antirétroviral. La prévalence est plus élevée en milieu urbain. Pour autant, au-delà du classement par pays, la prévalence du VIH-SIDA est en baisse depuis 2010 selon les données ONUSIDA de 2019, même si les travaux récents conduits par Méda *et al.* (2017) avancent que le VIH-SIDA et les infections sexuellement transmissibles chez les jeunes restent une priorité de santé publique. En effet, le rapport de l'ONUSIDA (2012) va dans ce sens. Les connaissances des jeunes burkinabè de [15-24] ans en matière de prévention du VIH-SIDA seraient peu approfondies car seulement un tiers d'entre eux présentent des bases solides sur les moyens concrets d'éviter l'infection. Selon ce même rapport de l'ONUSIDA, le pourcentage de femmes et d'hommes de [15-49] ans ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu leurs résultats est l'un des plus faibles d'Afrique, notamment chez les hommes.

Au Burkina Faso, l'accessibilité à la contraception chez les jeunes, mais aussi à la prévention du VIH-SIDA, est une priorité de santé publique. Les écueils intervenant dans la gestion de leur santé sexuelle et reproductive doivent être identifiés au sein d'une population dont environ 50% a moins de 16 ans. Dans une perspective socio-anthropologique, nous allons identifier les différentes contraintes socioéconomiques et psychoculturelles qui les freinent voire les empêchent d'accéder au condom en menant une enquête qualitative auprès des jeunes ouagalais•es non usagers officiellement des plannings familiaux.

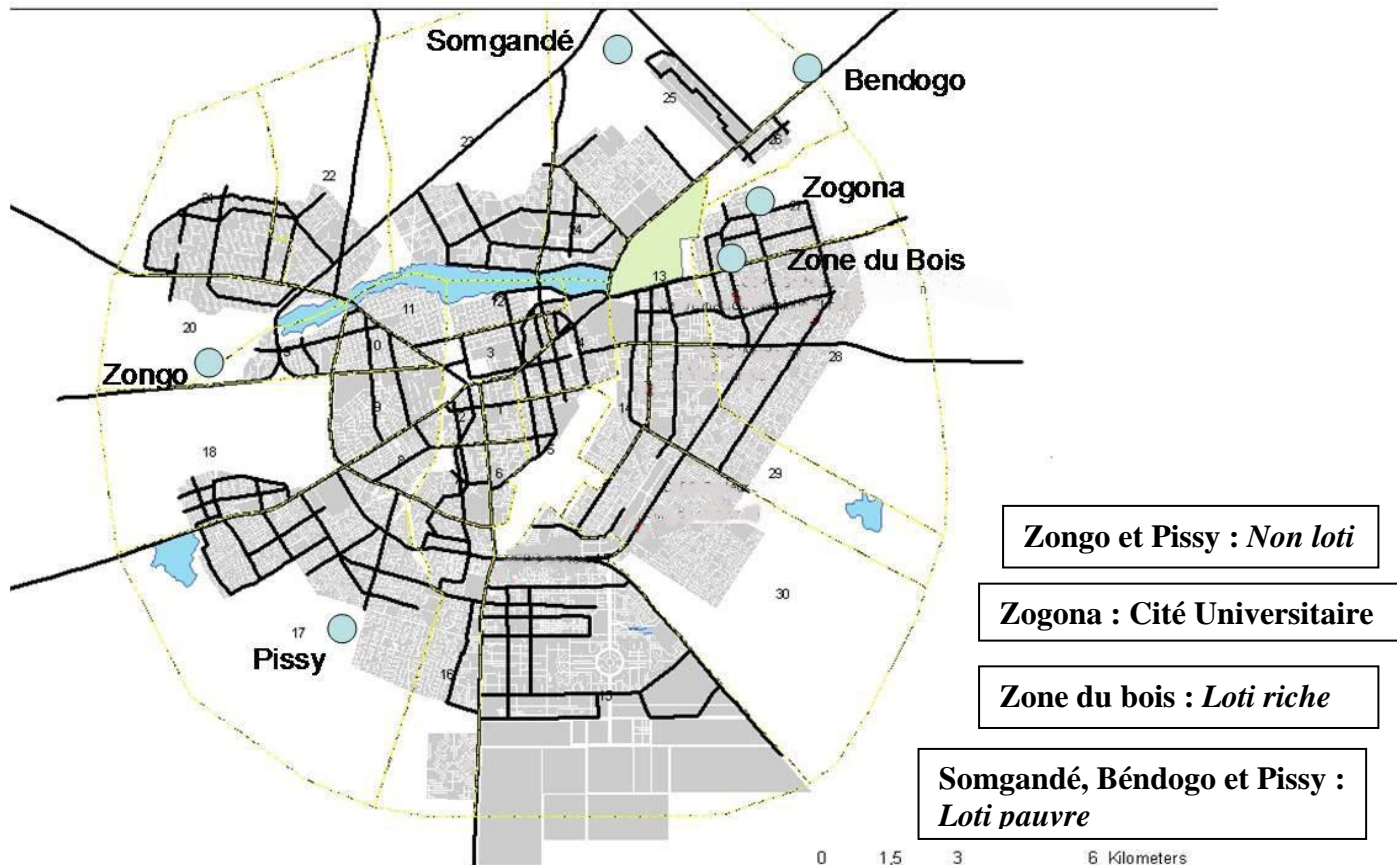
## **1. Méthodologie**

### **1.1. Stratégie d'enquête**

Nous avons utilisé l'entretien individuel semi-directif car nous voulions traiter de dimensions, comme la sexualité pré-nuptiale des jeunes, potentiellement masquée, entourée de silences en société. Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un dictaphone dans des environnements familiers des jeunes (dans leur cour de maison sans les parents, chez des amis ou dans les chambres de résidences universitaires) et – quand c'était nécessaire – en *Moré* et en *Dioula*, les langues vernaculaires principales, pour améliorer la qualité des échanges. Un guide d'entretien malléable, pour favoriser une expression relative des jeunes, a permis d'aiguiller nos échanges avec ceux et celles-ci, comprenant les thématiques principales suivantes : 1) l'utilisation et l'achat de préservatifs masculins, 2) un accès différentiel au condom entre sexes, 3) les relations garçons-filles autour du préservatif. Nous nous sommes uniquement penchés sur le préservatif masculin, méthode protégeant à la fois d'une grossesse non-désirée et des infections sexuellement transmissibles, car le préservatif féminin a un usage moins fréquent sur le continent africain (Peters *et al.*, 2014).

