



**HAL**  
open science

# Femmes et hommes face aux grossesses non prévues au Maroc et au Sénégal

Agnès Adjamagbo, Agnès Guillaume, Fatima Bakass

► **To cite this version:**

Agnès Adjamagbo, Agnès Guillaume, Fatima Bakass. Femmes et hommes face aux grossesses non prévues au Maroc et au Sénégal. Centre Population et Développement. 2015, pp.26. hal-04158574

**HAL Id: hal-04158574**

**<https://hal.science/hal-04158574>**

Submitted on 11 Jul 2023

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

# Femmes et hommes face aux grossesses non prévues au Maroc et au Sénégal

Agnès Adjamagbo, Agnès Guillaume, Fatima Bakass,  
et l'Équipe ECAF



Ce Working Paper est édité en partenariat avec le LPED.

Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD

<http://www.cephed.org/wp>

## Contact • Corresponding Author Agnès Adjamagbo

Laboratoire Population Environnement Développement, AMU, IRD, UMR 151, Marseille actuellement en affectation au Bénin à Cotonou au Centre de Formation et de Recherche en matière de Population

Socio-démographe, chargée de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement, au Laboratoire Population Environnement et Développement à Aix-Marseille Université. Ses recherches portent sur les questions de fécondité et de contrôle des naissances en Afrique de l'Ouest. Elle travaille actuellement sur la transformation des rapports familiaux et conjugaux en Afrique de l'Ouest et dirige un programme financé par l'Agence Nationale pour la Recherche intitulé "Familles Genre et Activité en Afrique de l'Ouest".

✉ agnes.adjamagbo@ird.fr

## Co-auteur • Co-author: Agnès Guillaume

Démographe, Ingénieur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement, au Centre Population et Développement à Paris. Ses recherches portent sur les questions de régulations de la fécondité et en particulier d'avortement en Amérique Latine et en Afrique. Elle est également responsable du Pôle d'Information et d'Animation Scientifique (PIAS) au Ceped.

✉ agnes.guillaume@ird.fr

## Citation recommandée • Recommended citation

Adjamagbo A., Guillaume A., Fatima Bakass et l'Équipe ECAF « Femmes et hommes face aux grossesses non prévues au Maroc et au Sénégal », *Working Paper du CEPED*, numéro 31, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD), Paris, janvier 2015.

Available at <http://www.cephed.org/wp>

## Publication

Une version anglaise de ce travail a été présentée à un séminaire de l'IUSSP organisé par le panel avortement « International Seminar on Decision-making regarding abortion—determinants and consequences ». Nanyuki, Kenya, 3-5 June 2014

## CEPED • Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD

19 rue Jacob 75006 PARIS, France

<http://www.cephed.org/> • [contact@cephed.org](mailto:contact@cephed.org)

Les Working Papers du CEPED constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du CEPED ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture.

**Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.**

*CEPED Working Papers are **working papers** on current research conducted by CEPED-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals.*

**Copyrights are held by the authors.**

# Femmes et hommes face aux grossesses non prévues au Maroc et au Sénégal

*Agnès Adjamagbo\**, *Agnès Guillaume\*†*, *Fatima Bakass‡* et *l'Équipe ECAF<sup>1</sup>*

## Résumé

Cet article étudie la manière dont les femmes ou les couples gèrent les grossesses non prévues dans les capitales du Maroc et du Sénégal (Rabat et Dakar), deux pays soumis à des règles strictes en matière de sexualité des célibataires. Nous analysons les logiques sociales et individuelles qui prévalent à l'annonce d'une grossesse inattendue et la manière dont se prennent les décisions qui vont aboutir à la poursuite de cette grossesse ou à son interruption. Nous nous basons sur des données qualitatives tirées d'un programme financé par l'Union Européenne entre 2005 et 2009, sur l'usage de la contraception d'urgence dans les villes africaines. Nos résultats montrent qu'en dépit de programmes de planification familiale plus performants dans leur pays, les femmes de Rabat vivent leur entrée en sexualité dans des conditions difficiles. Si à Dakar la chasteté avant le mariage est prônée, le non-respect de cette règle entraîne des sanctions beaucoup moins sévères qu'au Maroc. Le choix de l'avortement en cas de grossesse non prévue évolue avec le cycle de vie des individus et selon le stade de la relation. Une pratique envisageable à un moment donné, ne l'est plus forcément à d'autres moments de la relation. Enfin, dans les deux villes, nos données révèlent une forte implication des familles dans la gestion de la formation des couples et de leur fécondité. Cette tendance apparaît cependant plus exacerbée au Maroc où les familles se mobilisent parfois âprement pour obliger ou interdire un avortement.

## Mots-clés

Avortement, décision, Afrique, grossesse non prévue, relations de genre, Maroc, Sénégal

## Introduction

---

Depuis les années 1990, la question des grossesses non prévues est devenue un thème récurrent dans les études sur les changements de comportement en matière de fécondité en Afrique (Adjamagbo et al., 2013; Bury et al., 2012; Foster et al., 2012; Hubacher et al., 2008; Singh et al., 2010). Souvent associées à l'évolution des rythmes d'entrée en union et en sexualité, une part non négligeable de ces grossesses non prévues se termine par un avortement en dépit de politiques restrictives en la matière. En effet dans de nombreux pays africains où l'avortement se pratique de façon illégale, les taux d'avortement sont

---

\* LPED UMR151 - AMU / IRD, Marseille France.

† Ceped UMR196 – IRD, Paris France.

‡ INSAE, Rabat Maroc.

<sup>1</sup> L'équipe ECAF comprend : Nathalie Bajos (responsable de la recherche ; Inserm-Ined, France), Michèle Ferrand (co-responsable scientifique ; CNRS, France), Agnès Guillaume (coordinatrice ; IRD, France), Agnès Adjamagbo (IRD, France), Clémentine Rossier (Ined, France), Maria Teixeira (Inserm, France), Banza Baya, André Soubeiga et Nathalie Sawadogo (ISSP, Université de Ouagadougou, Burkina Faso), Fatima Bakass et Aziz Chaker (Insea, Maroc), John Gyapong, Leticia Beikro et Ivy Osei (Health Research Unit, Ghana Health Service, Ghana), Pierrette Aguessy Koné (Association Santé reproductive et genre, Sénégal), Catherine Gourbin et Lorise Moreau (Université de Louvain la Neuve, Belgique), Susannah Mayhew et Martine Collumbien (Centre for Population Studies, LSHTM, Royaume-Uni).

élevés 25 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans au Burkina et au Nigeria (Bankole et al., 2013, 2006), 28 p.1000 au Kenya (Hussain, 2012), et 54 p.1000 en Ouganda (Singh et al., 2006) ainsi que les niveaux de morbidité et mortalité associées à cette pratique. Selon Ahman et Shah (2011), 14% des décès maternels en Afrique sont dus à des avortements à risque et le ratio de décès maternels attribuables à l'avortement à risque (100 pour 100 000 naissances vivantes) est l'un des plus élevés dans le Monde.

La fréquence des grossesses non désirées et des avortements, souligne l'accès limité des jeunes célibataires aux moyens de prévention des grossesses dans des contextes de forte stigmatisation de la sexualité avant le mariage, en total décalage avec les pratiques en vigueur (Rossier et al., 2013). Ces grossesses particulièrement fréquentes chez les adolescentes sont considérées comme un problème de santé publique, mais aussi social (Bledsoe and Cohen, 1993; United Nations, 1994). Généralement désignées comme des pratiques liées à la jeunesse, ces grossesses inopportunes peuvent survenir à bien d'autres âges de la vie, y compris chez les femmes mariées en cas de sexualité non prévue, de violence sexuelle, d'absence ou d'échec de contraception, de problème d'espacement des naissances ou grossesses en période de post-partum (Biney, 2011; Chinebuah and Perez-Escamilla, 2001; Kaye et al., 2005; Polis et al., 2009; Tsui et al., 2011). Alors que le taux de grossesses non prévues (*unintended*) est estimé à 55 pour 1000 pour l'ensemble des pays en développement, en Afrique, ce taux s'élevé à 86 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans et un tiers de ces grossesses se termine par un avortement volontaire (Singh et al., 2009). Ces taux particulièrement élevés pour le continent africain interrogent quant aux circonstances dans lesquelles elles surviennent et sur la manière dont les décisions sont prises quant à leur poursuite ou leur interruption.

Cet article propose d'étudier comment les femmes, les couples et les familles gèrent les grossesses non prévues dans deux pays, le Maroc et le Sénégal. À partir de données d'enquêtes qualitatives nous analysons les logiques sociales, individuelles et collectives, qui prévalent à l'annonce d'une grossesse inattendue et la manière dont se prennent les décisions qui vont aboutir à la poursuite de cette grossesse ou à son interruption. Comment les femmes accueillent-elles l'annonce d'une grossesse non prévue et comment en gèrent-elles la destinée : avortement, régularisation par le mariage, naissance, etc. ? Quels sont les principaux enjeux (sociaux, économiques, sanitaires, individuels et collectifs) associés à l'arrivée d'une grossesse non prévue ? Par quels moyens les femmes (et certains membres de leur entourage) « réparent », ou dissimulent ce qui est socialement considéré comme une faute ?

Il s'agit de comparer des pratiques dans deux pays qui sont proches du point de vue des normes sociales et culturelles en matière de mariage et de procréation mais qui se distinguent du point de vue de la prise de position politique vis-à-vis d'une diffusion de la planification familiale.

### ***Planification familiale : pratiques et contextes institutionnels***

Le Maroc et le Sénégal ont eu un engagement politique historiquement très différent en matière de planification familiale. En effet, le Maroc se caractérise par une politique ancienne de réduction de la croissance démographique alors qu'au Sénégal, les prises de position en faveur d'une réduction de la fécondité sont plus récentes et de moindre portée. Au Maroc, intégrée dès les années 1960 dans le plan de développement économique et social, la diffusion de la contraception moderne a été rapide et s'est généralisée dans le pays à toutes les couches de la population (Bakass et al., 2013a). Le développement de la planification familiale s'est accompagné de campagnes très soutenues de promotion du modèle familial restreint à deux enfants par femme ainsi que de mesures en faveur de la scolarisation des filles et d'encouragement au travail des femmes.

Au Sénégal par contre, la progression a été beaucoup plus tardive et lente. Les programmes de planification familiale ne prennent leur essor que dans les années 1990. Comme dans beaucoup de pays au sud du Sahara, les programmes de planification familiale y ont longtemps souffert d'une focalisation sur le couple mère-enfant ; la contraception étant considérée avant tout comme un moyen d'espacer les naissances dans le but de préserver la santé des femmes et celle de leur progéniture. Ils ont en outre touché dans un premier temps une frange réduite de la population : la plus éduquée en zone urbaine considérée comme plus réceptive à l'innovation et au changement et se sont étendus tardivement aux zones les plus reculées du pays<sup>2</sup>.

Les engagements politiques distincts confèrent aux deux pays des profils très différents en matière de niveau et tendance de la fécondité et de la pratique contraceptive. Ainsi, au Sénégal, la proportion d'utilisatrices de la contraception moderne a progressé au cours des dernières décennies parmi les femmes mariées : 2,4 % en 1986 ; 4,8 % en 1992-93 ; 8,1 % en 1997 ; 10,3 % en 2005 (N'Diaye, Sarr, and Ayad 1988; N'Diaye, Diouf, and Ayad 1994; Salif 1997; N'Diaye and Ayad 2006). C'est dans les villes où les infrastructures sont nombreuses que les indicateurs sont les meilleurs. Pour l'ensemble du milieu urbain, la prévalence des méthodes modernes pour les femmes en union a été presque multipliée par 2 entre 1992 (6.7%) et 1997 (11.9%), elle est restée stable entre 1997 (19%) et 2005 (18%).