### **1.2. Echantillonnage**

Deux enquêtes en 2006 et 2016 ont été réalisées comprenant chacune 4 échantillons d'un sex-ratio équilibré de 10 jeunes chacun appartenant à la tranche d'âge [15-20] ans, pour avoir une approche comparative sur 10 ans d'intervalle. Sur la base d'un guide d'entretien similaire entre 2006 et 2016, 5 entretiens semi-directifs par sexe au sein de chaque échantillon nous a permis d'atteindre une saturation des données (80 entretiens en tout, 40 par année) et ainsi avoir une représentation exhaustive des différentes contraintes socioéconomiques et psychoculturelles qui peuvent freiner les jeunes ouagalais•es, voire les empêcher, d'accéder au condom. Le critère d'inclusion permettant d'établir les 4 échantillons fut le lieu d'habitation car Ouagadougou présente des disparités criantes en matière de logement (Vallée *et al.*, 2006). Il rend compte simultanément de plusieurs dimensions pouvant influencer le comportement des jeunes vis-à-vis de leur santé sexuelle et reproductive : le niveau socioéconomique (i), le milieu culturel et éducatif (ii) et l'éloignement géographique (iii). Ces habitations sont : le *non loti*, le *loti pauvre*, le *loti riche* et la résidence universitaire (Figure 1). Le *non loti* (quartiers de Zongo, Pissy) correspond à la couche sociale la plus pauvre de la ville, les habitants vivants dans ce qu'on appelle « ville irrégulière » se situant à la périphérie de Ouagadougou. Les logements sont en terre, disposés de manières tout à fait anarchiques, ne sont pas électrifiés et dépourvus d'eau courante. Ensuite se distinguent le *loti pauvre* (quartiers de Bénédogo, Somgandé, Pissy) et le *loti riche* (quartiers de Zone du bois), et enfin les étudiants de résidence universitaire (quartiers de Zogona) étant issus de milieux sociaux très hétérogènes de régions diverses du pays.



**Figure 1.** Zones d'enquête

### 1.3. Analyse des entretiens

Les entretiens ont été traduits en français lorsque c'était nécessaire et retranscrits. L'analyse des retranscriptions a été réalisée à travers une approche inductive sans pré-identification/catégorisation des potentiels écueils intervenant dans l'accès au condom. La méthode de regroupement thématique basée sur une lecture exhaustive des transcriptions a été effectuée pour identifier les principaux sous-thèmes émergents des trois thèmes initiaux issus du guide d'entretien soumis aux enquêtés (Gibbs, 2018, 54). Après avoir globalement identifié ces principaux sous-thèmes, organisés sous forme d'un plan d'analyse des données issues des retranscriptions, nous avons utilisé la méthode de comparaison systématique pour résumer les informations principales relatives à chaque sous-thème initial, de plus en plus affiné à mesure que la comparaison systématique avançait (Glaser & Strauss, 2017, 102). Thèmes et sous-thèmes ont été organisés de façon à créer un plan de présentation cohérent des résultats. Tous les résultats ont été présentés par les citations les plus pertinentes du discours des participants.

### 1.4. Ethique

Tous les participants ont donné leur consentement oral éclairé avant de participer à l'étude. L'étude a été menée conformément aux principes de la Déclaration d'Helsinki (2013) et a reçu l'approbation éthique du Comité Ethique du Ministère de la Santé du Burkina Faso (N°06-00756).

## 2. Le rapport au condom

La quasi-totalité des garçons confient avoir déjà eu des relations sexuelles. Pour les jeunes filles, environ la moitié l'ont affirmé en 2006 et seulement un tiers en 2016, même si le fait que la sexualité pré-nuptiale ne soit pas socialement reconnue par les aînés laisse envisager qu'il y en ait plus.

**2.1. Son usage.** En 2006, pour les individus du *non loti*, il est ressorti que plus de la moitié des jeunes sexuellement actifs et actives déclaraient utiliser le condom.

*Issouf* : « *J'ai toujours utilisé ça, pour mon avenir* ».

*Awa* : « *Je me suis toujours protégée avec le condom* ».

Néanmoins, dire que l'on se protège ne signifie pas que ce soit à chaque rapport. Au sein de ce groupe de 2006, certains garçons affirmaient ne pas l'utiliser régulièrement, notamment lorsqu'ils étaient dans une relation durable.

*Nihany* : « *Non, je ne me protège pas, parce que c'est moins doux, j'ai confiance avec la fille, je couche avec la même. Elle sait quand il ne faut pas faire, c'est quand y'a le sang* ».

Ces extraits montrent qu'il y a un manque d'information important en santé sexuelle et reproductive chez ces jeunes du *non loti* en 2006, probablement dû à leur faible niveau de scolarisation. Ils et elles décidaient, certes, d'abandonner le condom lors de relations s'inscrivant dans la durée mais sans aucune rigueur. Aucun·e d'entre eux et d'entre elles n'avait fait le test du VIH-SIDA et il n'y avait pas de communication entre le garçon et la fille sur cette question et celle de la contraception. Aucun garçon ne pouvait affirmer clairement le type de méthodes contraceptives utilisé par son amie. Ils s'impliquaient peu dans la prévention d'une grossesse non-désirée.

*Dramane* : « *Je ne me protège pas tout le temps avec ma copine. Je ne sais pas ce qu'elle fait pour ne pas tomber enceinte, elle doit prendre des médicaments, elle ne me dit pas* ».

Globalement, l'utilisation régulière du condom dans le cadre de la relation n'allait pas de soi, une sorte de pesanteur sociale sur l'affirmation de son usage se faisait sentir. Ces pratiques sexuelles pré-nuptiales avec ou sans usage du condom font en effet contraste avec la réalité des jeunes dans les traditions villageoises de l'ethnie moaga, majoritaire au Burkina Faso, où le cadre rigide à l'intérieur duquel évoluait le jeune dans la tradition moaga, particulièrement les jeunes filles, dissuadait de toute sexualité hors mariage et prévenait largement les grossesses non-désirées, « péché mortel » pour ces dernières (Ouattara *et al.*, 2009).

Concernant les jeunes enquêtés en 2016, plus de la moitié, tous sexes confondus, de ceux et celles ayant des relations sexuelles utilisent systématiquement le préservatif masculin. Certain·e·s utilisent d'autres types de contraceptifs mais ils et elles sont tou·te·s conscient·e·s du risque qu'ils et elles courent en ayant des rapports sans condom. Garçons et filles ont une bonne connaissance des différentes formes de contraception, et dès leur jeune âge nombreux sont les partenaires qui échangent déjà dans le cadre de leur relation sur ces moyens de protection. Nous sommes en face de jeunes qui veulent non seulement se protéger mais aussi protéger leur partenaire. Ceux et celles ayant plusieurs partenaires sexuels affirment utiliser très régulièrement le condom.

*Sayouba* : « *J'utilise toujours le préservatif lors des relations. Parce que je trouve que c'est le moyen le plus sûr pour ne pas que ma petite amie tombe enceinte (un temps de silence) ; en cas de grossesse suite à une relation non protégée, je ne suis pas prêt à assumer cette grossesse* ».

Les jeunes filles et garçons de ces quartiers, bien que très pauvres, sont informé·e·s sur les avantages de l'usage des moyens de contraception dans leurs relations intimes. Dans cette continuité, il est ressorti de manière générale que les jeunes issus du *loti pauvre* se protègent

régulièrement durant leurs rapports sexuels avec le préservatif, et ceci indistinctement entre 2006 et 2016, à l'instar des observations d'une étude récente conduite auprès de jeunes bobolais•es (Adohinzin *et al.*, 2017). Cette tendance est aussi observée sur la même période chez les jeunes issus du *loti riche* et de la *résidence universitaire*. Ceci marque une rupture avec les travaux de Guiella du début des années 2000 (Guiella, 2004; Guiella & Woog, 2006) au Burkina Faso stipulant que 55% des filles et 50% des garçons de [12-19] ans déclaraient avoir utilisé une méthode contraceptive lors de leur dernier rapport sexuel. De plus, un tiers des garçons et plus de la moitié des filles âgés de [15-19] ans affirmaient ne pas avoir utilisé de condom lors de leurs premiers rapports sexuels.

**2.2. L'abstinence.** Hormis toutes ces disparités entre les groupes sur la fréquence d'usage du condom, on remarque des traits communs propres aux quatre groupes. Le premier est la valorisation féminine – même marginale – de l'abstinence, particulièrement en 2006.

*Ami (loti pauvre, 2006) : « Jamais fait (le sexe). J'attends l'homme qui va me marier. J'ai des copines qui ont des relations, mais je trouve que ce n'est pas bien de le faire avant d'être mariée, surtout pour une fille ».*

Même si le tabou de la sexualité avant le mariage pour une fille n'est pas clairement toujours mentionné, il pèse sur plusieurs filles appartenant indistinctement aux quatre groupes. En 2016, la majorité des jeunes affirment avoir déjà eu des relations sexuelles, mais dans les quartiers les plus pauvres (comme Zongo), des jeunes filles ont prétendu être vierges. Les entretiens nous montrant que l'affirmation univoque d'une sexualité pré-nuptiale par toutes les jeunes filles n'a pas cours, on est ici face à la persistance de stratégies d'évitement multiples que mobilisent ces dernières, entre les mensonges et une réelle pratique d'abstinence – et dans certains cas extrêmes l'infanticide, une stratégie désespérée relatée par une enquêtée un peu plus loin (Delaunay, 2009) – pour faire face à leur sexualité dans une société où la sexualité pré-nuptiale n'est pas socialement acceptée, notamment par les aînés.

*Rachel (loti pauvre, 2016) : « Non, je n'ai pas de relations sexuelles. Mes parents savent que je n'ai pas de copain et que je suis trop jeune pour les relations sexuelles ».*

La honte était le moyen de pression sociale mobilisé par le groupe pour freiner les attitudes des jeunes jugées délictueuses en matière de sexualité (Guiella, 2004), en faisant l'apologie du choix moral de l'abstinence. Si globalement cette pression du groupe s'atténue progressivement, les canevas modernes censés prendre le relais à travers l'établissement et l'encadrement officiels d'une sexualité des jeunes, par la sensibilisation et la contraception notamment, n'a pas de reconnaissance officielle par les aînés.

**2.3. Les formes et niveaux de sensibilisation.** Un deuxième trait commun entre les quatre groupes s'exprime entre 2006 et 2016, il s'agit du niveau élevé de sensibilisation vis-à-vis de l'usage du condom. Pourtant les précédents travaux de Guiella (Guiella, 2004; Guiella & Woog, 2006) tendaient à identifier le manque de connaissance des jeunes comme un obstacle à la contraception. Il constatait que plus de 50% des jeunes ne connaissent pas de source d'approvisionnement de méthodes contraceptives. Même s'il est évident que l'usage systématique du condom n'est pas observé par l'ensemble des jeunes filles et garçons, leur posture générale atteste d'une sensibilisation croissante sur ce sujet. En effet, à l'instar d'une étude de Ouedraogo *et al.*, (2006), les jeunes ouagalais•es enquêtés•es déclarent utiliser fréquemment le condom, et de façon plus marquée en 2016.

*Adjara (étudiante, 2016) : « Lors de nos relations, les préservatifs sont toujours utilisés. Parce qu'ils protègent contre les grossesses non-désirées ».*

Les stratégies développées par les organisations non-gouvernementales et le gouvernement, à travers l'école notamment, pour sensibiliser le maximum de jeunes sur les grossesses non-désirées et le VIH-SIDA ont eu un effet, attesté par de nombreux jeunes durant les entretiens.



Ainsi, contrairement aux auteurs précédents constatant que près de la moitié des jeunes font l'amalgame entre ovulation et menstruation, sur l'ensemble des jeunes entre 2006 et 2016, peu d'entre eux (les filles n'étant pas concernées) ont fait cette erreur. Et ceci peut s'élargir à l'ensemble des aspects de la vie sexuelle, créditant cette volonté d'intégrer chez nombre de jeunes filles et garçons les grands principes de la sensibilisation en matière de santé sexuelle et reproductive. Selon UNICEF (2011), les jeunes africain•e•s instruits sont susceptibles de mobiliser des connaissances et d'adopter des attitudes qui leur permettent de résister aux pressions et d'être responsables vis-à-vis de leur santé sexuelle et reproductive.

*Issa (non loti, 2006) : « C'est la moindre des choses, ce n'est pas de l'amusement le sida ».*

Cependant, si tous les jeunes sont sensibilisé•e•s sur les conséquences d'un rapport sexuel occasionnel non-protégé, ils et elles ne le sont pas toujours sur les mêmes conséquences car l'objectif perçu du port du condom varie selon le sexe. Pour les jeunes hommes, le message retenu de la sensibilisation se cristallise surtout sur la prévention de l'infection à VIH car ils parlent en premier lieu des conséquences qu'un rapport occasionnel non-protégé peut avoir sur leur santé personnelle.

*Hervé (étudiant, 2016) : « Quand je couche avec des filles, j'utilise le préservatif deih (exclamation) ! Ma sœur y a sida là, tu ne connais pas (sourires) ? ».*

Pour les jeunes filles, les discours se cristallisent surtout sur la crainte de tomber enceinte, même si le VIH-SIDA reste une inquiétude.

*Yacine (loti riche, 2006) : « Il peut dire que ce n'est pas pour lui, laisser la fille seule avec ça ».*

**2.4. Des condoms accessibles mais de mauvaise qualité.** Etant tous pauvres, la grande majorité des jeunes du *non loti* entre 2006 et 2016 allaient acheter les condoms dans les petites alimentations de quartier, nommées communément « boutique », où les 4 préservatifs coûtent environ 50 FCFA<sup>1</sup> en 2006 et 75 FCFA en 2016, des prix accessibles pour cette frange de la population. En pharmacie, où la qualité des condoms est perçue comme meilleure, le prix moyen est de 700 FCFA les quatre en 2006 et 900 FCFA en 2016. Un prix autrement dit inabordable pour cette population qui éprouve parfois des difficultés à acheter un plat de rue à 100 FCFA.

*Francis (2006) : « A la boutique le plus souvent, la pharmacie c'est trop cher ».*

Même si entre 2006 et 2016, la majorité des jeunes du *loti pauvre* fréquentent aussi la boutique pour des raisons financières, leur proportion allant à la pharmacie est plus élevée que celle du *non loti*, signifiant que le revenu de ces individus leur permet parfois, mais pas de façon régulière, d'acheter des condoms plus chers et de meilleure qualité.

*Evariste (2006) : « Je vais en pharmacie. Je paye ça, mais si je n'ai pas beaucoup de sous, je vais à la boutique ».*

Le revenu moyen des jeunes des *quartiers riches* étant plus élevé, ils achètent en grande majorité leurs condoms en pharmacie et la proportion est encore plus élevée en 2016.

*Rosemonde (2006) : « A la pharmacie, c'est mieux conservé qu'à la boutique. Ceux qui sont pauvres vont à la boutique ».*

*Adeline (2016) : « Je vais en pharmacie et achète un préservatif au même titre que si je venais acheter des médicaments ».*

Néanmoins, il ressort que les revenus de jeunes issus de *résidence universitaire* ne leur permettent pas d'accéder aux produits des pharmacies. Certes la proportion d'acheteurs à la pharmacie est non négligeable mais pas significative. Comme ces étudiants sont indépendants,

---

<sup>1</sup> 100FCFA : 0.15 euros.

puisque résidant en cité universitaire, le soutien financier de la famille est peut-être plus réduit et les dépenses personnelles plus importantes.