Cette évolution est néanmoins sans commune mesure avec ce que l'on observe au Maroc où en 1992 déjà 35.5% des femmes en union utilisaient une contraception moderne (contre 4.8% au Sénégal la même année) (Azelmat and Ayad, 1993). Environ dix ans plus tard, la proportion d'utilisatrices atteint 54.8% au Maroc (Ministère de la Santé (Maroc) et al., 2005) alors qu'elle atteint tout juste 10% au Sénégal (EDS 2005). Attestant d'une bonne couverture contraceptive dans les diverses couches de la population marocaine, la prévalence contraceptive varie peu entre milieu urbain (56%) et rural (53.2%) ainsi qu'entre femmes non instruites (53.7%) et celles de niveau secondaire ou supérieur. La situation est bien différente au Sénégal où la prévalence est plus de trois fois plus élevée en zone urbaine (18%) qu'en zone rurale (5%) et presque multipliée par 6 entre les femmes de niveau secondaire et supérieur (29.7%) *vs* les non instruites (5.4%).

À l'augmentation remarquable de la prévalence contraceptive au Maroc, correspond une baisse de la fécondité non moins spectaculaire puisqu'elle passe de 7 enfants par femme dans les années 1960 à 2.3 en 2003 (2.1 en milieu urbain et 3.0 en milieu rural), alors qu'au Sénégal, la fécondité de 7.2 enfants par femme dans les années 1970 reste à 5 enfants en 2005, plus faible en milieu urbain (4.1) qu'en milieu rural (6.4).

La pilule est la principale méthode utilisée dans ces deux pays mais avec des prévalences très différentes 6.7% pour les femmes en union en 2005, au Sénégal et 40.1% pour les marocaines en 2003. Les femmes sénégalaises utilisent ensuite l'injectable (5.1%) et, plus rarement, le DIU (1.1%) et les implants (1.1%). Le condom masculin est également très peu cité par les femmes mariées (2,7%). Au Maroc, le DIU est utilisé par 5.4% des femmes, l'utilisation des autres méthodes est marginale (moins de 3%). Dans ces

---

<sup>2</sup> Les différences d'engagements politiques de ces deux pays s'expriment également à travers des indicateurs socio-démographiques révélant des stratégies de politiques sociales très différentes. Le champ de la scolarisation en est une bonne illustration. Les taux de scolarisation du Maroc sont supérieurs à ceux du Sénégal quel que soit le niveau considéré : taux brut de scolarisation de 107 dans le primaire *vs* 80 et de 49 *vs* 22 dans le secondaire pour l'année 2005. Ces différences dans la scolarisation se répercutent dans l'insertion des femmes sur le marché du travail puisque plus de la moitié des femmes marocaines exercent une activité comme salariée, cadre, technicien, employée ou comme employée manuelle qualifiée, alors qu'au Sénégal elles exercent surtout leur activité dans la vente, le service et l'agriculture, majoritairement dans le secteur informel. Un point commun cependant aux deux pays : les filles sont toujours moins scolarisées que les garçons, et l'écart se creuse quand le niveau scolaire augmente.

deux pays le recours aux méthodes naturelles (continence périodique et retrait) est faible : 1,4% utilisent ce type de méthodes au Sénégal et 7,9% au Maroc.

Ces résultats sont sensiblement différents lorsque l'on considère la population des femmes célibataires et sexuellement actives. Au Maroc aucune donnée n'est disponible sur ces femmes qui ne sont pas enquêtées puisque la sexualité n'est censée débiter qu'au moment de l'entrée en union. Pourtant d'après une étude sur la sexualité des jeunes adultes menée en 2006, auprès de jeunes de 16 à 29 ans, il apparaît que 86% des hommes et 34 % des femmes interrogées avaient débuté leur vie sexuelle avant le mariage (cité par (Bakass et al., 2013a). Au Sénégal les femmes célibataires sexuellement actives sont plus nombreuses à utiliser un moyen de contraception, 43% y recourent : le condom masculin tient une place prépondérante (24%) devant la pilule (1%) ou l'injectable (9%). L'importance du préservatif peut rendre compte de comportements de prévention des IST et du Sida, encouragés par les campagnes de sensibilisation du Comité National de Lutte contre le Sida au cours des dernières années, mais ceci n'exclut cependant pas le fait qu'il puisse être utilisé par les jeunes femmes dans une perspective de prévention des grossesses, comme l'ont constaté Cleland et Ali (2006)<sup>3</sup>.

### *Normes sociales procréatives et maritales*

Le Sénégal et le Maroc présentent d'importantes similitudes sur le plan des normes culturelles associées à la procréation et à la sexualité. Ce sont deux sociétés à dominante musulmane où la chasteté avant le mariage est fortement préconisée, le mariage étant reconnu comme le seul cadre légitime d'exercice de la sexualité. La virginité des femmes jusqu'au mariage reste une norme particulièrement ancrée au Maroc où les jeunes couples de célibataires développent souvent des pratiques de sexualité non pénétratives. Au Sénégal même si cette norme reste encore très prégnante, la société est plus tolérante à cet égard, en particulier en ville.

Une inégalité manifeste entre les sexes apparaît cependant vis-à-vis de la sexualité hors mariage : celle-ci bénéficie d'une large tolérance pour les hommes alors que pour les femmes la perte de virginité, la sexualité prémaritale et l'adultère sont fortement condamnés<sup>4</sup>. Ne plus être vierge pour une jeune femme peut parfois compromettre définitivement les chances de mariage, ce qui n'est pas le cas pour les hommes (Bakass et al., 2013a). Les deux sociétés, à des degrés divers, sont ainsi caractérisées par un double standard en matière de normes sexuelles (Bajos and Bozon, 2008; Bozon, Michel, 2003)<sup>5</sup>. Les contraintes normatives se traduisent par un déni social de la sexualité des jeunes femmes qui rend leur accès à la contraception difficile. Ceci est particulièrement prononcé au Maroc où, les programmes de planification familiale s'adressent aux seules femmes mariées. La situation est plus nuancée au Sénégal où des programmes spécifiques pour améliorer la santé de la reproduction des jeunes se sont développés dès les années 1990 comme nous allons le voir un peu plus loin<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, pourtant l'usage du préservatif masculin implique pour les femmes une négociation avec leur partenaire qui n'est pas toujours facile dans des situations d'inégalités de genre.

<sup>4</sup> Au Sénégal, l'existence du régime polygamique consacre d'ailleurs l'adultère commis par les hommes comme une pratique totalement légitime socialement (Antoine, 2002).

<sup>5</sup> Ce double standard se reflète dans les dispositions légales prises à l'endroit du mariage et de la sexualité dans les deux pays. Au Maroc, l'âge légal à la sexualité et au mariage est fixé à 18 ans pour les hommes comme pour les femmes. Au Sénégal, la majorité sexuelle est plus précoce (16 ans pour les femmes et pour les hommes). Par contre, hommes et femmes sénégalais ne sont pas égaux face au mariage : pour les femmes l'âge légal au mariage (autorisé dès 16 ans) correspond à celui de la majorité sexuelle alors qu'il est de 20 ans pour les hommes (soit quatre ans après celui de la majorité sexuelle).

<sup>6</sup> Ces dispositions ne résolvent cependant pas les problèmes d'accès des jeunes sénégalais aux méthodes contraceptives.

Dans ces contextes de stigmatisation de la sexualité des jeunes, de forte emprise de la famille dans la sphère privée des individus et des couples, de poids important de la morale religieuse et sociale sur les pratiques maritales et procréatives, l'arrivée inattendue d'une grossesse peut se transformer en véritable drame pour les individus, en particulier pour les femmes. Preuve flagrante d'une transgression des interdits, elle menace les femmes de mise au ban de la société et peut inciter certaines à s'en débarrasser au plus vite. Le recul de l'âge au mariage (de 18.5 ans en 1987 à 21.4 en 2003 pour les femmes marocaines et de 16.2 en 1992 à 18.2 en 2005 pour les sénégalaises), explique qu'elles se trouvent exposées à des expériences sentimentales et amoureuses plus diversifiées qu'autrefois, et au développement d'une sexualité prémaritale pourtant socialement désapprouvée, voire condamnée pour les femmes, alors qu'elle est considérée comme normale, voir encouragée pour les hommes afin de prouver leur virilité.

Bien qu'illégal et toujours condamné, selon les termes de la loi française de 1920, l'avortement est une pratique fréquente au Maroc comme au Sénégal. Les données sur ce sujet sont rares dans ces deux pays car il est réalisé dans la clandestinité avec des risques importants pour la santé des femmes. Selon l'Association Marocaine de Planning Familial (AMPF) (2008), il n'existe pas de chiffres officiels sur le niveau d'avortement, mais on sait que c'est une pratique qui touche toutes les femmes. Il est estimé qu'entre 400 et 1000 avortements (chiffres variables selon les sources) se produisent chaque jour. Il semble que la majorité se fait en milieu médicalisé essentiellement dans le secteur privé, même si beaucoup de femmes recourent à des méthodes abortives traditionnelles à haut risque. Au Sénégal, le phénomène est identifié depuis le début des années 1990 par des sources hospitalières (CEFOREP, 1998; Cissé et al., 2007; Cisse et al., 1999; Dabash et al., 2003; Diouf, 1996; Koly, 1991). Les études conduites auprès de femmes hospitalisées pour des complications d'avortements provoqués soulignent qu'il s'agit majoritairement de jeunes femmes célibataires et sans enfants dont la majorité n'utilisait aucune méthode de contraception le mois précédant la grossesse (Koly, 1991). La marge de manœuvre des femmes célibataires en cas de grossesse non prévue va dépendre de leur capacité à légitimer cette grossesse en ce faisant épouser par le géniteur, mais cette solution n'est pas toujours envisageable pour plusieurs raisons que nos enquêtes qualitatives nous ont permis de mettre à jour.

## **Données et méthodes**

---

Notre étude s'appuie sur les récits de vie de 25 hommes et 50 femmes effectués entre 2007 et 2008 à Dakar et Rabat dans le cadre de la recherche ECAF (Emergency Contraception in Africa)<sup>7</sup>. L'objectif général est d'analyser les conditions de diffusion et d'acceptabilité de la contraception d'urgence dans quatre villes africaines : Accra, Dakar, Ouagadougou et Rabat. L'accent est mis sur la manière dont les femmes et leurs partenaires gèrent au quotidien le contrôle de leur fécondité.

La collecte des données s'est faite par une approche biographique de type qualitative qui met en perspective les différentes trajectoires du parcours de vie : résidentielle, scolaire, professionnelle, affective ou amoureuse, conjugale, contraceptive. Cette approche permet d'étudier la manière dont les femmes et les hommes abordent la parentalité à des moments précis de leurs parcours de vie, au cœur de situations affectives, qu'ils soient ou non en union.

---

<sup>7</sup> Programme financé par l'Union Européenne - INCO, 6ème PCRD, coordonné par Nathalie Bajos. Les activités de recherche réalisées sur le site du Sénégal ont été coordonnées par Pierrette Aguessy Koné et au Maroc par Fatima Bakass.



La collecte a été conduite en population générale, auprès de femmes et d'hommes âgés de 18 à 40 ans<sup>8</sup> vivant à Dakar et à Rabat. Afin d'obtenir une diversité de la population, les répondants ont été choisis sur la base de quotas pré-établis dans des groupes de caractéristiques sociales contrastées du point de vue du statut matrimonial, du niveau d'éducation et de la zone de résidence. L'échantillon a été constitué dans une première étape par une approche spontanée qui a consisté à envoyer les enquêteurs repérer des individus dans différents quartiers des deux villes considérés comme contrastés du point de vue socio-économique et démographique. Par la suite, l'échantillon a été complété selon la méthode « boule de neige », consistant à demander aux personnes interviewées le contact d'autres personnes susceptibles d'accepter l'interview.

**Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon des personnes interrogées dans les deux pays**

	Sénégal		Maroc	
	Hommes (n=25)	Femmes (n=49)	Hommes (n=25)	Femmes (n=50)
<b>Groupe d'âge</b>				
Moins de 25 ans	5	21	2	6
25-29 ans	11	17	2	15
30-40 ans	9	11	21	29
<b>Instruction</b>				
Sans ou primaire seul	6	11	6	12
Secondaire	12	25	12	15
Supérieur	7	13	7	23
<b>Descendance</b>				
0 enfant	15	28	9	17
1 enfant	6	10	8	11
2 enfants	2	7	3	16
3 enfants ou plus	2	4	5	6
<b>Situation affective</b>				
Célibataire	13	30	8	15
Marié(e) monogame	11	14	16	29
Marié(e) polygame	1	2	0	0
Séparé(e) Veuf(ve)	0	3	1	6

Source : ECAF , Sénégal et Maroc 2007-2009

<sup>8</sup> Le seuil de 18 ans a été choisi pour n'enquêter qu'auprès d'hommes et de femmes ayant atteint l'âge légal de la majorité et de ce fait libres d'accepter un entretien de leur plein gré sans avoir à solliciter l'accord d'une tierce personne. Les hommes ont été interrogés par des enquêteurs hommes et les femmes par des femmes.

Les enquêtes ont fait l'objet d'une demande préalable d'autorisation auprès des comités d'éthiques nationaux. Dans chaque pays, un consentement éclairé par voie orale a été obtenu auprès de chaque interviewé(e) après la lecture d'un document présentant l'enquête et garantissant l'anonymat des réponses. Un prénom fictif a ainsi été attribué à chaque personne interviewée et les informations ou les détails susceptibles de permettre ultérieurement une identification des lieux ou des personnes ont été modifiés.

Le Tableau 1 montre le profil sociodémographique des enquêtés. On note au Sénégal une population relativement jeune où les célibataires dominent. Les personnes en union sont néanmoins représentées de même que celles ayant fait l'expérience de la maternité, la majorité est de niveau d'instruction secondaire. Au Maroc, les personnes enquêtées sont plus âgées, plus fréquemment en union (exclusivement monogame), avec une descendance de 1 à 2 enfants. Elles ont en outre un niveau d'instruction plus élevé qu'au Sénégal ; surtout pour les femmes.

Les entretiens auprès des hommes et des femmes ont été menés à partir de guides d'entretiens semi-directifs construits pour recueillir les parcours, amoureux, matrimoniaux, sexuel et contraceptif. Afin de contextualiser les conduites amoureuses et sexuelles, la grille d'entretien prévoyait le recueil d'informations relatives aux conditions de vie dans l'enfance, aux parcours résidentiel, scolaire, et professionnel, ainsi que des informations sur les parents : leurs origines sociales et culturelles, leur situation matrimoniale et professionnelle avant l'âge de 15 ans.

Les entretiens ont ainsi été conçus sur le modèle du récit de vie décrit par Bertaux (2006) permettant de replacer les composantes étudiées, en l'occurrence le rapport à la maternité/paternité et le recours à l'avortement, dans le cadre global de l'histoire individuelle.

L'analyse s'est opérée en deux temps. Une première étape d'analyse a consisté à condenser l'information recueillie. Chaque récit a fait l'objet d'une lecture approfondie au cours de laquelle nous avons procédé à un relevé systématique des principaux événements qui marquent l'itinéraire de la personne dans ses parcours scolaire, professionnel, résidentiel, affectif, matrimonial et sexuel. Les événements ont ainsi été relevés chronologiquement et mis en vis-à-vis dans un tableau. Cela permet de mettre clairement en évidence, par exemple, à quelle étape de la vie de la personne correspond la survenue d'une grossesse du point de vue de sa situation affective, scolaire ou professionnelle du moment et donc de mieux comprendre l'attitude de la personne vis-à-vis de cette grossesse. La construction de cette trajectoire condensée permet dans un second temps la rédaction d'un portrait problématisé. Le portrait problématisé se fait à la lumière de la position sociale de la personne et de ses particularités par rapport à la thématique qui nous intéresse ici.

Enfin, afin de gérer les difficultés afférentes à l'analyse d'un nombre important d'entretiens, nous avons recouru au logiciel d'analyse de données textuelles NVivo. Ce logiciel a été utile pour procéder au découpage thématique et au classement du contenu de chaque entretien en fonction des catégories d'analyse élaborées par nous-mêmes. Cette étape d'analyse transversale de nos entretiens s'est avérée particulièrement efficace pour la conception des typologies des grossesses non prévues et a facilité le repérage des verbatim.

Nous avons élaboré une typologie des situations dans lesquelles l'avortement pourrait être décidé en cas de GNP. En fonction des normes sexuelles et procréatives (virginité, sexualité et grossesse prémaritale...), mais aussi de leurs contraintes familiales, sociales et économiques, les femmes et les hommes décideront de l'issue de la grossesse. Ces situations ne sont pas figées et changent au cours de la trajectoire de vie des individus qui peuvent ainsi se retrouver dans des situations différentes où l'avortement peut être souhaitable ou refusé.

Quatre types de situations apparaissent et sont analysées en détail :

- » Quand la peur de la sanction sociale conduit à l'avortement ;
- » La grossesse inopportune dans une relation sans avenir ;
- » La grossesse inopportune dans une relation durable ;
- » L'avortement dans une relation conflictuelle.

## ***Hypothèses***

Nous faisons l'hypothèse que la présence de programmes forts de diffusion de la planification familiale associés à une grande propagande autour d'un modèle restreint de famille réduit les coûts sociaux, économiques et sanitaires d'une interruption volontaire de grossesse ; les femmes ayant un accès plus facile à l'avortement médicalisé, même dans un contexte d'illégalité. Inversement, dans un contexte où les politiques sont moins fermement engagées dans ces directions, le recours à l'avortement s'avère un choix plus difficile à faire pour les personnes.

La décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse est déterminée par une série d'éléments liés au type de relation qu'entretient une femme avec son partenaire, co-responsable de la grossesse. Le type de relation rend compte de situations sociales, familiales et économiques particulières qui évoluent au cours du temps. La situation prémaritale est particulièrement vulnérable ; les grossesses non prévues survenant avant le mariage étant plus susceptibles d'être mal vécues et stigmatisées que celles survenant dans une union déjà scellée. Le recours à l'avortement volontaire va également dépendre des capitaux scolaires, économiques et sociaux dont les femmes ou les couples disposent pour défendre leurs intérêts et, en cas de désaccord, pour imposer leur choix au partenaire/conjoint, aux familles ou au personnel de santé.

## **Résultats**

---

### ***Quand la peur de transgresser l'interdit conduit à l'avortement***

En dehors du mariage, une grossesse est inopportune car elle révèle le non-respect des interdits relatifs à la sexualité, en particulier de l'injonction à la virginité. En effet, les deux sociétés tolèrent peu la sexualité des célibataires, en particulier celles des femmes, qui se doivent de rester vierges jusqu'au moment du mariage pour préserver leur honneur et celui de la famille. Cette injonction à la chasteté avant l'union est d'autant plus difficile à respecter que les évolutions sociodémographiques au Sénégal comme au Maroc tendent, comme on l'a vu, vers un allongement de la période du célibat qui correspond à un moment du cycle de vie particulièrement propice aux rencontres et aux expériences affectives.

La norme de virginité au mariage est beaucoup plus prégnante au Maroc qu'au Sénégal et la survenue d'une grossesse dans le célibat constitue pour les marocaines, bien plus que pour les sénégalaises encore, une source de dévalorisation de la femme sur le marché matrimoniale et de forte marginalisation dans la société tout entière. Ainsi, lorsque la grossesse surgit à cette étape de la vie, l'avortement reste la seule façon de ne pas dévoiler la transgression de l'interdit.

La forte pression qu'exerce l'obligation sociale de rester vierge, agit fortement sur les pratiques sexuelles elles-mêmes ; obligeant les partenaires à développer des stratégies de contournement. Ainsi, les couples

illégitimes pratiquent-ils une sexualité non pénétrative, communément désignée sous le terme familier de " coup de pinceau " à Rabat et sous celui de " flirt " à Dakar, autant de pratiques entraînant souvent une prise de risque importante. La transgression partagée de l'interdit n'entraîne pas les mêmes conséquences pour les femmes et les hommes. Ces mêmes hommes qui entretiennent un partenariat sexuel avec de jeunes femmes célibataires, déclarent qu'ils ne les accepteront pas comme épouses, tout particulièrement au Maroc si elles ne sont plus vierges, même s'ils sont l'auteur de la défloration.

La transgression de l'interdit, surtout s'il aboutit à une grossesse accidentelle, entraîne très souvent un rejet du partenaire et, si la nouvelle se répand, à une sanction radicale de la famille. S'ensuit alors un jeu de pression mettant en scène les deux partenaires et les familles pour effacer l'opprobre en interrompant la grossesse. De telles situations sont décrites de manière récurrente dans les entretiens réalisés à Rabat.

L'exemple de Raïmi, un homme marocain âgé de 40 ans lors de l'enquête qui travaille comme gardien de nuit est un exemple parmi bien d'autres. Marié depuis 8 ans à une femme de 27 ans Raïmi s'est assuré de la virginité de sa femme avant de l'épouser. Avant elle, il a entretenu pendant 5 ans une relation avec une femme plus âgée que lui. Cette femme aurait aimé qu'il épouse et a tenté d'avoir un enfant de lui en refusant de prendre la pilule. Deux fois enceinte, il l'oblige chaque fois à avorter, contre son gré, car il ne veut pas épouser une femme qu'il n'a pas déflorée lui-même. Il nous l'explique en ces termes : « *Moi, je ne voulais pas l'épouser, parce que moi, depuis le début, j'étais franc avec elle, on peut être amis mais jamais t'épouser, tu es mon amie seulement, je lui disais comme dit un proverbe marocain : une amie ne peut jamais être une femme d'un homme. Moi je ne peux pas l'épouser, parce que ses secrets et ses mystères je les connais et toi c'est pareil, on ne peut pas se marier, toi tu as couché avec quelqu'un depuis longtemps et qui t'a violé et moi je vais t'épouser ? Ce n'est pas possible...* ».

Une situation similaire est relatée par Ahmed, un commerçant âgé de 40 ans, marié au moment où nous le rencontrons. Il nous raconte une relation qu'il a entretenue pendant plusieurs mois avec une fille de sa classe, au lycée, en terminale. C'était pour lui une relation sans avenir. Il était jeune et il pensait pouvoir éviter une grossesse en calculant son cycle, mais ses calculs n'ont pas fonctionné et elle est tombée enceinte. Lorsqu'il apprend la nouvelle, c'est la panique de son côté. Il nous dit : « *j'avais peur, je n'étais pas prêt pour le mariage, je n'avais pas les moyens, la relation que j'avais avec une femme était une relation normale comme nous disons je n'avais jamais pensé que cette femme pourrait être mon épouse ou ma femme. C'était comme nous disons une relation de la rue et c'est tout et on essaie de répondre aux besoins de chacun de nous, par contre, elle, elle voulait une relation maritale entre nous, et je crois que c'est ça qui l'a blessée.* »

À l'annonce de la grossesse, la fille aurait bien aimé qu'il l'épouse. Mais pour Ahmed, il est trop tard, la grossesse est trop avancée ; il est jeune, sans revenu et il craint la réaction des familles. Il contraint donc la femme à avorter. Il raconte : « *On m'avait dit avant que ce médecin faisait ces opérations, c'est à dire même illégales, (...) je lui avais demandé s'il n'y avait pas de danger, il m'avait dit que non, il n'y a aucun problème, on s'est mis d'accord sur une somme d'argent, je suis allé emprunter de l'argent ; j'ai souffert pour réunir la somme convenue, la fille était contre l'avortement, que Dieu me pardonne ! J'étais obligé de lui mentir pour ne pas voir cet enfant naître dans l'illégitimité...* ». Derrière l'argument de l'illégitimité, se cache celui de la virginité perdue. Pour Ahmed, pas d'avenir possible avec une femme dont selon ses propres termes « *Dieu seul sait qui l'a déflorée* ».