*Kassim (2006) : « Ici au campus, les étudiants vont plus à la boutique, c'est moins cher et à proximité ».*

*Hervé (2016) : « Quand je vais acheter un préservatif, je vais chez le boutiquier de la cité. C'est mon ami. Avec lui je peux acheter et si j'ai pas l'argent, il me donne et je lui remets l'argent après ».*

Ouedraogo *et al.* (2006) observaient que peu de jeunes connaissent plusieurs méthodes de contraception, ce qui se confirme dans notre étude surtout pour les garçons issus du **non loti** et du **loti pauvre**. Les jeunes issus du **loti riche** sont en effet doublement avantageés vis-à-vis de la gestion de leur santé sexuelle et reproductive. Ils et elles ont davantage accès aux connaissances que ceux et celles des deux autres milieux, et ils et elles ont les ressources financières pour se procurer plus régulièrement des condoms apparemment « différents », c'est-à-dire de meilleure qualité, contrairement aux autres jeunes – autant d'inégalités économiques et géographiques de santé constituant un enjeu manifestement essentiel à Ouagadougou pour se préserver pleinement du VIH-SIDA et des grossesses non-désirées (Haddad *et al.*, 2004).

Ainsi, tous les jeunes de nos quatre groupes entre 2006 et 2016, **sans aucune exception**, s'accordent à dire que les préservatifs de la boutique sont de mauvaise qualité. La mauvaise conservation du condom en boutique est l'explication majoritaire mise en avant par les jeunes, pouvant conduire à de mauvaises expériences d'éclatement du préservatif durant des rapports sexuels.

*Bibata (loti pauvre, 2006) : « Des fois, à la boutique, ce n'est pas bon, c'est périmé, ça peut durer là-bas. Il n'y a pas de ventilateur, de climatiseur, c'est une mauvaise condition. [...] C'est déjà arrivé que ça craque ».*

*Arnaud (loti riche, 2006) : « Rien qu'hier, j'ai fait et ça a pété. [...] J'ai continué... ».*

*Virginie (non loti, 2016) : « Je pars en pharmacie car c'est mieux conservé ».*

*Omar (étudiant, 2016) : « Je vais aller en pharmacie. Parce que là-bas je me dis qu'il est mieux conservé que chez le boutiquier ».*

Même à contrecœur, la boutique est pour la majorité des jeunes le lieu préférentiel d'achat du condom. Ceci s'explique pour quatre raisons : (i) la faiblesse du coût, (ii) l'accessibilité géographique à toute heure, (iii) les arrangements financiers avec le boutiquier, (iv) une certaine familiarité avec celui-ci que nous développerons davantage dans la prochaine section. Néanmoins, puisque les jeunes pensent que les condoms de la boutique sont « dangereux », si leur source de revenu le leur permet, ils et elles sont nombreux – surtout les filles – ceux et celles qui se dirigeront vers la pharmacie.

### **3. Un accès différentiel entre les sexes**

Un trait qui est ressorti au cours de notre enquête est l'accès différentiel des garçons et des filles au condom entre 2006 et 2016. Evidemment, les malaises autour de la sexualité hors mariage touche les deux sexes, garçons et filles se sentent gênés d'exprimer leur besoin de condom à la boutique, mais pas avec la même intensité, comme nous allons le voir.

**3.1. Les stratégies d'évitement pour gérer la honte.** Au départ, la pression sociale s'exerce sur l'ensemble de la jeunesse. Les jeunes le disent bien souvent : « C'est la mentalité africaine ». Ils et elles ont peur du jugement du boutiquier, mais aussi des autres clients et individus à proximité d'eux, dans la boutique. Ils et elles mobilisent alors des stratégies d'évitement pour arriver à supporter cette pression sociale (Tableau 1).

**Tableau 1.** Stratégies d'achat du condom en boutique identifiées entre 2006 et 2016

Types de stratégie	Citation d'entretien illustrative
Choisir des boutiques éloignées de son quartier pour conserver son anonymat : ne pas être reconnu par une connaissance ou un membre de la famille.	<i>Julien (non loti) : Ils ont peur que tout le monde sache, ils ne veulent pas qu'on les reconnaisse. D'autres vont dans des boutiques plus loin de leur quartier pour éviter les voisins ou la famille.</i>
Changer régulièrement de boutique pour ne pas être reconnu.	<i>Bibata (loti pauvre) : Je change de boutique à chaque fois que je pars acheter (un condom).</i>
Attendre d'être seul à seul avec le boutiquier pour éviter le regard d'autres clients.	<i>Lasso (loti pauvre) : Quand y'a du monde, j'attends, quand il n'y a plus que le boutiquier j'y vais. Il ne faut pas que les autres sachent, les gens du quartier te regardent. Un petit qui veut des préservatifs ce n'est pas bon.</i>
Attendre la fermeture de la boutique pour ne croiser personne.	<i>Adama (loti pauvre) : On peut attendre 23h juste avant que la boutique ferme.</i>
Ne pas utiliser le mot « condom » avec le boutiquier pour ne pas être surpris par des oreilles indiscretes aux alentours.	<i>Adama (loti pauvre) : Je suis arrivé, je me suis calmé un peu, j'ai attendu que les gens partent un peu, je me suis approché du boutiquier, je lui ai dit que je voulais des bonbons, il a su déjà, c'est un mot codé.</i>
Envoyer un ami qui n'a pas honte ou un « petit » du quartier pour éviter la besogne.	<i>Alphonse (étudiant) : On demande à un petit frère. Il obéit. Puis, comme il ne sait pas ce que c'est, il n'a pas conscience, et le boutiquier sait que c'est une commande d'un « grand ».</i>

Nous avons recueilli les propos d'une jeune fille, Bibata, qui tenait par-dessus tout à se protéger durant ses rapports sexuels. Elle s'est trouvée dans une situation assez complexe car son compagnon ne voulait pas aller acheter de condom. Elle a été alors dans l'obligation d'y aller elle-même. Seulement un jour elle est tombée enceinte, voici ses propos :

*Bibata (loti pauvre, 2006) : « Il ne voulait jamais y aller, je suis partie pour lui à chaque fois. Par accident, j'ai eu l'enfant, je n'en voulais pas. A cette époque mes parents traînaient à la boutique, je ne pouvais plus y aller... ».*

Cet entretien montre la situation fragile dans laquelle se trouvent les jeunes en 2006. Ils et elles développent des techniques d'approche, des stratégies d'adaptation mais il suffit qu'un élément perturbateur imprévu vienne s'insérer dans le champ et tout s'effondre. Ces écueils d'ordre socioculturels intervenant dans l'accès au préservatif sont aussi observés par Guiella (2004). A l'instar de différentes études incluant la nôtre, il parle d'un manque de communication entre les jeunes et les parents (Hien *et al.*, 2012), et du comportement réprobateur du vendeur de condom, voire même de certains prestataires de santé (Bationo, 2012). Néanmoins, les campagnes de sensibilisation auprès des jeunes sur 10 ans ont permis

de rendre moins tabou l'initiative de l'achat du condom chez les jeunes, ceux et celles-ci affirmant davantage que son usage est une nécessité pour leur santé.