Ces deux situations marquent la forte prégnance des rapports de domination des hommes sur le corps et la sexualité des femmes (Bakass et al., 2013a). Ils ne peuvent concevoir d'épouser une femme que si elle est vierge : il faut être le premier et le seul. La virginité est donc un gage de respectabilité des femmes. Privées de cette qualité, elles n'ont plus de valeur sur le marché matrimonial. C'est ce qui explique que celles qui bravent l'interdit cherchent (souvent en vain) à se faire épouser par leur partenaire.

Ainsi Meriem (jeune femme marocaine, célibataire de 24 ans, faiblement scolarisée et qui travaille en usine) a débuté une relation avec son voisin à l'insu de sa famille. Ils s'en tiennent initialement à des relations superficielles ("coup de pinceaux"), mais elle finit par perdre sa virginité. Obligée par ses parents d'épouser son cousin, ils divorceront quand celui-ci réalise que la cousine qu'on lui donne en mariage n'est pas vierge. Meriem reprend alors sa relation avec son voisin dans l'espoir de se faire épouser. « *Le mieux que j'ai à faire, c'est m'agripper à celui qui m'a "abîmée". Rien ne pourra m'arracher à lui* ». Mais celui-ci refuse, prétextant le manque de moyen pour entretenir une famille. De plus sa famille ne veut pas qu'il épouse une femme divorcée au bout d'un mois de mariage. Meriem est dans une situation délicate. Elle a d'autres partenaires sexuels et découvre un jour qu'elle est enceinte. Elle décide seule d'avorter, sans en parler à son voisin-partenaire, pour ne pas aggraver sa situation par une grossesse hors mariage.

Ainsi à Rabat, un célibataire homme n'épousera pas une femme avec qui il a des relations sexuelles : l'exercice d'une sexualité avec une célibataire semble rendre d'office impossible l'idée de mariage. L'importance de la virginité jusqu'à ce que l'union soit officiellement scellée et que la preuve de la virginité soit faite, est manifeste dans la situation vécue par deux femmes marocaines. Ainsi, Lina tombe enceinte entre l'acte du mariage en janvier et la cérémonie officielle en août. Ils vivaient ensemble et n'utilisaient pas de contraception. N'admettant pas cette situation, la mère de Lina lui demande d'avorter. Mais son mari s'oppose à l'avortement en lui disant « *si tu le fais, je ne te toucherai plus jamais, tu ne seras plus mienne.* » parce qu'il est quand même un peu conservateur, il fait sa prière et il craint Dieu\*\*\*c'est tout ». Malgré les injonctions de sa mère, elle poursuit donc sa grossesse et l'enfant naît quelques mois après la cérémonie du mariage. Dans notre échantillon marocain, la situation est différente pour la plupart des femmes qui ont été confrontées à une GNP avant la célébration du mariage. Souvent c'est la mère de la fille qui veille à ce que la honte ne soit pas jetée sur la famille et qui oblige sa fille à avorter. Comme pour Tamou (une femme de 38 ans, mariée à un médecin militaire), elle aussi enceinte entre l'acte du mariage et sa célébration, elle a eu un oubli de pilule. Sa mère, furieuse lui demande d'avorter et son mari aussi. Elle est opposée à l'avortement et veut des enfants. Mais sa mère tient bon : elle l'accompagne chez le médecin pour pratiquer l'avortement.

Au Sénégal, la sanction sociale de la « rupture de la virginité » est moins forte qu'au Maroc<sup>9</sup>. Une femme célibataire n'est pas censée avoir des relations sexuelles mais, si elle en a et qu'une GNP se présente, d'autres alternatives que l'avortement peuvent être mises en place pour réparer la faute, en mariant les deux partenaires. En outre, même si elle soulève une certaine réprobation sociale, une GNP n'est pas pour une dakaroise une occasion de rejet par la société ni de dépréciation sur le marché matrimonial. L'entourage et la famille sera d'autant plus tolérante à l'égard de la sexualité que le partenaire avec qui la faute a été commise est jugé potentiellement comme un bon mari et cherchera à arranger le mariage pour rendre la grossesse légitime, plutôt que de recourir à l'avortement.

Anta a 25 ans, quand nous la rencontrons, elle est mariée et a 1 enfant. Elle n'a eu qu'un seul copain dans sa vie. Elle l'a rencontré jeune lorsqu'elle était en CM2. Leur relation est au début platonique, puis vers l'âge de 18 ans ils commencent à "flirter" [rapport non pénétratifs]. Un jour Anta apprend que sa famille nourrit l'ambition de la marier à un cousin qui vit en Italie. Elle ne prend tout d'abord pas les choses au sérieux, jusqu'à ce qu'elle se rende compte, à l'occasion d'une visite dans la famille au village, que les transactions autour de leur union sont bel et bien engagées. Anta se révolte et subit des pressions de toute part du côté de sa famille pour accepter ce mariage. Son père furieux va même jusqu'à la frapper

---

<sup>9</sup> Le défi de la chasteté n'est pas seulement le respect de la préservation de la virginité. Réclamer l'abstinence sexuelle avant le mariage est pour de nombreuses femmes que nous avons interrogées un moyen de tester les sentiments amoureux de leur partenaire.

pour son arrogance. Voyant que les choses commencent à devenir plus que sérieuses, Anta décide d'agir et elle provoque son copain pour qu'ils aient des rapports pénétratifs. Elle nous dit « *On est resté toute la soirée, tu sais, une femme, avec ses possibilités (rire), je l'ai provoqué jusqu'à ce que...il m'a dévié et tu sais, je lui ai expliqué, on a continué en plus à avoir des rapports sexuels, c'est après qu'on a constaté que j'étais enceinte de B., c'est durant la période où je suis tombée enceinte que mon cousin devait venir d'Italie.* » C'est donc à son initiative et avec la complicité de son copain qu'elle tombe enceinte afin de stopper les manigances de la famille. Elle prévient alors sa mère qui est très en colère et pense à la honte qu'elle va devoir subir. Les deux familles se rencontrent mais la réunion se passe mal et les deux familles se disputent. Le mariage semble alors très compromis, mais Anta et son copain eux, ne doutent pas qu'ils se marieront un jour. L'enfant naît et le père assume la paternité, il paie le jardin d'enfant et donne régulièrement de l'argent à Anta pour l'enfant. Les rancœurs familiales se calment et lorsque l'homme termine ses études et devient pharmacien, personne ne voit plus de raison de ne pas les laisser se marier. À la différence du Maroc, dans ce cas la transgression de la norme de la virginité est assumée et utilisée pour contrecarrer les plans de mariage de la famille. Au Sénégal, le respect de la virginité n'a pas la même signification qu'au Maroc. Il apparaît dans nos entretiens que l'intérêt de la chasteté réside davantage dans sa valeur symbolique que dans la préservation de la virginité en tant que telle. En effet, réclamer l'abstinence sexuelle avant le mariage à Dakar est pour de nombreuses femmes que nous avons interrogées un moyen de tester le sentiment amoureux de leur partenaire. Pour les hommes, accepter de ne pas coucher avec sa copine, c'est un moyen de lui prouver qu'on la respecte et qu'on veut la garder. Pour autant ne pas rester vierge n'est pas un drame. La perception qu'en donne Aziz, un jeune étudiant célibataire de 24 ans, traduit bien les représentations qui dominent à Dakar, d'une valeur virginité en perte de vitesse, appartenant au passé : « *Maintenant, les hommes quand ils épousent des filles, ils ne vont même plus demander si elle est vierge ou si elle n'est pas vierge. Maintenant, si tu aimes quelqu'un, automatiquement, tu l'épouses. Tu ne vas pas chercher midi à 14 heures : est-ce qu'elle est vierge ou elle n'est pas vierge, ça, ça t'importe peu. Autrefois, c'était leur dignité, leur dignité, en gardant leur virginité, mais aujourd'hui là, ce n'est pas le cas, parce que tu vois là une fille qui a deux enfants, tu viens, tu l'épouses. Avant, si une femme avait des enfants [cf. sans être mariée], mais on te taxait de pute, on te taxait de tous les noms, mais aujourd'hui, tu vois une fille là, dans la famille, qui est enceinte, qui accouche d'un père Khadim, un jour, elle accouche d'un autre mec, Ousmane, on dit rien du tout.* » Aziz porte ici un regard flegmatique sur la procréation hors mariage qui apparaît suffisamment banalisée aujourd'hui pour ne plus constituer plus un obstacle au mariage pour les femmes.

### ***La grossesse inopportune dans une relation sans avenir***

Au Maroc comme au Sénégal, le mariage reste le cadre privilégié de la procréation. Lorsqu'une femme célibataire apprend qu'elle est enceinte, sa réaction va être guidée par la situation relationnelle dans laquelle elle se trouve. La perspective de la maternité est bien différente selon que la relation s'inscrit dans un projet de vie durable ou qu'elle n'est que passagère. Si la relation est passagère ou récente, la procréation n'intervient pas comme un projet. Dans ce type de configuration, nos entretiens révèlent que les sentiments sont peu mobilisés : la relation sexuelle est davantage guidée par la recherche du plaisir que par l'attachement amoureux ou encore, les perspectives d'union sont inenvisageables du fait d'incompatibilités sociale ou religieuse. À Dakar par exemple, la société wolof organisée en castes n'admet pas les unions entre castes différentes. De même, les parents sont généralement très regardants sur le statut socio-économique et l'appartenance religieuse du candidat ou de la candidate à l'union. Souvent ces "couples éphémères" se protègent (en utilisant un préservatif) conscients que la relation est limitée dans le temps ; mais la protection n'est pas toujours bien maîtrisée ou parfois la précipitation entraîne des prises de risque : les échecs sont alors fréquents.

Kancou est une jeune femme sénégalaise, célibataire de 20 ans, de niveau d'étude supérieur, encore étudiante, Elle a un copain qui vit en Espagne et avec lequel elle compte se marier un jour. Kancou dit souffrir de cette relation à distance et pour se consoler de son absence, elle pratique le multipartenariat à Dakar. Elle parle de sa vie sentimentale et sexuelle en ces termes : « *pour une fille de mon âge, j'ai trop d'expérience* ». Elle entretient une relation privilégiée avec l'un de ses nombreux partenaires, Fabrice, un catholique (elle est musulmane), avec qui elle « *aime bien le faire* » ; il est attentionné et lui procure du plaisir. Lui aussi a une copine en Europe et tous deux ne désirent pas faire de projets ensemble. Elle tombe enceinte de lui alors qu'elle prétend qu'ils se protègent toujours. Ils décident d'un commun accord de mettre fin à la grossesse et vont voir un infirmier qui l'avorte pour « *un prix étudiant* », soit 50 000 frs CFA<sup>10</sup>. L'avortement marquera la fin de leur relation. Elle raconte cet épisode de la façon suivante : « *C'était avec le catholique que je te disais, on l'a fait [l'avortement]. On avait pris des précautions mais bizarrement je sais pas qu'est-ce qui s'est passé, jusqu'à présent je sais pas. En tout cas j'ai eu un retard de trois jours. (...) et là ben j'ai appelé le mec et je lui ai dit : attends tu achètes à la pharmacie un test, demain matin je le fais. Et là il me dit : ah qu'est-ce qu'il y a, un retard de trois jours ? Vraiment ça sent pas bon là ! (rires), il faut faire le test rapidement ! Alors le lendemain je l'ai fait, je l'ai fait eh ben le test a été positif. Ah, je tremblais, je tremblais mais Dieu merci j'ai été forte. J'ai appelé le mec, je lui ai montré le test ; il a dit bon d'accord je vais trouver du fric rapidement, on va l'enlever. Au début pour le taquiner j'ai dit : quoi enlever ?! J'enlève rien ; on le garde ; c'est le fruit de notre amour et tout. Il m'a répondu : eh attends tes trucs de toubab<sup>11</sup>, tu les laisses de côté (rires), on n'a pas les moyens d'avoir un bébé ! En plus toi t'as un petit copain qui est en Espagne, tu bouffes son argent et tu veux tomber enceinte de moi ?! Moi j'ai une copine, elle est en Allemagne. En plus, il était catholique. Vraiment y avait trop de divergences.* »

Dans le cas de Kancou, la relation avec Félix n'a pas d'avenir : chacun est engagé dans une relation ailleurs et ils n'ont pas la même religion. De plus, leurs familles respectives connaissent l'autre partenaire et il n'est pas question de les décevoir. Leur relation est avant tout sexuelle et totalement déconnectée de tout projet d'avenir. Dans ce cas précis, pour lui comme pour elle, l'avortement s'impose comme une évidence.