*Sidonie (non loti, 2016) : « Une fille et un garçon peuvent avoir un préservatif sur eux, je pense que les filles qui achètent des préservatifs sont conscientes et prennent leurs précautions ».*

**3.2. Un accès au condom « genré » et inégalitaire.** L'ensemble des jeunes affirment que le comportement du boutiquier – et l'environnement de la boutique en général – est beaucoup plus stigmatisant que le comportement du pharmacien – et son espace de travail en général –, plus enclin à accéder à leur demande. Seuls les étudiant•e•s de la cité universitaire ne rencontrent pas ce type de problème avec le boutiquier. La boutique est installée à l'intérieur du campus et, selon les enquêté•e•s, son propriétaire se serait adapté aux perceptions et pratiques du milieu étudiantin. Ensuite, en approfondissant l'analyse, on observe sans équivoque que cette stigmatisation s'exerce davantage sur les jeunes filles – même si les garçons en souffrent aussi. En 2006, ce sont ces derniers, tout groupe confondu, à qui incombe très majoritairement la tâche de l'achat du condom au sein de leurs relations intimes, en boutique et même en pharmacie. L'explication évoquée par les deux sexes est la honte que ressentent les filles contrairement aux garçons.

*Safi (loti riche, 2006) : « Non, les garçons n'ont pas honte, ils sont courageux. Comme ce sont eux qui veulent, ils y vont sans gêne. Les filles aussi ont du désir mais elles ont honte ».*

*Dramane (non loti, 2006) : « La fille se gêne, elle ne va pas acheter ».*

En 2016, nous observons à travers les entretiens que cette stigmatisation exercée sur les filles lors de l'achat du condom persiste surtout dans les quartiers les plus pauvres, le *non loti* et le *loti pauvre*.

*Blandine (non loti, 2016) : « J'achète le préservatif, mais pas souvent parce que c'est réservé aux garçons ».*

*Justine (loti pauvre, 2016) : « Je n'achète pas souvent le préservatif c'est lui qui l'achète car c'est lui le responsable, l'homme »*

Ces derniers extraits d'entretien montrent que des représentations sociales prégnantes chez les jeunes laissent sous-entendre qu'un « trait psychologique féminin » empêche les filles d'aller solliciter un condom. Pourtant l'analyse poussée de leur discours montre que ce sont surtout des facteurs exogènes, des contraintes d'ordre socioculturel plus agissantes à l'égard des jeunes filles, qui entraînent leur si grande difficulté à accéder au condom par elles-mêmes.

*Adiaratou (étudiante, 2006) : « Cette gêne n'est pas naturelle chez les filles, c'est pour des raisons extérieures, le regard sur une fille change. Le vendeur va penser que c'est une djandjou [pute] et pour un garçon que c'est normal ».*

*Mahamadi (non loti, 2016) : « Une fille acheter à la boutique ? Waï [réaction de surprise] ça peut pas le boutiquier va dire qu'elle est une djandjou (rires) !!! ».*

Ainsi, pour les jeunes filles, même si le fait même d'aller chercher un condom constitue en soi une grosse difficulté, elles font du mieux qu'elles peuvent pour s'en procurer, et préférentiellement dans une pharmacie où elles seront moins stigmatisées vis à vis de leur sexualité – en plus de proposer des condoms de meilleure qualité.

*Mariam (loti pauvre, 2006) : « Parfois, je n'ai pas envie d'aller acheter (le condom), je ne suis pas d'humeur. Dans la pharmacie, il n'y a pas de remarque, ce sont dans les boutiques. Je ne pars jamais là-bas ».*

*Virginie (non loti, 2016) : « Je ne me gêne pas pour acheter un préservatif en pharmacie car ce n'est pas un sujet tabou de nos jours ».*

Il est intéressant de constater que les jeunes filles relatent moins que les garçons dans les quatre groupes cette barrière économique dans le fait d'acheter le condom en pharmacie. On

peut donc se demander si le prix du condom en pharmacie est un frein si important à son accès, notamment pour les jeunes garçons ne vivant pas dans le *non loti*, ou si certains d'entre eux préfèrent acheter le condom en boutique pour faire des économies. Le jeune qui s'exprime ci-dessous était relativement aisé, il portait des vêtements de marque, avait un beau téléphone et même une play-station portables. Pourtant, il ne voulait pas se procurer de condoms en pharmacie. A niveau de vie égal, peut-être que les garçons auraient moins envie que les filles d'investir dans ce type de condoms, la barrière culturelle n'étant pas un réel obstacle pour eux dans l'accès à ce type de contraceptif en boutique.

*Arnaud (loti riche, 2006): « Je ne vais pas à la pharmacie, c'est cher. Je préfère dépenser dans d'autres choses ».*

D'ailleurs, la cinquième stratégie d'évitement décrite dans le Tableau 1 concernant le « langage codé » entre le boutiquier et le jeune pour demander le condom concerne surtout les garçons que ce soit en 2006 ou 2016. Ceux-ci emploient des termes comme « bonbon » ou « paquet de chaussettes », en faisant un clin d'œil au boutiquier de connivence, lorsque ce dernier est aussi jeune.

*Awa (non loti, 2006) : « Pour le garçon, il ne va pas être critiqué. Y'a pas de problème, le vendeur et lui se connaissent ».*

*Nourdine (loti pauvre, 2016) : « Dès que j'arrive chez le boutiquier, je crie : « Eh boutiquier, donne-moi un **paquet de chaussettes** » ! C'est un code de langage entre nous pour parler de préservatif. Je m'y prends ainsi pour ne pas dire le nom devant tous ».*

Pour comprendre les enjeux qui sous-tendent la négociation et l'accession au condom, il semble nécessaire d'identifier les conceptions populaires qui façonnent les rôles de chaque sexe – en l'occurrence genrés et inégalitaires – dans la famille et la société (Bourdieu, 2002; Campbell & Gibbs, 2016, 30). Dans le cas présent, le discours des jeunes s'appuie de façon redondante sur des dispositions psychologiques « naturelles » qui conditionneraient le rôle des garçons et des filles dans la gestion de leur sexualité. Les garçons auraient *naturellement* moins peur de solliciter le condom, ils assumeraient davantage leur recherche de satisfaction sexuelle ; alors que les filles sentiraient *naturellement* une certaine gêne car la société estime que les femmes doivent ressentir moins de désir que les hommes. Ainsi, ces jeunes garçons – dans leur soif de désir légitime – auraient *naturellement* l'envie d'affronter la société vis-à-vis de la stigmatisation de la sexualité hors mariage, alors que les filles se soucieraient *naturellement* plus de ses conséquences à moyen terme comme la grossesse. On assiste donc à une *naturalisation du social* (Butler & Cervulle, 2006, 60) justifiant cette configuration des rapports sociaux de sexe vis-à-vis de la gestion de la santé sexuelle et reproductive et du désir sexuel.

#### **4. L'enjeu de la contraception dans le cadre relationnel**

Nous avons mis en évidence les interactions qui se tissent entre garçons et filles dans le cadre de la relation intime ; elles conditionnent, en effet, le comportement de ces derniers et dernières dans leur accès à la prévention de l'infection à VIH et des grossesses non-désirées.

**4.1. La contraception, sujet tabou dans la relation intime.** Le sujet de la sexualité est tellement entouré de silences en 2006 qu'il est difficile d'en converser dans l'intimité de la relation. Dans un contexte sociétal où la sexualité adolescente – surtout féminine – est marginalisée, comment arriver à exprimer son envie d'utiliser le condom autrement que de manière détournée ou suggérée ? Notamment pour certaines filles qui ont par conséquent des difficultés à imposer le condom, même si ce seront elles qui souffriront de la grossesse non-désirée ensuite, comme le montre la deuxième citation ci-dessous.