Toujours au Sénégal, Bamba un jeune homme, musulman de 28 ans, commerçant, a eu plusieurs partenaires sexuelles dans sa jeunesse, nombre de ces relations étaient basées uniquement sur le sexe. Bamba était habitué à utiliser le préservatif, il en avait toujours sur lui deux ou trois. Avec l'une de ses conquêtes cependant, les choses se sont passées différemment. La jeune femme vit avec sa tante. Elle se montre très entreprenante et les conditions de leurs rapports sexuelles font qu'à plusieurs reprises ils font l'amour sans se protéger. Il raconte par exemple qu'un soir elle lui donne rendez-vous chez elle alors que sa tante est absente : « *On était seuls dans l'appartement, elle a mis des clips, un clip de James, il paraît qu'elle cartonne en France en ce moment. Je lui ai dit qu'elle me plaisait beaucoup et puis elle avait coiffé sa tête à ras. On s'est amusé et, ce qui m'a étonné, on était en train de discuter et elle s'est déshabillée, je bandais, elle était attirante, teint clair. Elle est venue s'asseoir sur moi. On a fait l'amour dans le salon, je ne portais même pas de préservatif, j'avais même oublié cela.* » Un jour sa tante vient lui rendre visite pour lui annoncer que la fille est enceinte. Opposé à l'avortement pour des raisons religieuses, il l'accepte car à l'époque il est encore jeune et n'est pas prêt à fonder une famille. Il nous dit : « *Je suis allé la voir dans sa chambre, je lui ai demandé ce qui se passait, elle m'a expliqué, ça m'a choqué. Je lui ai demandé quelle solution préconise-t-elle. Elle a proposé l'avortement, elle était juste enceinte d'un mois. Je réfléchissais, je me demandais si c'était la bonne solution surtout avec ma religion, mais puisqu'elle ne voulait pas de l'enfant pourquoi pas respecter sa volonté". Il propose alors à la fille d'aller voir un marabout qui fait des avortements avec des poudres 50 000 FCFA, mais*

---

<sup>10</sup> Équivalent à 76 euros.

<sup>11</sup> Désigne les blancs en wolof.

*elle a peur et préfère aller en clinique. C'est elle qui se débrouillera pour financer l'avortement. Après cet épisode, ils ne se revoient quelque temps puis se perdent de vue. »*

Coumba, 21 est une adepte du Mbaraan<sup>12</sup>. Elle sort avec un garçon depuis 2 ans qui est récemment parti en Italie. Peu précautionneuse, Coumba a souvent des rapports non protégés. Elle sort également avec un autre homme, avec lequel elle ne se protège pas non plus. Elle a eu une grossesse non prévue avec celui-ci. La nouvelle la panique mais elle hésite car elle prétend aimer les bébés. Son copain se dit prêt à assumer, mais elle ne l'aime pas vraiment et elle ne se sent pas prête à se sacrifier pour un enfant. Sa mère lui conseille vivement d'avorter. Elle tergiverse au début mais finit par se résigner à interrompre la grossesse. Elle sait aussi que cette naissance l'obligera à épouser cet homme dont elle deviendra dépendante. Elle est jeune, et a des projets d'avenir professionnels. Soucieuse également de ne pas décevoir sa mère, elle se résout à avorter. Elle nous exprime sa prise de décision en ces termes : « Il [son copain] m'avait dit qu'il ne voulait pas, qu'il m'aimait assez pour pouvoir m'accepter et tout, mais je savais que si je gardais cet enfant là...ça...ça allait m'amener beaucoup de problèmes, ça allait m'amener beaucoup de problèmes. Parce que ça allait me barrer la route et c'est vrai que de ce côté-là je suis un peu égoïste parce que je ne pensais pas à l'enfant, je ne pensais qu'à moi, je ne pensais qu'à moi et je savais que même si il, ou elle, venait au monde, ma famille allait le recueillir. Ils allaient bien s'occuper de l'enfant. Mais moi personnellement je me disais déjà neuf mois c'était quelque chose et en ce moment-là, je m'apprêtais à ouvrir une boîte et je me disais que ça allait m'amener beaucoup de problèmes, ça allait me retarder, ça allait bloquer beaucoup de choses et vu que j'avais vingt ans, je me disais déjà à vingt j'ai une gamine ou bien un gamin et que j'ai pas encore fait ce que je voulais. (...) parce que j'ai fait une erreur d'avoir eu un enfant avec cette personne parce qu'il était vraiment cool et tout mais je me suis dit que me marier avec lui serait quelque chose de..., je voulais pas me marier avec lui à cause de l'enfant. »

À l'instar de Kancou, les motivations de Coumba pour interrompre sa grossesse sont essentiellement motivées par le fait qu'elle a d'autres projets que le mariage à ce stade de sa vie. Contrairement à ce que l'on voit à Rabat, l'idée d'une perte de considération sociale certes présente n'est pas la raison principale ; de même que la peur de ne plus pouvoir se marier par la suite n'est pas invoquée par ces jeunes célibataires sénégalaises.

### ***La grossesse inopportune dans une relation durable***

Le type de relation entretenu par les partenaires est un fort déterminant de l'issue des grossesses comme on peut le constater avec la réaction de Mounir à Rabat. Au moment où nous nous entretenons avec lui, Mounir est marié et père de 5 enfants. Il est âgé d'une quarantaine d'années. Biologiste de formation, il travaille comme ingénieur dans les services d'hygiène municipale, tout en poursuivant des études de 3<sup>e</sup> cycle en aménagement et urbanisme. Mounir est originaire d'une région du nord du pays réputée pour son conservatisme sur le plan des mœurs et des traditions. Il en reste marqué et cela transparaît dans cet entretien, avec toutes les contradictions entre les attitudes et les pratiques dans les relations hommes femmes. Mounir se dit farouchement opposé à l'avortement qu'il considère comme un grave péché. C'est pour lui une pratique totalement inenvisageable et pourtant il finit par nous avouer qu'il y a eu recours une fois quand il était jeune. Voici ce qu'il nous raconte : « Bon, moi personnellement j'ai eu recours

---

<sup>12</sup> Le "mbaraan" consiste à avoir des relations sexuelles avec plusieurs partenaires concomitants ou successifs, et qui souvent s'ignorent. La contrepartie des services sexuels et sociaux (accompagnement dans des sorties par exemple) offerts par la femme lui permet d'acquérir les biens matériels et le soutien financier dont elle a besoin. Essentiellement utilisé par les femmes, le *mbaraan* est pratiqué comme une source d'auto financement. Il concerne principalement les jeunes célibataires qui, en attendant de se marier, trouvent dans ce système un moyen de survivre dans un certain confort matériel, voire de poursuivre des études ou une formation. (Adjamagbo et al., 2013, p. 65).



*à l'avortement pendant la période estudiantine, à l'université, avec une amie. À l'époque, j'avais des problèmes financiers. De graves problèmes financiers. Je me souviens très bien que ce sont mes amis qui m'ont aidé à dépasser ce problème. C'est-à-dire le problème financier. Et c'est quelqu'un qui a eu avant moi le recours à l'avortement qui m'a montré le chemin d'un spécialiste, un gynéco qui fait des avortements comme ça. C'est une relation qui s'est faite pendant une période où j'étais un étudiant, sans revenu, sans rien du tout. Une relation avec une étudiante, c'est à dire spontanée, ça je crois c'est une relation spontanée. C'est pour le plaisir seulement, à l'époque hein ! Actuellement je ne peux pas faire ça. »*

Mounir nous parle d'une période de sa vie où la procréation n'était pas encore dans ces plans de vie. Dans sa situation d'alors (étudiant, sans argent), les responsabilités qu'entraînerait la reconnaissance de la grossesse ne peuvent être assumées. Il est clair aussi que pour lui la relation qu'il entretient avec amie est passagère et motivée avant tout par la recherche du plaisir, une relation « spontanée ». Avec cette partenaire, une étudiante également, ils pratiquaient le retrait n'ayant pas les moyens de payer les préservatifs et ne prévoyant pas toujours d'avoir des relations sexuelles : « *Il y avait des préservatifs, mais on n'avait pas les moyens d'acheter les préservatifs, on n'avait pas assez de temps. Parfois ces relations se faisaient à l'improviste. Vous savez la situation des étudiants célibataires* ». Il l'a accompagnée pour avorter et a payé l'avortement. Ils ont ensuite repris leur vie sexuelle « *en faisant attention* ».

La position de Mounir par rapport à l'avortement change cependant, lorsqu'il est confronté à une autre GNP, mais dans le cadre de son mariage cette fois-ci. En effet, il raconte comment après son mariage quand sa femme a été enceinte pour la 3<sup>ème</sup> fois, d'une grossesse qu'ils n'avaient pas prévue, il n'a pas pensé à l'avortement. Invoquant son statut de musulman, il explique combien avorter de ce qu'il doit être considéré comme un don de Dieu lui semble inacceptable. Une fois marié, même si la grossesse n'est pas attendue, sa position est simple : « *C'est mon Dieu qui a voulu, et on laisse* ». Ainsi, ce qui paraît faisable et même souhaitable à un moment de sa vie lui apparaît totalement impensable à un autre moment.

Dans certains cas, la relation mobilise assez de sentiments entre les partenaires pour que l'idée de relation durable, puisse être envisagée et même fortement désirée. La grossesse non prévue devient alors l'occasion de franchir le pas pour formaliser l'union, voire l'imposer aux familles lorsque celle-ci ne correspond pas aux cadres socialement prescrits. Au Sénégal, nous avons dans nos entretiens plusieurs cas de jeunes couples clandestins qui se révèlent à la famille lorsque la grossesse survient, et imposent alors le mariage. La crainte du qu'en-dira-t-ton, fait taire les hostilités et les familles, bon gré mal gré, se plient à la volonté du jeune couple. Ces grossesses non prévues soulevant parfois des situations très conflictuelles peuvent être qualifiées de "stratégiques" (Adjamaqbo et al., 2013).

Au Maroc, la pression morale qui pèse sur les jeunes individus semble rendre beaucoup plus difficile le fait d'imposer une naissance hors mariage, même quand le couple se fréquente depuis relativement longtemps. Radia par exemple a fréquenté son premier ami, un agent de police, pendant deux ans. Il était pauvre, mais ils s'entendaient très bien, tant sur le plan sentimental que sur le plan sexuel. Comme ils n'utilisaient que la méthode du calendrier, elle finit par tomber enceinte. L'annonce de cette grossesse n'est pas du tout bien accueillie. Le poids de la morale sociale, y est pour beaucoup comme l'exprime clairement son récit : « *Ça n'était pas possible pour lui [son partenaire] non plus ; qu'il fasse rentrer une femme comme ça dans sa famille. Il m'a dit non, il m'a dit « je dois te faire rentrer dans ma famille avec ta dignité, non d'une façon non-conforme » et vraiment, même moi je ne l'accepterai pas (...) je ne pouvais pas, je ne pouvais pas (elle le dit de plus en plus bas) oh mon dieu, je risquais de me faire égorgée, oh mon dieu ! Ma mère m'aurait dit « tu n'as rien trouvé à faire, ça y est, c'est tout ce qui reste, tu n'as laissé aucune rue, aucun jardin» (rires).* »

Pour elle comme pour lui, il n'était pas question d'avoir un enfant en dehors du mariage. Radia fait alors tout pour avorter avec des produits traditionnels, fait des examens à la pharmacie et part chez le

gynéco. Une fois débarrassée de la grossesse, elle épouse son ami pour réparer la perte de virginité, mais l'homme se montre vite infidèle et irresponsable. Le mariage ne durera cependant que 3 ans et ils ont fini par divorcer sans avoir eu d'enfant, après qu'elle ait trouvé un jour avec une femme dans leur lit conjugal.