*Awa (non loti, 2006) : « Même pour dire à son copain qu'elle a envie, c'est un problème, c'est lui qui trouve le lieu, tout ça, il décide tout. Il n'y a pas de communication. S'il amène la capote, tant mieux, sinon, la fille ne dit souvent rien ».*

*Ami (non loti, 2006) : « Tu vois la fille à qui tu as parlé tout à l'heure, il y a un an, elle est tombée enceinte. Petit à petit ça se voyait. Tu t'imagines, elle n'est pas mariée, le mec l'a laissée. Elle est partie derrière le non loti et elle a jeté ça, mais quelqu'un du quartier l'a vue et elle est partie en prison, mais pas longtemps ».*

Beaucoup de jeunes filles intériorisent cette sur-stigmatisation en n'osant pas proposer à leur partenaire une sexualité avec préservatif lorsqu'elles la souhaitent : « *La suspicion d'infidélité qui accompagne la proposition du préservatif et le rapprochement qui en est fait avec la prostitution, associé à la subordination générale des femmes devant les hommes, interdisent presque totalement à ces dernières l'initiative d'en proposer l'usage* » (Taverne, 1999, 521). Du coup, avec ces schémas intériorisés, la jeune fille refuse de revendiquer clairement l'usage du condom pour ne pas être stigmatisée, une stratégie malheureusement contre-productive car l'exposant à une grossesse hors mariage non-désirée signe de sa « mort sociale ». Si l'on ne peut assumer une sexualité hors-mariage, comment assumer une grossesse hors-mariage ? La honte de pratiquer une sexualité pré-nuptiale avec préservatif conduit à la honte de la grossesse non-désirée pour la jeune fille (Ouedraogo *et al.*, 2006), sauf pour celles qui arrivent à s'imposer l'abstinence malgré les sollicitations récurrentes des jeunes garçons.

*Elisabeth (loti pauvre, 2006) : « C'est la honte, certaines préfèrent faire sans capotes, c'est plus simple, plutôt que de lui demander d'acheter ».*

Cependant, en 2016, la situation s'est améliorée au vu des entretiens, les jeunes parlent davantage de contraception, communiquent plus au sein de leur relation intime. La généralisation de la sensibilisation, notamment dans tous les médias, entraînerait une plus grande ouverture d'esprit de ces jeunes sur la question.

*Aicha (loti pauvre, 2016) : « Oui je parle de contraception dans notre couple afin d'éviter les grossesses non-désirées. Quand je veux avoir des relations sexuelles avec mon copain, je lui demande toujours d'enfiler un préservatif ».*

Ouedraogo *et al.* (2006) observait déjà cette tendance que notre étude met en exergue de façon émergente en 2016, précisément le fait que les jeunes filles parviennent davantage à faire valoir leurs intérêts en matière de santé sexuelle et reproductive dans leurs relations intimes. Ceci dit, excepté au sein d'un cercle d'amis proches, même entre jeunes – surtout les filles – on ne parle pas trop de sexualité, on dit « qu'on ne l'a jamais fait », parce que la sexualité pré-nuptiale reste socialement un non-dit entre 2006 et 2016.

*Nafisatou (loti pauvre, 2006) : « J'ai une amie qui a une relation sérieuse, mais tu sais entre copines, on ne peut jamais savoir c'est quoi la vérité. Elle te dit qu'elle n'a jamais couché, alors que ce n'est pas vrai. Ça ne se dit pas ce genre de choses ».*

Les filles prennent dans l'ensemble peu l'initiative du contexte de leur sexualité, c'est le garçon généralement « qui gère » puisque rien ne peut être officialisé à l'adolescence, notamment féminine. Avec la modernisation du pays, Taverne avance que « *les jeunes hommes affirment reconnaître le plein droit des jeunes femmes à une sexualité pré-matrimoniale* » (1999, 513). Malgré une évolution dans ce sens sur 10 ans, ceci ne ressort pas toujours clairement dans notre enquête.

*Alphonse (étudiant, 2006) : « Dans notre société, les filles ne sont pas émancipées. Sur le vagabondage sexuel, les filles sont plus stigmatisées ».*

*Gisèle (loti riche, 2016) : « Non je ne parle pas de contraception avec mon copain parce que c'est comme ça. (...) En cas de risque de grossesse, je suis prête à avorter ».*

Mais certaines étudiantes et jeunes femmes issues du *loti riche* assument davantage leur sexualité ; ce sont de jeunes demoiselles moins jugées et par conséquent s'inquiétant moins du

jugement de leur partenaire, en prenant en main leurs relations sexuelles à travers l'initiative de l'achat du condom et de son port par le garçon (Tableau 2).

*Adiaratou (étudiante, 2006) : « C'est à cause de la société dans laquelle nous vivons, l'éducation, ce n'est pas juste qu'une fille s'intéresse à ce genre de choses, il y a des garçons qui n'acceptent pas que la fille achète. Ça n'a pas du tout été facile, je me suis décidée avec l'actualité sur le sida... Il faut se protéger soi-même. C'est à moi aussi d'aller acheter. Je l'ai dit à mon copain. Si on ne me donne pas, alors j'irai ».*

*Adeline (loti riche, 2016) : « De nos jours, y a pas de honte, je vais me rendre en pharmacie et achète un préservatif ».*

**Tableau 2.** Synthèse des entretiens par thématique

	2006	2016
<b>Le préservatif</b>		
L'usage et l'accès au condom	Usage relativement fréquent Itinéraires entre boutique et pharmacie	Usage relativement fréquent Itinéraire vers la pharmacie plus fréquent
L'abstinence	Abstinence féminine occasionnelle	Abstinence féminine rare
Les formes et niveaux de sensibilisation	Sensibilisation élevée D'abord VIH-SIDA pour les garçons D'abord GNDs pour les filles	Sensibilisation élevée D'abord VIH-SIDA pour les garçons D'abord GNDs pour les filles
La mauvaise qualité du condom	Mauvaise qualité en boutique	Mauvaise qualité en boutique
<b>Un accès différentiel entre les sexes</b>		
Les stratégies d'évitement de la honte	Multiples	Similaires
Un accès au condom « genré »	Stigmatisation des filles à la boutique	Légère diminution de la stigmatisation
<b>L'enjeu de la contraception dans le cadre relationnel</b>		
La contraception	Sujet tabou dans le couple	Meilleure communication
La réticence à la protection	Réticence occasionnelle	Diminution de la réticence

**4.2 La réticence à la protection.** Tout d'abord, la réticence à la protection a diminué entre 2006 et 2016. Ensuite, pour les personnes réticentes, un éventuel contraste dans cette réticence à la protection entre garçons et filles n'a pas pu être mis en évidence. Le préjugé que les hommes, « victimes » d'un pouvoir libidinal incontrôlable, les poussent à consommer l'acte sexuel « sur le champ », avec ou sans condom, a été remis en question par des jeunes des deux sexes. Certains garçons ont par exemple avancé que des filles refusaient le port du préservatif afin de maximiser leur plaisir sexuel. De plus, même si le risque de grossesse non-désirée, dont la jeune fille est socioculturellement la plus condamnée, pourrait la pousser à utiliser le préservatif, l'argument inverse consistant à dire que des filles veulent tomber enceinte pour pousser le garçon au mariage a été aussi avancé. Ainsi, tous les discours ont été

proposés concernant le niveau de réticence à la protection même si le niveau de sensibilisation vis à vis de la prévention du VIH-SIDA paraissait similaire entre les sexes.