### ***L'avortement dans une relation conjugale conflictuelle***

Parfois, la grossesse non prévue survient au sein de couples qui sortent ensemble depuis un certain temps, mais où les partenaires traversent une période de tension, qui compromet les perspectives d'avenir. La grossesse devient alors le déclencheur brutal d'une discordance entre les partenaires ; discordance qui peut entraîner des négociations houleuses quant à la décision de mener à terme ou pas cette grossesse.

C'est le cas d'Arlette, 30 ans, à Dakar. Arlette vit en ménage pendant 6 ans avec un homme qui travaille comme cadre dans une société de l'industrie alimentaire. Au début de leur relation, Arlette occupe un emploi de secrétaire dans une société d'import-export. L'homme est très amoureux ; son travail l'oblige à voyager souvent en France et dans la sous-région et il convainc Arlette d'arrêter de travailler pour pouvoir l'accompagner dans ses déplacements. Elle quitte son travail mais regrette très vite car elle finit par s'ennuyer. Elle souffre d'être sous sa dépendance financière et déplore avoir peu d'argent pour elle. Elle lui demande qu'il l'aide à ouvrir un petit commerce, mais il refuse chaque fois. Arlette et son compagnon ont des rapports protégés. Pendant les premières années de vie commune, elle ne veut pas tomber enceinte et ils utilisent le préservatif. Elle a pris la pilule pendant 1 an puis a arrêté car elle prenait du poids. Ils envisagent à un moment de leur relation de faire un enfant. Elle tombe enceinte, ils désirent tous deux garder la grossesse. Mais le doute s'installe chez l'homme et il remet en cause son engagement à devenir père. Déçue par sa réaction, Arlette décide avorter. Elle ne veut pas d'un enfant dans ces conditions, avec un homme qui ne sait pas ce qu'il veut. Elle le perçoit soudain sous un autre œil : égoïste, peu attentionné, jaloux et immature. Elle soupçonne même qu'il la trompe lors de ses longues sorties avec ses copains dont il rentre régulièrement saoul et violent. Elle se sent bafouée, humiliée et perd progressivement confiance en lui. Elle nous raconte comment elle a pris la décision de mettre un terme à cette grossesse : *« Pour l'avortement, c'est moi qui en ai parlé en premier. Et je crois même que je l'ai aidé parce que, en fait, je pense qu'il voulait me dire ça [lui proposer d'avorter], mais il savait pas comment faire. Bon finalement ça s'est fait. Au fur et à mesure, je me suis rendue compte que je voulais pas rester avec lui ; j'avais pas envie de faire ma vie avec lui. Alors je me suis dit que vaut mieux avorter que de garder un enfant et de me séparer après, tu vois. J'avais vraiment envie de faire ma vie normalement avec un homme, un mari quoi, pas avec un gars qui sait pas ce qu'il veut, qui te dit aujourd'hui jaune, demain il te dit ça. Aujourd'hui il te dit je t'aime, et demain tu vois, instable dans sa tête, voilà. »* Peu de temps après, ses sentiments pour lui s'effritent et elle finit par le quitter.

Parfois le conflit se crée entre plusieurs protagonistes autres que les deux conjoints. Notamment la famille qui, lorsqu'elle ne tolère pas l'union, fait tout pour éviter que naisse un enfant. La situation de Firdaous, une jeune femme marocaine de 29 ans, couturière, fille d'un haut fonctionnaire de l'État et d'une mère qui ne travaillait pas, montre bien comment la famille est capable de s'immiscer dans les affaires du couple y compris autour des projets d'enfants. Après un premier mariage qui se termine par un divorce, Firdaous se remarie avec un homme qui a déjà deux enfants et qu'elle nous décrit comme malhonnête, égoïste et incapable de donner de l'affection ou d'éprouver de la compassion pour autrui. Son mari l'oblige à envoyer le fils qu'elle a eu avec son premier mari chez son père. Il ne voulait pas de son fils à elle à la maison, alors qu'elle doit s'occuper de ses deux enfants. Son mari suit régulièrement ses prises de pilule car il ne veut pas d'enfants. Mais un jour, il oublie de lui acheter sa plaquette, et lui

remet avec deux jours de retard. Elle tombe enceinte et il tente de la faire avorter en lui faisant prendre de force des médicaments interdits aux femmes enceintes. Mais cette tentative échoue. Il lui demande alors d'aller voir un médecin. Elle part donc expliquer à ses parents les manœuvres abortives de son mari. Ses parents outrés s'insurgent contre l'attitude de l'homme « *Ils m'ont dit que si je faisais ça, le bon Dieu ne me pardonnerait jamais, mais que je devais rester en bon terme avec lui, du moins pour le moment. Je leur ai dit que j'étais résolue à garder le bébé parce que dans tous les cas, il voudra divorcer. Si je ne me fais pas avorter tout de suite, il voudra divorcer, et si je me fais avorter il voudra divorcer quand même pour éliminer le risque de me voir de nouveau enceinte* ». Pendant ce temps le mari obstiné contacte sa propre famille pour parler de cette situation : ensemble ils se liguent pour la convaincre d'avorter : « *Sa mère nous a demandé ce qui se passait faisant semblant de ne rien savoir. Je lui ai dit que j'étais enceinte et que son fils voulait que j'avorte. Alors elle m'a dit que je n'avais rien à faire d'un bébé, qu'il valait mieux que je m'en débarrasse et que je vive ma vie. Je lui ai dit : « Pourquoi j'avorterai. Si je ne fais pas mes enfants maintenant, quand les ferai-je ? C'est le bon Dieu qui m'a fait ce don, donc je dois l'accepter ». Elle a ajouté que mon bonheur devait passer en premier. Je lui ai dit que mon bonheur c'était de garder ce bébé, que si elle était une femme pieuse, si son fils craignait Dieu, ils ne me proposeraient pas d'avorter.* » Il la conduit chez le médecin pour prendre rendez-vous pour l'avortement affirmant qu'ils sont tous les deux d'accord et fixent un rendez-vous. Elle contacte alors le médecin et lui explique « *que je voulais garder mon bébé et que je subissais la pression de mon mari et de sa famille. Je lui ai demandé de ne pas venir à la clinique le jeudi. Je l'ai menacé d'aller à la police s'il ne déchirait pas le papier que mon mari avait signé. Il m'a assuré qu'il ne me ferait pas d'IVG contre mon gré même si on lui donnait l'équivalent de son poids en or.* » Le lendemain elle se rend à la clinique avec son mari. Toute sa famille à elle est là pour la défendre. Le père de Firdaous dit au mari : « *Vous n'avez pas honte, vous n'avez pas peur de Dieu ? Et vous prétendez être un bon musulman ! Qu'est-ce que vous êtes en train de faire ?* » Le mari prétend alors qu'il s'agit d'une décision commune et que si elle refuse d'avorter, il demande le divorce. L'avortement n'a finalement pas eu lieu, elle récupère ses affaires et retourne chez ses parents. Le mari entame la procédure de divorce.

Naziha, femme marocaine âgée de 38 ans, vit une situation similaire avec son conjoint et sa belle-famille. Elle est mère d'une fille (19 ans) et de deux garçons (16 et 14 ans) et travaille aujourd'hui dans un institut de recherche comme employé non permanent. Elle confie que sa mère l'a forcée à se marier très jeune (fiançailles à 14 ans), mais elle a divorcé au bout de neuf mois. Elle se remarie avec un homme qu'elle ne connaissait pas et la relation se dégrade dès le début. Après 7 mois de mariage, elle tombe enceinte n'utilisant aucune contraception par ignorance. Bien qu'elle souhaite cette grossesse son mari et sa belle-famille (qui n'avait pas accepté cette femme divorcée) tentent de la faire avorter en vain : « *lui et sa famille ont fait l'impossible pour me faire avorter, des injections, des herbes mais en vain et j'ai eu ma fille* ». Elle est à nouveau enceinte 3 ans après la naissance de sa fille « *la deuxième grossesse est venue par la faute du régime<sup>13</sup>* ». Son mari ne veut pas d'enfant et elle pratique un curetage pour interrompre la grossesse, mais un mois après, elle est à nouveau enceinte : elle accouche d'un garçon. « *J'ai fait le curetage après je n'ai fait ni pilule ni rien, je faisais le régime et avec ce régime j'ai eu mon garçon, comme si j'ai eu un châtement puisque j'ai fait ce curetage* ». Elle a ensuite une autre grossesse suite à un échec de pilule et son troisième enfant naît. Elle a une dernière grossesse qu'elle interrompt par un curetage : son mari n'est pas au courant de cette grossesse. « *Le dernier, on avait des disputes et il n'y avait plus de rapports sexuels entre nous, je ne prenais plus la pilule, c'est-à-dire je ne suis plus de programme et je ne prenais rien jusqu'à ce que je sois tombée enceinte, une fois ça, ce n'est pas lui qui n'a pas voulu mais c'est plutôt moi, j'étais fatiguée, je savais déjà que les 3 enfants, je les faisais souffrir et moi aussi, et ajouter un quatrième je me suis dépêchée pour l'enlever* ». Personne n'est informé de cet avortement auquel elle recourt toute seule sans informer personne.

---

13 Terme utilisé pour désigner le retrait.

Si dans les deux pays, les grossesses prémaritales sont socialement peu admises, par contre leurs conséquences sont gérées différemment. L'avortement s'apparente à une solution pour masquer ces grossesses même dans une situation d'illégalité exposant les femmes à des sanctions pénales ou à un risque pour leur santé.

Au Sénégal, un arrangement entre les partenaires et leurs familles est possible et peut permettre de les légitimer par le mariage, une situation difficilement envisageable au Maroc. Dans ce pays, les grossesses hors mariage sont fortement stigmatisées et les enfants nés dans cette situation n'ont pas de statut social. Ces grossesses révèlent en effet la transgression de l'interdit de la sexualité hors mariage et la perte de la virginité de la femme qui rend impossible leur légitimation par le mariage. En effet comme le signale nombre des enquêté(e)s, il n'est pas possible d'épouser une femme qui ne serait pas vierge et paradoxalement c'est ce qu'affirme certains des enquêtés même s'ils entretiennent pendant de nombreuses années des relations avec des femmes qui étaient vierge au moment de leur rencontre.

Comme le mentionne Rami « *oui, bien sûr, il y a la connaissance, les bisous, les embrassades, l'amour, je contrôle la fille, je l'ai contrôlée (dans le sens de sonder si elle était vierge ou pas) (rires). Je te le jure que c'est vrai ! Et oui ! Pour savoir avec qui tu te trouves, je ne me vois pas prendre (épouser) une esquinquée, que tout le monde a couché avec elle* » (rire). »

## Discussion

---

Cette recherche, comme tout travail de type qualitatif n'est pas représentative des situations vécues par l'ensemble des hommes et femmes de ces deux villes africaines et ne permet pas d'en quantifier l'importance : c'est une limite inhérente à ce type d'approche.

Mais ces données sont très riches de par la finesse des informations recueillies et leurs capacités à nous informer sur les processus sociaux liés à la maternité/paternité et la gestion qu'en font les femmes ou les couples au quotidien. L'intérêt de l'approche qualitative dans le champ de la santé sexuelle et reproductive en Afrique a été d'ailleurs souligné par différents auteurs (LeGrand et al., 2003; Randall and Koppenhaver, 2004). Disposer de trajectoires familiales, affectives, sexuelles et sociales nous permet de comprendre l'importance de la situation relationnelle et du contexte social pour déterminer le devenir d'une grossesse solutionnée différemment selon les étapes du cycle de vie familial et reproductif.

Un autre élément qui contribue à la richesse des données est de disposer d'entretiens d'hommes et de femmes. Même s'il ne s'agit pas de couples, ce qui aurait permis une meilleure appréhension des relations et négociations en leur sein, ces récits nous informent, dans des sociétés où la maternité est valorisée, des enjeux sociaux que représentent les grossesses non prévues pour les hommes, les femmes et leur famille à différents moments de leur trajectoire et les circonstances dans lesquelles elles sont acceptables ou non.

Ces deux pays présentent des similitudes sur le plan des facteurs sociaux et culturels, mais les normes apparaissent plus rigides au Maroc qu'au Sénégal en particulier en matière de sexualité et de grossesses hors mariage. Le recul de l'âge au mariage explique que les femmes vivent des expériences sentimentales et amoureuses plus diversifiées qu'autrefois, et qu'une sexualité prémaritale se développe même si elle est socialement désapprouvée, alors que pour les hommes elle est considérée comme normale. La norme de chasteté des célibataires est particulièrement prégnante au Maroc et rend

inimaginable toute grossesse hors union, sa transgression obère les chances de mariage des femmes<sup>14</sup>. Même pour une femme qui a été victime de violence sexuelle ou qui entretient des relations de longues dates avec un partenaire qui l'a déflorée, les chances de mariage sont réduites. Au Maroc les grossesses qui surviennent dans cette période sont considérées comme inacceptables, les mères célibataires sont mises au ban de la société et leurs enfants stigmatisés. L'avortement est donc une manière d'éviter ces grossesses qui provoquent de véritables drames personnels. Au Sénégal, en revanche, les grossesses hors mariage, sont certes mal jugées par les familles et l'entourage, mais elles ne s'assimilent pas pour autant à une mort sociale, ni à une marginalisation sur le marché matrimoniale. L'annonce d'une grossesse hors mariage précipite souvent la formalisation de l'union entre les deux "fautifs". La célébration de l'union intervient en effet souvent pendant la grossesse ou peu de temps après la naissance de l'enfant. Ce fait a été observé à Dakar mais aussi en milieu rural (Adjamagbo et al., 2004; Mondain et al., 2009).

On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles les femmes ont des relations sexuelles dans un contexte où les risques de sanction sociale associés à cette pratique sont si élevés ? Nous avons constaté que certaines entrent volontairement en sexualité pour être enceintes, afin de contraindre l'homme à les épouser et contrecarrer les plans de mariage de la famille (voir Anta à Dakar). D'autres femmes, telle Kancou, s'engagent dans la sexualité par plaisir ou par curiosité. Beaucoup, particulièrement celles qui ont entretenu une longue relation avec le même homme et qui sont amoureuses de lui, ne réalisent pas qu'il ne les épousera pas car elles ne sont plus vierges (comme le montre l'histoire d'Ahmed par exemple).

La différence entre les deux pays porte beaucoup sur la valeur accordée à la virginité et aux risques associée à sa perte avant le mariage. La transgression de l'interdit, sévèrement réprimée au Maroc, est plus facilement tolérée au Sénégal. Rester chaste jusqu'au mariage est certes recommandé au Sénégal, mais le fait de ne pas respecter cette règle ne projette pas les femmes au ban de la société pour autant. Le fait qu'un homme accepte de sortir avec une femme sans avoir de rapport sexuel avec elle représente pour la femme un gage de respect et d'engagement au mariage. Le renoncement de l'homme à la sexualité est perçu par les femmes comme un trait caractéristique déterminant dans le sentiment amoureux. Mais dans le cadre de relation amoureuse, une femme reconnaît un homme sérieux au fait qu'il n'insiste pas pour faire l'amour tant que le mariage n'est pas prononcé. Pour une femme, à Dakar, exiger l'abstinence, c'est aussi tester les intentions d'un homme vis-à-vis de soi. Cette posture très normative est cependant difficile à tenir pour beaucoup de femmes et d'hommes, comme en témoignent les histoires que nous avons recueillies. Nous avons vu par exemple que, toutes reconnues qu'elles soient, ces normes n'empêchent des pratiques telles que le *mbaraan*, où ce sont les femmes qui mènent le jeu.

Cette étude illustre bien les rapports de domination qui existent au sein des couples dans la gestion de leur sexualité et leur désir de procréation. Le double standard sexuel en est une illustration flagrante particulièrement au Maroc. Ce double standard a un effet pervers sur les politiques, puisqu'il exclut toute une catégorie de femmes de l'accès à la prévention de grossesses non prévues à une étape de leur vie où les besoins sont différents, mais tout aussi importants qu'au stade matrimonial.

---

14 Même si ce type d'opération existe au Maroc, la chirurgie de reconstruction de l'hymen a été rarement mentionnée par les répondants et les données sur sa fréquence sont rares (Bakass et al., 2013a).

Le Maroc et le Sénégal se singularisent aussi par des engagements politiques différents. Alors que l'on aurait pu penser que du fait de programmes de planification familiale plus performants dans leur pays, les femmes de Rabat sont en meilleure posture pour vivre sereinement leur entrée en sexualité, l'étude des entretiens montre qu'il n'en est rien. Encore plus qu'à Dakar, la sexualité des jeunes à Rabat doit rester secrète. De nombreux jeunes couples qui ne veulent pas transgresser la norme de l'abstinence prémaritale n'ont d'autre choix que de recourir à la sexualité non pénétrative comme moyen de contraception. Mais cette méthode n'est pas sans risque spécialement quand les partenaires entretiennent une relation de longue durée. Ce type de sexualité se termine souvent par un coït et les couples n'ont pas toujours à disposition une contraception de relai. En fait, la pratique de la sexualité non pénétrative par les jeunes célibataires « influence les représentations associées aux risques éventuels d'un rapport sexuels. Ce qui explique peut-être le peu de vigilance contraceptive après la défloration » (Bakass et al., 2013a). Il faut également noter le difficile accès à la planification familiale pour les femmes non mariées au Maroc en dépit d'une politique très engagée dans la diffusion des méthodes modernes de contraception. Dans les deux pays, parce que l'avortement est une preuve évidente d'une inconduite sociale et un acte interdit par la loi, il doit rester secret<sup>15</sup>. Les jeunes femmes marocaines avortent cependant plus facilement que les sénégalaises parce qu'elles ont intériorisé le standard du contrôle des naissances par des méthodes médicales et qu'elles acceptent moins facilement de poursuivre une grossesse non planifiée.

Au Sénégal où la tradition de maîtrise de la fécondité est plus récente, la fécondité se maintient à des niveaux relativement élevés, comparée au Maroc, la survenue d'une grossesse non prévue en l'absence ou suite à un échec de contraception apparaît comme plus acceptable. Les différences de niveau de prévalence contraceptive entre ces deux pays (de l'ordre de 10% au Sénégal et plus de 50% au Maroc dans les années 2000) montrent bien des conditions d'accès aux méthodes de planification familiale très différentes. Pourtant, les jeunes sénégalais ont en principe accès à la contraception. Contrairement au Maroc, ils sont officiellement visés eux aussi par les programmes de PF mais dans les faits, le recours à la contraception chez les jeunes célibataires est loin d'être la règle. En dépit des évolutions sociales, ces politiques prônent encore souvent l'abstinence et les campagnes de marketing social valorisent l'usage des préservatifs dans le cadre des programmes de lutte contre le sida, plus que dans un but contraceptif. En outre, si le préservatif est bien entré dans les pratiques, au Sénégal comme dans beaucoup de pays d'Afrique au sud du Sahara (Cleland and Ali, 2006), il constitue une méthode essentiellement masculine parfois difficilement négociable pour les femmes.

Les sociétés sénégalaises et marocaines sont dominées par un système patriarcal qui impose une forte hiérarchie entre les sexes. Le statut social des femmes et dans une moindre mesure des hommes est très attaché à leur fonction procréative, même si les normes relatives à la taille de la famille varient fortement entre ces deux pays. L'implication des familles dans la sphère privée des couples reste importante en dépit de progrès réels en termes d'autonomisation des hommes comme des femmes à travers l'accès à l'éducation, l'emploi et l'exposition aux médias. Au Maroc comme au Sénégal, nos données révèlent une forte implication des familles dans la gestion de la formation des couples et de leur fécondité. Cette tendance apparaît cependant plus exacerbée au Maroc où comme nous avons pu le constater, les familles se mobilisent parfois âprement pour obliger ou interdire un avortement. Les récits collectés à Rabat sont emprunts souvent de termes durs et violents pour décrire les relations entre les hommes et les femmes. Les femmes célibataires qui ne sont plus vierges sont des femmes "abîmées", "esquintées" c'est-à-dire bonnes à mettre au rebus ; la défloration est décrite comme un viol, signe qu'elle est souvent

---

<sup>15</sup> L'avortement doit rester secret non seulement pour les femmes ou les couples mais aussi pour tous les acteurs impliqués, y compris le personnel médical qui tire un certain profit de cette pratique.

forcée. Il existe un contraste saisissant au Maroc entre une politique de diffusion de la contraception moderne exemplaire et performante et des pratiques particulièrement rétrogrades à l'endroit des femmes et de leur sexualité. Si les femmes ont, en principe, accès à la contraception, cela ne signifie pas pour autant qu'elles ont un réel contrôle sur leur corps et leur fécondité (Palomino et al., 2011). Elles restent très soumises à la volonté de leur partenaire aussi bien dans leurs pratiques sexuelles (utilisation de méthodes masculines telles que le "régime" (retrait) ou le préservatif, ou la pratique de sexualité non pénétrative) que dans la gestion de leur fécondité et en subissent souvent les conséquences à leur dépend. La perte de virginité consécutive à une sexualité clandestine est vécue douloureusement par ces femmes. En effet, même après plusieurs années de relation heureuse avec celui qui les a déflorées, elles ne parviendront à se faire épouser ni par lui ni par un autre sauf si elles procèdent à une reconstruction de l'hymen. Cette étude met également en évidence l'importance d'étudier les enjeux des grossesses non prévues dans les différentes phases de la relation. Ainsi comme on a pu le voir, les hommes, comme Mounir, auteurs d'une grossesse qui survient dans une relation sans avenir, « spontanée » ou pas, imposent l'avortement pour ne pas avoir à épouser une femme « non vierge ». Lorsque cette grossesse survient dans le cadre du mariage, en revanche, elle est plus facilement poursuivie, ainsi Mounir accepte la troisième grossesse de sa femme, même si elle ne la souhaite pas, se déclarant, dans ce cas, opposé à l'avortement au nom de sa religion et par respect pour sa famille.

Prendre en compte, les différentes phases de la relation pour expliquer les enjeux de santé reproductive liés à la contraception ou encore ceux liés à l'infection à VIH a été signalé par d'autres auteurs (Bajos and Marquet, 2000; Delaunay, 1999; Kulczycki, 2008; Lerner and Quesnel, 1994). Ces études montrent que dans les deux cas, « *il n'existe pas de personnes à risques mais plutôt des situations qui favorisent la prise de risque* » (Bajos et al., 2013).

L'avortement intervient à différentes étapes de la trajectoire de vie des individus : avant de démarrer sa vie reproductive (avortement de la première grossesse, en période prémaritale) ou pour espacer ou limiter les naissances chez les femmes mariées. C'est une décision qui répond à un choix conjoncturel mais aussi à un projet de vie dans lequel la maternité et la paternité n'est pas envisageable (Pettracci et al., 2012) : il ne s'agit pas d'un refus d'avoir des enfants mais de décider le moment opportun de leur venue pour leur offrir une vie décente et ne pas compromettre des projets personnels. L'avortement révèle qu'il existe des besoins non satisfaits en planning familial spécifiques à chaque période du cycle de vie. Les besoins non satisfaits de contraception en période de célibat sont souvent mal appréhendés, aussi bien dans les publications des Nations Unies que dans les Enquêtes démographiques et de santé où les données sont centrées essentiellement sur les femmes en union. Il est tout à fait surprenant de voir qu'au Maroc, par exemple, la santé de la reproduction des femmes célibataires n'est pas étudiée dans les EDS ! Cette négation de la sexualité des jeunes célibataires nous paraît emblématique de sociétés où l'inégalité femmes-hommes est forte ; ce qui a pour effet pervers de rendre difficile (comme au Sénégal) l'accès aux méthodes de prévention des jeunes, voire, comme au Maroc, d'exclure toute une catégorie de femmes de l'accès à la prévention de grossesses non prévues à une étape de leur vie où les besoins sont différents, mais tout aussi importants qu'au stade matrimonial.