## Conclusions

Le discours de ces jeunes filles et garçons de Ouagadougou sur 10 ans d'intervalle montre des inégalités genrées prononcées autant que persistantes dans la gestion de leur santé sexuelle et reproductive, et ceci s'exprime tout particulièrement dans les écueils différentiels d'un sexe à l'autre intervenant dans l'accès au condom (Bankole *et al.*, 2013, 28). Ce traitement social différentiel de genre agit à deux niveaux contradictoires.

Premièrement, au sein de leurs relations intimes, de nombreuses filles manifestent clairement leurs difficultés à imposer leurs choix : leur abstinence, l'usage du condom, où même le moment de leur désir à leur partenaire (Biddlecom *et al.*, 2008, 14), pouvant les exposer au moins aux grossesses non-désirées. En effet, chez les Mossis, le droit coutumier « *valorise la sexualité prématrimoniale des garçons et la virginité des filles au mariage* » (Taverne, 1999, 513). La liberté sexuelle prémaritale des femmes est très rigide, « *incitées à s'abstenir du coït avant le mariage* » (Lallemand, 1985, 9). Ces schémas de genre issus de traditions villageoises pèsent ainsi sur la sexualité des jeunes filles de Ouagadougou, elles ne sont pas pleinement actrices de leur vie sexuelle car tributaires des envies et des choix du partenaire. Une fille qui affirme, revendique sa sexualité – son désir, la gestion de sa santé sexuelle et reproductive – reste une fille dévergondée, de mauvaises mœurs pour nombre de jeunes garçons (Salomon, 2009; Bationo, 2012), même si ces conceptions sont en évolution.

Deuxièmement, en dehors du cadre intime, les jeunes filles souffrent d'une stigmatisation sociale intense. La sexualité des jeunes filles, plus que celle des garçons, n'a pas de reconnaissance officielle par les aînés, les boutiquiers et aussi les pairs. Elle est entourée de silences, et ceci manifestement jusqu'en 2016, même si l'on ressent une légère amélioration sur 10 ans (Baxerres *et al.*, 2018). En effet, c'est la jeune femme active sexuellement qui est associée au vagabondage sexuel car seule la femme a un réel devoir d'abstinence jusqu'au mariage : « *jamais un seul de mes interlocuteurs ne s'est reconnu "vagabond sexuel", alors qu'ils sont tous engagés dans un multipartenariat actif* » (Taverne, 1999, 520). Ainsi, les jeunes filles bien souvent ne trouvent un soutien extérieur qu'à travers un réseau amical réduit de confiance, rarement familial, et très rarement parental (Ouedraogo *et al.*, 2006).

Le comportement sexuel des jeunes, notamment la négociation du condom, se détermine par les constructions sociales de la masculinité et de la féminité dans les communautés burkinabè. Les représentations sociales « traditionnelles » ont favorisé une conception bipolaire des rôles sexués de telle sorte que l'homme doit être autonome, actif et compétitif, tandis que la femme voit son identité féminine se définir en fonction d'autrui : être fidèle, ne pas exprimer de désir, « s'offrir », « se laisser faire » (Cohen *et al.*, 2018), tout en évitant au possible les grossesses non-désirées (Yakam, 2009; Adohinzin *et al.*, 2016). Ces différentes normes sociales émergentes chez les jeunes filles et garçons, issues du relâchement progressif du contrôle familial, les conduisent à adopter des comportements à risques tels qu'avoir des rapports sexuels sans préservatif ou précoces et le multi-partenariat sexuel. Dans ce contexte socioculturel où leur sexualité pré-nuptiale reste un non-dit social, les jeunes ne peuvent pas toujours adopter les comportements appropriés allant dans le sens de leur santé sexuelle et reproductive.

Les connaissances des jeunes ouagalais•es enquêté•e•s en matière de santé sexuelle et reproductive et leurs sources de revenu ne paraissent pas constituer des écueils majeurs à la contraception par le condom – même si les jeunes les plus pauvres ont plus de difficulté à accéder aux condoms des officines, plus onéreux et manifestement de meilleure qualité que ceux des boutiques de quartier. Ces jeunes, surtout les filles, sont avant tout freiné•e•s par des contraintes d'ordre socioculturel indépendantes de leur volonté qui persistent sur 10 ans



d'intervalle. Des injonctions sociales contradictoires s'exercent sur ces dernières de telle sorte que pendant que les jeunes garçons souhaitent avoir une sexualité pré-nuptiale avec elles, sans que celles-ci aient « le droit » d'affirmer pleinement l'usage du condom, les aînés condamnent davantage les filles d'avoir accepté cette *invitation au plaisir* pas – encore – acceptée par l'ensemble de la société (Campbell & Gibbs, 2016, 31). Cette pression sociale ambivalente ne peut s'exprimer que dans un contexte socioculturel dynamique au Burkina Faso où ces jeunes ouagalais•es passent d'une *sexualité officielle maritale*, contrôlée par le groupe, à une *sexualité officieuse pré-nuptiale*, imprégnée de non-dits, et par conséquent dangereuse pour la santé car protégée par le condom seulement lorsque « la situation du moment » permet son usage.

## **Bibliographie**

ADENIYI Oladele Vincent, AJAYI Anthony Idowu, MOYAKI Mayowa Gabriel, GOON Daniel Ter, AVRAMOVIC Gordana, LAMBERT John, "High rate of unplanned pregnancy in the context of integrated family planning and HIV care services in South Africa", 18(140), 2018.

ADOHINZIN Cléthus Come, MEDA Nicolas, BELEM Adrien Marie Gaston, OUÉDRAOGO Georges Anicet, SOMBIE Issiaka, BERTHE Abdramane, FOND-HARMANT Laurence, « Prises de risques chez les jeunes de Bobo Dioulasso: une analyse des facteurs associés à la précocité et au multipartenariat sexuel », *The Pan African Medical Journal*, 25, 2016.

ADOHINZIN Cléthus Come, MÉDA Nicolas, BELEM Adrien Marie Gaston, OUÉDRAOGO Georges Anicet, BERTHÉ Abdramane, SOMBIÉ I., AVIMADJENON G.D., DIALLO I, FOND-HARMANT Laurence, « Utilisation du préservatif masculin : connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabè », *Santé Publique*, 29, 2017, pp. 95–103.

AMOUZOU Essè, *L'impact de la culture occidentale sur les cultures africaines*, Paris, L'Harmattan, 2009.

BANKOLE Akinrinola, HUSSAIN Rubina, SEDGH Gilda, ROSSIER Clementine, KABORÉ Idrissa, GUIELLA Georges, *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences*, New York, Guttmacher Institute, 2013.

BATIONO Bouma Fernand, « Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso », *Agora débats/jeunesses*, 2, 2012, pp. 21–33.

BAXERRES Carine, BOKO Ines, KONKOBO Adjara, OUATTARA Fatoumata, GUILLAUME Agnès, « Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso », *Anthropologie & Santé*, 16, 2018.