## Conclusion

---

L'hypothèse selon laquelle la mise en œuvre de programmes forts de promotion de la planification familiale et d'une propagande virulente autour d'un modèle restreint de famille est à même de réduire les coûts sociaux, économiques et sanitaires d'une interruption volontaire de grossesse se vérifie partiellement. Certes les femmes marocaines semblent avoir davantage accès à l'avortement médicalisé,

qui assure une certaine sécurité, que les sénégalaises. Pour autant, l'avortement à Rabat, surtout pour une femme célibataire, est souvent l'occasion d'un véritable drame affectif et familial, dans lequel la femme se retrouve, seule et stigmatisée. Au Sénégal où les politiques sont moins fermement engagées en faveur d'une diffusion de la contraception, l'accès à l'avortement médicalisé est plus restreint et davantage soumis à des conditions de revenus économiques. Dans ce contexte, avorter comporte des risques sanitaires importants notamment pour les populations les plus démunies. Cependant des alternatives à l'avortement sont possibles sans que la jeune mère s'en trouve pour autant mise au ban de la société. Ce qui fait la différence entre les deux pays, c'est sans aucun doute un contexte normatif plus clément face à la transgression de l'interdit sexuel avant le mariage pour les femmes au Sénégal qu'au Maroc.

Contrairement à notre seconde hypothèse, le niveau d'éducation ne constitue pas toujours un garant d'une plus grande liberté face à la gestion des grossesses non prévues. Nos résultats montrent bien que les hommes éduqués au Maroc n'hésitent pas à rejeter leur compagne dès que se présente une grossesse non prévue. Les femmes éduquées sont elles mêmes tributaires de leurs partenaires et de leurs familles et sont impuissantes face à la sanction sociale.

Au Sénégal, la situation est un peu plus complexe. Ce sont les femmes les plus éduquées et les moins dépendantes financièrement qui parviennent à faire face aux grossesses non prévues le plus efficacement, c'est-à-dire en faisant valoir leur propre décision. Celles qui en revanche sont moins dotées scolairement et plus dépendantes économiquement n'ont d'autres choix que de se faire épouser ou d'assumer seules leur grossesse (Adjamagbo et al. 2013).

L'étude montre en définitive que les politiques de population ne font pas tout. Les lois restrictives relatives à l'avortement sont une entrave à la liberté des femmes et des couples de décider de leur fécondité et les contraignent à des pratiques à risque. Même les politiques plus efficaces ne sont pas toujours les plus à même de garantir aux femmes l'accès au droit fondamental de disposer de leurs corps tant que les contextes normatifs restent dominés par une forte domination masculine.

## **Références**

---

- Adjamagbo, A., Antoine, P., Delaunay, V., 2004. Naissances prémaritales au Sénégal : confrontation de modèles urbain et rural . Cahiers québécois de démographie 33, 239–272.
- Adjamagbo, A., Koné, P.A., Équipe ECAF, 2013. Situations relationnelles et gestion des grossesses non prévues à Dakar. Population 67–96.
- Áhman, E., Shah, I.H., 2011. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. International Journal of Gynecology & Obstetrics 115, 121–126. doi:10.1016/j.ijgo.2011.05.027
- AMPF, 2008. Etude exploratoire de l'avortement à risque. Association marocaine de planification familiale (AMPF), Rabat.
- Antoine, P., 2002. Les complexités de la nuptialité : de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine en Afrique, in: Caselli, Graziella, Vallin, Jacques, Wunsch, Guillaume (Eds.), Démographie : Analyse et Synthèse. pp. 75–102.
- Azelmat, M., Ayad, M., 1993. Enquête nationale sur la population et la santé (ENPS-II), 1992. Ministère de la santé publique, Secrétariat général-DPSI, Service des études et de l'information sanitaire.
- Bajos, N., Bozon, M. (Eds.), 2008. Enquête sur la sexualité en France., La Découverte. ed, Pratiques, genre et santé. Paris.



- Bajos, N., Marquet, J., 2000. Research on HIV sexual risk: Social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Social Science & Medicine* 50, 1533–1546.
- Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A., Rossie, C., The ECAF team, 2013. Normative Tensions and Women's Contraceptive Attitudes and Practices in Four African Countries. *Population (English Edition)* 68, 15–36. doi:10.3917/pope.1301.0015
- Bakass, F., Ferrand, M., Équipe ECAF, 2013a. L'entrée en sexualité à Rabat: les nouveaux "arrangements" entre les sexes. *Population* 41–66.
- Bakass, F., Ferrand, M., The ECAF team, 2013b. Sexual Debut in Rabat: New "Arrangements" between the Sexes. *Population (English Edition)* 68, 37–59. doi:10.3917/pope.1301.0037
- Bankole, A., Hussain, R., Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., Guiella, G., 2013. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences. Guttmacher Institute, New York.
- Bankole, A., Oye-Adeniran, B.A., Singh, S., Adewole, I.F., Wulf, D., Sedgh, G., Hussain, R., 2006. Unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria: causes and consequences. The Alan Guttmacher Institute.
- Bertaux, D., 2006. *Le récit de vie, l'enquête et ses méthodes*, (2e éd.). ed. Armand Colin, Paris.
- Biney, A.A.E., 2011. Exploring contraceptive knowledge and use among women experiencing induced abortion in the Greater Accra Region, Ghana. *Afr J Reprod Health* 15, 37–46.
- Bledsoe, C.H., Cohen, B., 1993. Social dynamics of adolescent fertility in sub-Saharan Africa. National Academy Press.
- Bozon, Michel, 2003. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. *Populations & Sociétés* 4.
- Bury, L., Aliaga Bruch, S., Machicao Barberly, X., Garcia Pimentel, F., 2012. Hidden realities: What women do when they want to terminate an unwanted pregnancy in Bolivia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 118, S4–S9. doi:10.1016/j.ijgo.2012.05.003
- CEFOREP, 1998. Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes présentant des complications liées à un avortement incomplet (Rapport Final No. 33p). CEFORÉP, JHPIEGO, Sénégal.
- Chinebuah, B., Perez-Escamilla, R., 2001. Unplanned pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breast-feeding among Primiparous women in Ghana. *Journal of Nutrition* 131, 1247–1249.
- Cissé, C., Faye, K., Moreau, J., 2007. Avortements du premier trimestre au CHU de Dakar: intérêt de l'aspiration manuelle intra-utérine. *Médecine tropicale* 67, 163–166.
- Cisse, C.T., Faye, E.O., Cisse, M.L., Kouedou, D., Diadhiou, F., 1999. [Uterine perforation after an illegal abortion]. *Med Trop* 59, 371–4.
- Cleland, J., Ali, M.M., 2006. Sexual abstinence, contraception, and condom use by young African women: a secondary analysis of survey data. *The Lancet* 368, 1788–1793.
- Dabash, R., Diagne, A., Ndong, I., 2003. Taking postabortion care services where they are needed: an operations research project testing PAC expansion in rural Senegal.
- Delaunay, K., 1999. Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie. AUTREPART-BONDY PARIS- 37–52.
- Diouf, P., 1996. L'avortement à Pikine, in: Charbit, Y. (dir. ). N., Salif (dir.) (Ed.), *La Population Du Sénégal*. DPS - CERPAA, Sénégal, pp. 409–418.

- Foster, D.G., Higgins, J.A., Karasek, D., Ma, S., Grossman, D., 2012. Attitudes Toward Unprotected Intercourse and Risk of Pregnancy among Women Seeking Abortion. *Women's Health Issues* 22, e149–e155. doi:10.1016/j.whi.2011.08.009
- Hubacher, D., Mavranouzouli, I., McGinn, E., 2008. Unintended pregnancy in sub-Saharan Africa: magnitude of the problem and potential role of contraceptive implants to alleviate it. *Contraception* 78, 73–78. doi:10.1016/j.contraception.2008.03.002
- Hussain, R., 2012. Abortion and unintended pregnancy in Kenya. *Issues in brief* (Alan Guttmacher Institute).
- Kaye, D.K., Mirembe, F., Bantebya, G., Johansson, A., Ekstrom, A.M., 2005. Reasons, methods used and decision-making for pregnancy termination among adolescents and older women in Mulago Hospital, Uganda. *East Afr Med J* 82, 579–585.
- Koly, F., 1991. L'avortement provoqué clandestin : aspects actuels et perspectives à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *Faculté de Médecine, Dakar*.
- Kulczycki, A., 2008. Husband-wife agreement, power relations and contraceptive use in Turkey. *International family planning perspectives* 34.
- LeGrand, T., Koppenhaver, T., Mondain, N., Randall, S., 2003. Reassessing the Insurance Effect: A Qualitative Analysis of Fertility Behavior in Senegal and Zimbabwe. *Population and Development Review* 29, 375–403. doi:10.2307/3115279
- Lerner, S., Quesnel, A., 1994. Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México, in: *La Población En El Desarrollo Contemporáneo de México*. ALBA F., CABRERA G., Mexico, pp. 85–118.
- Ministère de la Santé (Maroc), ORC Macro, Ligue des Etats Arabes, 2005. Enquête sur la population et la santé familiale (EPSF) 2003-2004. Ministère de la Santé, DPRF/DPE/SEIS.
- Mondain, N., Delaunay, V., Adjamagbo, A., 2009. Maternité et mariage en milieu rural sénégalais : quel avenir pour les mères célibataires ?, in: Gourbin, C. (Ed.), *Santé de La Reproduction Au Nord et Au Sud. De La Connaissance À L'action, Actes de La Chaire Quetelet 2004*. Louvain-la-Neuve, pp. 111–130.
- Palomino, N., Padilla, M.R., Talledo, B.D., Mazuelos, C.G., Carda, J., Bayer, A.M., 2011. The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. *Global Public Health* 6, 73–89.
- Petracci, M., Pechenya, M., Mattioli, M., Capriati, A., 2012. El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad Salud y Sociedad*, dossier n°1 164–197.
- Polis, C.B., Lutalo, T., Wawer, M., Serwadda, D., Kigozi, G., Nalugoda, F., Kiwanuka, N., Gray, R., 2009. Coerced sexual debut and lifetime abortion attempts among women in Rakai, Uganda. *Int J Gynaecol Obstet* 104, 105–109. doi:10.1016/j.ijgo.2008.10.002
- Randall, S., Koppenhaver, T., 2004. Qualitative data in demography: The sound of silence and other problems. *Demographic Research* 11, 57–94.
- Rossier, C., Sawadogo, N., Soubeiga, A., The ECAF team, 2013. Premarital Sexuality, Gender Relations and Unplanned Pregnancies in Ouagadougou. *Population (English Edition)* 68, 89–113. doi:10.3917/pope.1301.0089
- Singh, S., Moore, A., Bankole, A., Mirembe, F., Wolf, D., Prada, E., 2006. Unintended pregnancy and Induced abortion in Uganda: causes and consequences. *Guttmacher Institute, New York*.

Singh, S., Sedgh, G., Hussain, R., 2010. Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes. *Studies in Family Planning* 41, 241–250. doi:10.1111/j.1728-4465.2010.00250.x

Singh, S., Wulf, D., Hussain, R., Bankole, A., Sedgh, G., 2009. Abortion worldwide: a decade of uneven progress. Guttmacher Institute.

Tsui, A.O., Casterline, J., Singh, S., Bankole, A., Moore, A.M., Omideyi, A.K., Palomino, N., Sathar, Z., Juarez, F., Shellenberg, K.M., 2011. Managing unplanned pregnancies in five countries: Perspectives on contraception and abortion decisions. *Global Public Health* 6, S1–S24. doi:10.1080/17441692.2011.597413

United Nations, 1994. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, 5–13 September 1994 (18 Oct 1994) (No. UN Doc No A/CONF.171/13). United Nations, Washington DC.