BIDDLECOM Ann, HESSBURG Laura, SINGH Susheela, BANKOLE Akinrinola, DARABI Leila, *Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne : apprendre des adolescents pour prévenir le VIH/sida et les grossesses non désirées*, New York, Guttmacher Institute, 2008.

BOURDIEU Pierre, « Nouvelles réflexions sur la domination masculine », *Cahiers du genre*, 2, 2002, pp. 225–233.

BUTLER Judith, CERVILLE Maxime, *Défaire le genre*, Amsterdam, Routledge, 2006.

CAMPBELL Catherine, GIBBS Andrew, "Stigma, gender and HIV: case studies of intersectionality". In: Boesten Jelke, Poku Nana K, (dir), *Gender and HIV/AIDS: critical perspectives from the developing world*, Surrey, Ashgate, 2016, pp. 29-46.

CLELAND John G, NDUGWA Robert P, ZULU Eliya M, « Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? », *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 2011, pp. 137–143.

COHEN Emmanuel, NDAO Amadou, BOËTSCH Gilles, « Acculturation, mutation des pratiques sexuelles et nouveaux regards sur la beauté en Afrique : le cas du Sénégal, du Cameroun et du Burkina Faso », *Corps*, 1, 2018, pp. 243–256.

DELAUNAY Valérie, GUILLAUME Agnès, « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne », in ADJAMAGBO Agnès, MSELLATI Philippe, VIMARD Patrice (dir), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant, 2007, pp. 211–263.

DELAUNAY Valérie, « Abandon et prise en charge des enfants en Afrique: un cadre explicatif pour la protection de l'enfant », *Mondes en développement*, 2, 2009, pp. 33-46.

DESCLAUX Alice, *Stigmatisation, discrimination: que peut-on attendre d'une approche culturelle?*, UNESCO, 2003.

FALL Abdou Salam, *Bricoler pour survivre: perceptions de la pauvreté dans l'agglomération urbaine de Dakar*, Paris, Karthala, 2007.

FASSIN Didier, « L'anthropologie entre engagement et distanciation: essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », In BECKER Charles, DOZON Jean-Pierre, OBBO Christine, TOURÉ Moriba (dir), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, 1999, pp. 41–66.

FOUQUET Thomas, « Aventurières noctambules », *Genre, sexualité & société*, 5, 2011.

GLASER Barnet G, STRAUSS, Anselm L, *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Amsterdam, Routledge, 2017.

GIBBS Graham R, *Analyzing qualitative data*, Thousand Oaks (CA), Sage Publications, 2018.

GUIELLA Georges, *Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso: un état des lieux*, New York, Guttmacher Institute, 2004.

GUIELLA Georges, WOOG Vanessa, *Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: Résultats d'une enquête nationale en 2004*, Occasional report 21, New York, Guttmacher Institute, 2006.

HADDAD Slim, NOUGTARA Adrien, RIDDE Valérie, « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », *Santé, société et solidarité*, 3, 2004, pp. 199–210.

HIEN Hervé, SOMÉ Der Adolphe, MEDA Nicolas, SOMÉ Téléphore, DIALLO Ramata, ZINGUÉ Dezemon, DIALLO Ibrahim, DAO Blami, DIAGBOUGA Serge, OUÉDRAOGO Jean-Bosco, « Caractéristiques de la communication parents-adolescentes sur la sexualité et le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso », *Santé publique*, 24, 2012, pp. 343–351.

HILAIRE Mazou Gnazegbo, « Comportement sexuel à risque des jeunes scolarisés: une analyse des déterminants sociaux du non-usage du préservatif chez les élèves du lycée moderne II de Bouaké », *European Scientific Journal*, 2014, 10.

KHARSANY Ayesha BM, Karim Quarraisha A, « HIV infection and AIDS in sub-Saharan Africa: current status, challenges and opportunities », *The open AIDS journal*, 2016, 10, pp. 34.

KULCZYCKI Andrzej, « Surmonter les Défis de la Planification Familiale en Afrique: vers la Satisfaction des Besoins Non Satisfaits et L'augmentation de la Prestation des Services », *African Journal of Reproductive Health*, 22, 2018, p. 14-20.

LALLEMAND Suzanne, *L'apprentissage de la sexualité dans les contes d'Afrique de l'ouest*, Paris, L'Harmattan, 1985.

MARIE Alain, « L'individualisation africaine en questions », in MARIE Alain (dir), *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala, 2008, pp. 7–16.

MÉDA Ziemlé Clément, YAOGO Maurice, SOMBIÉ Issiaka, OUÉDRAOGO Julien, TRAORÉ Augusta, SANON Ouédraogo Djénéba, SAWADOGO Gueswendé Léon, KABORÉ Souleymane, HIEN Hervé, SAWADOGO Windsouri Rasmata, « Santé des adolescents et des jeunes au Burkina Faso: état des lieux et priorités », *Science et Technique, Sciences de la Santé*, 40, 2017, pp. 67–91.

MOUFTAOU Amadou Sanni, ATTEMBA Roger, « Santé de la reproduction des adolescents: Défis des Réformes des Systèmes de Santé », *Bulletin d'Information sur la Population en Afrique et à Madagascar (BIPAM)*, 57, 2011, pp. 1–10.

ONUSIDA, *Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*, Genève, ONUSIDA, 2012.

OUATTARA Fatoumata, BATIONO Bouma Fernand, GRUÉNAIS Marc-Eric, « Pas de mère sans un «mari» », *Autrepart*, 4, 2009, pp. 81–94.

OUEDRAOGO Christine, WOOG Vanessa, SONDO Guédalia, *Expériences d'adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso*, Occasional Report 20, New York, Guttmacher Institute, 2006.

PETERS Anny, van DRIEL Francien, JANSEN Willy, "Acceptability of the Female Condom by Sub-Saharan African Women: A Literature Review", *African Journal of Reproductive Health*, 18, 2014, pp. 34-44.

RWENGE Jean-Robert Mburano, « Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique Subsaharienne Francophone et facteurs associés », *African journal of reproductive health*, 17, 2013, pp. 49–66.

SALOMON Chistine, « Vers le nord », *Autrepart*, 2009, pp. 223–240.

TABET Paola, « Through the looking-glass: sexual-economic exchange », in REYSOO Fenneke, GRANGE OMOKARO Françoise (dir), *Chic, chèque, choc : transactions autour des corps et stratégies amoureuses contemporaines*. Genève, Graduate Institute Publications, 2012, pp. 39–52.

TAVERNE Bernard, « Valeurs morales et messages de prévention : la “fidélité” contre le sida au Burkina Faso », In BECKER Charles, DOZON Jean-Pierre, OBBO Christine, TOURÉ Moriba (dir), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, 1999, pp. 508–525.

THIRIAT Marie-Paule, « Les unions libres en Afrique subsaharienne », *Cahiers québécois de démographie*, 28, 1999, pp. 81–115.

UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2011*, UNICEF, 2011.

VALLÉE Julie, FOURNET Florence, MEYER Pierre-Erwann, HARANG Maud, PIROT Françoise, SALEM Gérard, « Stratification de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) à partir d'une image panchromatique Spot 5: Une première étape à la mise en place d'une enquête de santé », *Espace populations sociétés. Space populations societies*, 2006, pp. 393–401.

VIDAL Laurent, *Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Paris, Karthala, 2004.

YAKAM Josiane Carine Tantchou, « Santé reproductive des adolescents en Afrique: pour une approche globale », *Natures Sciences Sociétés*, 17, 2009, pp. 18–28.